

Propuesta de guía para la intervención psicológica de niños diagnosticados con diabetes tipo 1 orientada a la calidad de vida, necesidades emocionales, aceptación y adaptación de la enfermedad en la ciudad de Medellín y su área metropolitana en el año 2021

Trabajo de grado para optar por el título de psicóloga

Yeny Patricia Amud Vásquez

Asesora

Ana Carmona

Psicóloga

Corporación Universitaria Lasallista
Facultad de ciencias sociales y educación
Psicología
Trabajo de grado III
Caldas- Antioquia
2021

Tabla de contenido

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Planteamiento del problema.....	6
Justificación.....	13
Objetivo	15
Objetivo general.....	15
Objetivos específicos	15
Marco teórico	16
Antecedentes internacionales	16
Antecedentes Nacionales	27
Psicología de la salud	34
Diabetes Mellitus.....	36
Tratamiento de la diabetes.....	40
Impacto emocional y necesidades emocionales	48
Calidad de vida	53
Adaptación y aceptación de la diabetes.....	55
Metodología	58
Tipo de investigación	60
Método	60
Técnicas de recolección de la información	61
Sujetos participantes.....	62
Consideraciones éticas	62
Análisis y resultados.....	64
Calidad de vida	64
Necesidades emocionales	72
Aceptación y adaptación de la enfermedad	76
Propuesta de guía para la intervención psicológica de niños diagnosticados con diabetes tipo 1 orientada a la calidad de vida, necesidades emocionales, aceptación y adaptación de la enfermedad en la ciudad de Medellín y su área metropolitana en el año 2021	80

Conceptos médicos que los psicólogos deben saber	80
Descripción necesidades emocionales	81
Síntomas esperables	84
Actividades dirigidas al mejoramiento de la calidad de vida de niños diagnosticados con DT1	86
Actividades.....	86
Entendiendo la diabetes, comprendiendo mi cuerpo	86
Está bien no sentirme bien.....	88
Aceptando el proceso	89
Me responsabilizo de mis cuidados	91
Baúl de los recursos	92
Actividades que favorezcan la adaptación y aceptación de la enfermedad en niños diagnosticados con DT1	94
Actividades.....	94
Aprendiendo a cuidarme	94
Me cuido, disfruto y me alimento	95
¿Quién estoy siendo hoy, quien seré mañana?.....	96
Mis pensamientos pueden afectarme	97
Referencias	100

Resumen

La diabetes es una enfermedad crónica que afecta tanto a niños, adolescentes y adultos a nivel mundial. Existen diferentes clasificaciones de diabetes, sin embargo, en esta investigación se ahondará en la diabetes tipo 1 (DT1). Esta clasificación de diabetes genera limitaciones a nivel físico como emocional en la que se requiere un equipo interdisciplinar para su intervención. En esta investigación se desea diseñar una propuesta de guía para profesionales en psicología que permita la adecuada intervención a niños diagnosticados con DT1 orientado a la calidad de vida, necesidades emocionales, aceptación y adaptación de la enfermedad. Para el logro de este objetivo se realiza una entrevista semiestructurada a cinco psicólogos clínicos para de esta manera llegar al conocimiento. Se realiza un rastreo teórico tanto nacional como internacional para así tener herramientas para proponer actividades que contribuyan al logro del objetivo planteado en esta investigación.

Glosario: diabetes, diabetes tipo 1, aceptación, adaptación, calidad de vida, psicología de la salud, enfermedad crónica, necesidades emocionales

Introducción

La diabetes es una enfermedad de salud pública que afecta tanto a niños como adultos a nivel mundial. La diabetes tipo 1 (DT1) es el tipo de diabetes que tiene implicaciones tanto a niños como adolescentes generando limitaciones tanto a nivel personal como familiar. Este tipo de patologías se categorizan dentro de las enfermedades crónicas y generan una afectación tanto física como mental. Existen muchos factores que contribuyen a la mejoría o no de estos pacientes con esta enfermedad tales como contar con apoyo social o no, el seguimiento adecuado de las recomendaciones médicas, la intervención interdisciplinar en torno al acompañamiento de esta enfermedad, la educación entorno al autocuidado, psicoeducación que se realice en esta enfermedad y demás. Existen muchas variables asociadas a esta enfermedad, sin embargo, en esta investigación se resaltarán las variables, calidad de vida, necesidades emocionales, aceptación y adaptación a la DT1.

Esta investigación tiene como objetivo diseñar una propuesta de guía para profesionales en psicología que permita la adecuada intervención a niños diagnosticados con DT1 orientado a la calidad de vida, necesidades emocionales, aceptación y adaptación de la enfermedad. La cual se realizará un rastreo de la teoría existente y se realizarán entrevistas a psicólogos clínicos de la ciudad de Medellín y del área metropolitana para lograr el objetivo planteado.

Planteamiento del problema

Un psicólogo puede intervenir en diversos campos de acción. Uno de esos campos es la psicología de la salud la cual surge en contra posición al modelo biomédico que proviene del dualismo mente-cuerpo el cual veía la salud y la enfermedad como una cuestión meramente bioquímica, omitiéndose la importancia de los factores sociales o psicológicos, así, con el modelo bio-psico-social-espiritual se destaca la relevancia y la interacción tanto de lo psicológico como de los eventos biológicos (Grau y Hernández, 2005). Por todo esto se ha hecho pertinente la labor del psicólogo en el campo de la salud para abordar la enfermedad desde la interacción mente-cuerpo, pasando de un modelo dualista a uno biopsicosocial-espiritual. El psicólogo de la salud, a partir de este modelo genera sus intervenciones abarcando las áreas biológicas, psicológicas, sociales y espirituales del individuo para acompañarlo desde su padecimiento.

Una de las enfermedades más recurrentes en la población mundial es la diabetes, esta, hace parte de las enfermedades crónicas; según la Organización Mundial de la Salud Organización Mundial de la salud (OMS, s.f): “Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta”.

Estar diagnosticado con una enfermedad crónica genera un impacto emocional en los pacientes puesto que en ocasiones no se espera un diagnóstico crónico, no se comprende la enfermedad ni las implicaciones que esta trae, además, se puede incluir la existencia de una estigmatización social con las enfermedades crónicas ya que en ocasiones la interpretación subjetiva hacia esta suele estar asociada con la muerte, debilidad, falta de autonomía, sufrimiento, entre otros. Rodríguez (2013) confirma esta idea cuando menciona que debe entenderse que no es propiamente la enfermedad la

que causa este impacto emocional, sino la percepción subjetiva de amenaza de esta enfermedad, sus síntomas, complicaciones, reacciones aversivas a los tratamientos, pronósticos inciertos, etc.

The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK, 2016) define la diabetes de la siguiente manera:

Enfermedad que se presenta cuando el nivel de glucosa en la sangre es demasiado alto. La glucosa en la sangre es la principal fuente de energía y proviene de los alimentos. La insulina, una hormona que produce el páncreas, ayuda a que la glucosa de los alimentos ingrese en las células para usarse como energía. Algunas veces, el cuerpo no produce suficiente o no produce nada de insulina o no la usa adecuadamente y la glucosa se queda en la sangre y no llega a las células (NIDDK, 2016).

En la atención particular, no todos los psicólogos cuentan con un entrenamiento en la intervención a pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas puesto que estos conocimientos los posee el psicólogo que se desempeña en el campo de acción de la psicología referente a la salud, no obstante, esto no es determinante ya que psicólogos clínicos pueden poseer estos conocimientos e incluso intervenir a pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas. El impacto emocional al ser diagnosticados con diabetes repercute tanto en los pacientes como en las familias, por esto, un buen acompañamiento familiar y/o social genera beneficios en la adherencia al tratamiento. Rubín (como se citó en Jiménez y Dávila, 2007) hablan acerca de algunos de los factores que podrían tener un impacto psicológico y afectar la calidad de vida del paciente con diabetes; este impacto está relacionado con la complejidad e intensidad de las tareas de

autocuidado, la interferencia de estas en la vida cotidiana, el miedo a las complicaciones y los síntomas de hiperglucemia e hipoglucemia que pueden afectar el funcionamiento psicosocial y ocupacional.

Algunas entidades de salud cuentan con una intervención interdisciplinar para atender a esta población, por consiguiente, cuentan con psicólogos que tienen tanto el conocimiento médico y psicológico para acompañar a estos pacientes, no obstante, en la atención clínica particular, los psicólogos no cuentan con una guía que clarifique las necesidades de estos pacientes y les genere una ruta general en la intervención desde lo psicológico, por lo tanto, se hace necesario la creación de una guía de intervención psicológica que demuestre las necesidades que tienen estos pacientes ya que el estar diagnosticados con una enfermedad crónica conlleva a afectaciones emocionales; de esta manera, esa guía servirá como apoyo para los profesionales en psicología en el momento que le llegue un niño o adolescente a su consultorio diagnosticado con DT1.

Dentro de las clasificaciones de la diabetes encontramos la tipo 1, esta, según Jefferies, et al (como se citó en Rodríguez y González , 2015) “está caracterizada por un déficit absoluto de secreción de insulina con una base fundamentalmente autoinmune” (p.457). en el transcurso de esta investigación se mencionará y se desarrollará este tipo de diabetes dado que es la más frecuente en niños y adolescentes.

La DT1 sigue siendo la causa más frecuente de diabetes mellitus entre niños y adolescentes en países occidentales a pesar de que solo supone un 5-10% de los casos de diabetes mellitus en el global de la población, por esto, se estima que, del total de la población menor de 15 años, el 0,02% padece de DT1, es decir, unos 500.000 niños

alrededor del mundo, con una incidencia estimada de 80.000 nuevos casos cada año (Rodríguez y González , 2015).

Para la atención a pacientes diagnosticados con diabetes se necesita de una intervención interdisciplinar puesto que esta enfermedad conlleva a afectaciones que implican la presencia de diversos profesionales de la salud. En cuanto a la intervención médica, estos cuentan con guías e investigaciones que clarifican y demuestran las intervenciones que deben llevar acabo, así como los cuidados independientes que deben tener estos pacientes, por esto, desde esta perspectiva médica, estos profesionales pueden lograr que el paciente tenga un control y una calidad de vida en medio de esta enfermedad, se ha de aclarar que el paciente también tiene una participación activa en el proceso de la enfermedad puesto que las tareas de monitoreo y autocuidado que el paciente tenga de forma independiente influye directamente en la adherencia al tratamiento.

En cuanto a la intervención psicológica no se cuenta con guías o manuales que den cuenta de aspectos a tener presente en la intervención con niños diagnosticados con DT1, aunque existen guías relacionadas con las tareas de autocuidado que los familiares de estos niños deben tener en cuenta; lo profesionales no cuentan con guías que incluyan actividades que contribuyan a la calidad de vida, adaptación y aceptación de la enfermedad ni guías que describan las necesidades emocionales de estos niños.

Se hace indispensable que el profesional en psicología entienda el proceso medico básico de esta enfermedad y conozca las necesidades emocionales que esta enfermedad trae a estos pacientes para así tener claridad de la intervención al momento que llegan a consulta; por esto, el contar con una propuesta de manual para

profesionales en psicología que permita la adecuada intervención a niños diagnosticados con DT1 orientado a la calidad de vida, necesidades emocionales, aceptación y adaptación de la enfermedad es primordial ya que este manual le generará un amplio panorama de posibilidades al profesional en psicología permitiendo que este personalice su intervención a las necesidades particulares de sus pacientes con el conocimiento previo que esta guía les brindará para de esta manera contribuir a la aceptación, adaptación y calidad de vida de niños diagnosticados con DT1.

Es indispensable que los niños diagnosticados con DT1 pasen por un proceso de adaptación de la enfermedad puesto que los cambios al ser diagnosticados con dicha enfermedad son evidentes ya que deben generar un cambio tanto externo como interno, pues, todo esto incluye cambios en la alimentación, actividad física, administración de medicamentos y demás. Es decir, la calidad de vida de estos cambia. Al respecto, Romero (como se citó en Chaverri y Fallas, 2015) plantea lo siguiente:

La calidad de vida de personas que padecen enfermedades crónicas se ve afectada ya que las condiciones de salud constituyen problemas que persisten en el tiempo; el ser diagnosticado con una afección de este tipo acarrea un sin número de implicaciones en la vida de una persona en el aspecto psicológico, físico, espiritual y social; pues pueden aparecer de forma inesperada o insidiosa. Asimismo, son permanentes, provocan incapacidades residuales causadas por condiciones patológicas irreversibles, requieren entrenamiento del paciente para su autocontrol y un largo periodo de supervisión, observación y cuidado (p.218).

Por otra parte, la aceptación de la enfermedad se hace indispensable puesto que, aceptar este nuevo estilo de vida ayuda a la calidad de vida que tendrán estos pacientes. Por eso, una adecuada educación de esta enfermedad interfiere en la interpretación subjetiva que el paciente le dé a esta. Así, se hace indispensable la educación a los familiares de estos pacientes para que este se sienta aceptado y comprendido en el hogar. Cudney y Weinert (como se citó en Orozco, y Castiblanco, 2015) reafirman lo anterior cuando mencionan:

Otra estrategia es la psicoeducación, que involucra al paciente de manera activa y busca que un especialista le brinde información pertinente, clara y comprensiva. Así, permite la generación de cambios a nivel de creencias y mitos sobre la enfermedad, y plantea sugerencias para el afrontamiento de situaciones cotidianas y para el manejo del impacto de la enfermedad en la vida del paciente. Además, facilita la aceptación del diagnóstico y la comprensión de los cambios debidos a la enfermedad (p.203).

La afirmación anterior sugiere que la psicoeducación es un factor indispensable en este tipo de enfermedades puesto que de esta depende la realización de las indicaciones médicas de forma adecuada, gracias a esta se acompaña al niño y a su familia entorno a los mitos que puedan tener referente a esta enfermedad que puedan obstaculizar la realización de las tareas de autocuidado en el hogar.

La psicoeducación permite generar un entrenamiento en estos niños para que estos tengan la capacidad de detectar síntomas nuevos que les generen malestar, así mismo, adquieran la capacidad de nombrar y verbalizar todo aquello que les suceda en torno a lo físico y emocional para que de esta manera el profesional los pueda intervenir.

Por su parte, Antúnez y Bettioli (2016) manifiestan que las personas con diabetes pueden desarrollar cualquier síndrome psiquiátrico, siendo los más comunes la ansiedad y la depresión debido al impacto social de esta enfermedad. En este mismo orden de ideas, es conveniente resaltar aquellas afectaciones mentales a las que conlleva esta enfermedad pero que no están asociados a una patología tales como la autoestima, falta de aceptación y adaptación de la enfermedad, pensamientos negativos, percepción negativa de la vida, sensación de culpa, desesperanza, sensación de soledad y todas aquellas que impidan el logro de la calidad de vida de estos pacientes.

Teniendo en cuenta lo anterior se realiza la importancia del acompañamiento psicológico para que intervenga a pacientes con este diagnóstico en torno a las pérdidas a las que conlleva la DT1 y todos aquellos factores asociados a esta enfermedad.

En relación a la problemática expuesta se hace necesario la siguiente pregunta de intervención: ¿Cuáles son algunas de las intervenciones psicológicas que favorecen la calidad de vida, necesidades emocionales, aceptación y adaptación en niños diagnosticados con DT1?

Justificación

Diseñar una propuesta de manual para profesionales en psicología que permita la adecuada intervención a niños diagnosticados con DT1 orientado a la calidad de vida, necesidades emocionales, aceptación y adaptación de la enfermedad se hace necesario ya que no se cuenta con guías o manuales para la intervención psicológica con estos pacientes.

El impacto de un diagnóstico como la diabetes en niños y adolescentes conlleva a un impacto emocional y a posibles patologías como la depresión y ansiedad, así mismo, Jiménez y Dávila (2007) encontraron que padecer de una enfermedad crónica como la diabetes puede aumentar el estrés psicológico que experimentan las personas que la padecen, y a su vez aumenta el riesgo de sufrir algún trastorno mental como la depresión.

Se ha de entender que los niños diagnosticados con DT1 deben cumplir unas actividades de autocuidado en el hogar que contribuyen al control de la enfermedad, así mismo, sus familiares deben ser apoyo en todas las tareas de autocuidado para garantizar la eficaz realización de estas; por su parte, Romero, Dos Santos, Aparecida, y Zanett (2010) concuerdan con lo anteriormente expuesto y mencionan que:

Es necesario que la persona con diabetes mellitus tenga una participación en la monitorización de su enfermedad: selección de alimentos, número de comidas, calidad y cantidad de alimento ingerido, regularidad de actividad física, automonitorización de la glucemia capilar, examen de los pies, uso de medicamentos en horarios y dosis correctas, retorno periódico a la

consulta médica, conocimiento de señales y síntomas de hipoglucemia y, hiperglucemia, entre otros cuidados (p.6).

Por esta razón esta enfermedad conlleva al cumplimiento de multiplicidad de tareas que implican la existencia de un impacto emocional, de una adaptación y aceptación de la enfermedad y, por ende, a una modificación en el estilo de vida de estos pacientes.

Por su parte es necesario que el psicólogo que intervenga a pacientes diagnosticados con DT1 reconozcan las necesidades emociones a la que esta enfermedad conlleva y las consecuencias que trae a estas personas en su día a día, por esto, con esta propuesta de manual los profesionales en psicología encontrarán una descripción de las necesidades emocionales, también, actividades orientadas a la calidad de vida, adaptación y aceptación de la DT1 para así tener una adecuada intervención psicológica.

por consiguiente, con el desarrollo de todo lo anteriormente mencionado se desea realizar una investigación exhaustiva a cerca de la teoría existente referente a las necesidades psicológicas que tienen estos pacientes, así mismo, indagar acerca de la existencia de manuales, guías y/o protocolos referentes a la intervención psicológica en niños y adolescentes diagnosticados con DT1 y realizar una entrevista a psicólogos de la ciudad de Medellín respecto a la atención psicológica con esta población dando como resultado una propuesta de manual para profesionales en psicología que permita la adecuada intervención a niños y/o adolescentes diagnosticados con DT1 orientado a la calidad de vida, necesidades emocionales, aceptación y adaptación de la enfermedad

Objetivo

Objetivo general

Diseñar una propuesta de guía para profesionales en psicología que permita la adecuada intervención a niños diagnosticados con DT1 orientado a la calidad de vida, necesidades emocionales, aceptación y adaptación de la enfermedad.

Objetivos específicos

Describir las necesidades emocionales de niños con diagnóstico de DT1 para la mejora de la intervención psicológica.

Proponer actividades que favorezcan la adaptación y aceptación de la enfermedad en niños diagnosticados con DT1

Plantear actividades dirigidas al mejoramiento de la calidad de vida de niños diagnosticados con DT1

Marco teórico

Para sustentar las bases teóricas que orientan esta propuesta de manual para profesionales en psicología que permita la adecuada intervención a niños diagnosticados con DT1 orientado a la calidad de vida, necesidades emocionales, aceptación y adaptación de la enfermedad, se realizará una integración de la teoría y los conceptos estipulados en el planteamiento del problema, además, se comprende relacionar fenómenos, conceptos y resultados alcanzados en investigaciones e intervenciones desarrolladas anteriormente tanto en el contexto colombiano como fuera de este dando así sustento y soporte teórico al marco conceptual de la misma y a las distintas actividades que se proponen para dar así con el logro del objetivo general planteado en esta investigación. A continuación, se presenta la teoría rastreada.

Antecedentes internacionales

En el atlas de diabetes de la federación internacional de diabetes (FID, 2019) afirma que:

En 2000, la estimación mundial de adultos que vivían con diabetes era de 151 millones. Para 2009 había crecido un 88% a 285 millones. En la actualidad, calculamos que el 9,3% de los adultos de 20 a 79 años (la asombrosa cifra de 463 millones de personas) viven con diabetes. Otros 1,1 millones de niños y adolescentes menores de 20 años viven con diabetes tipo 1. Hace una década, en 2010, la proyección mundial de

diabetes en 2025 era de 438 millones. Con más de cinco años por delante, esa predicción ya ha sido superada en 25 millones (FID, 2019).

En este mismo orden de ideas, esta enfermedad se convierte en una dificultad de orden público la cual, las cifras mencionadas anteriormente invitan a los profesionales y entidades de la salud a realizar actividades de promoción y prevención en torno a la DT1. Es alarmante el aumento de esta enfermedad puesto que conlleva a afectaciones en esos pacientes y sus familias, además, hay que aclarar que no todas las personas con este diagnóstico cuentan con el acceso adecuado a estos profesionales que puedan generar un acompañamiento integral a personas con este diagnóstico que cada vez va en aumento.

Así mismo, la FID estima que “habrá 578 millones de adultos con diabetes para 2030 y 700 millones para 2045” (2019). Dentro de esta perspectiva se evidencia que esta enfermedad va en aumento afectando tanto a niños, adolescentes y adultos. La diabetes trae consigo implicaciones médicas como cansancio, debilitamiento, afectaciones físicas entre otras; así mismo, esta enfermedad conlleva a implicaciones psicológicas tales como poca adaptación a la enfermedad, malestar emocional, cambios en el estilo de vida y la dinámica familiar, patologías como ansiedad, depresión, entre otros.

Desde la perspectiva de Jacobso (como se citó en Pérez, Gómez, y Montoya, 2015) las constantes preocupaciones de los pacientes con este tipo de diabetes se encuentra la responsabilidad que supone controlar continuamente la diabetes, también, las marcas físicas que les provocan la aplicación de la insulina, el continuo estado de alerta en cuanto a la respuesta corporal a la insulina, los cambios emocionales, la ansiedad generada por las percepciones del entorno respecto al diagnóstico, el miedo a

reacciones negativas de sus amigos y, en general, el constante pensamiento sobre las complicaciones de su enfermedad.

Concordando con Jacobso, dentro de la gama de preocupaciones que trae consigo esta enfermedad se encuentra el no sentirse aceptado por su grupo de pares. Sentir esa sensación de desigualdad y de diferencia es un aspecto que se hace pertinente trabajar en terapia. Acompañar al entorno educativo para que acobije a estos niños y lo hagan participe en las actividades de la institución es fundamental, además, de la realización de un proceso de sensibilización en la que el entorno educativo sea empático con el niño diagnosticado con DT1 para así procurar una mejor aceptación y adaptación de la enfermedad en estos pacientes al ámbito escolar.

Por su parte, Pérez, Gómez, y Montoya (2015) señalan que las familias con infantes y adolescentes se ven sumergidas en un período de rápidos cambios físicos, psicológicos y sociales; la presencia de la DT1 puede influir significativamente en su adaptación a esta época evolutiva.

En consecuencia, al rastreo teórico se evidencia que el ambiente familiar es un área que se hace necesario acompañar desde lo psicológico, pues, la dinámica familiar también debe realizar cambios para evitar excluir a estos niños de sus actividades. Por esto, el proceso de educación de la enfermedad, el acompañamiento psicológico y todos los cambios tanto internos como externos que deben hacer los niños diagnosticados con DT1 también debe incluir a sus cuidadores para de esta manera lograr que la dinámica familiar se involucre en el nuevo estilo de vida del menor.

Por lo que se refiere a la revisión de la teoría se evidencia que México posee una alta prevalencia de pacientes con diabetes y dentro de sus intervenciones para coadyuvar a controlar esta enfermedad se encuentra las intervenciones cognitivo-conductuales. Dentro de este rastreo se encontró un estudio de González y Oropeza (2016) el cual tiene como objetivo la realización de una revisión por temas de este tipo de intervenciones utilizadas para mejorar el control de la diabetes mellitus, en su estudio encontraron lo siguiente:

Fueron incluidos diecinueve estudios que cumplían con los criterios necesarios. 11 intervenciones buscaban mejorar la adherencia al tratamiento y/o al autocuidado; 11 mejorar el estado de ánimo y 10 buscaban aumentar la calidad de vida y/o bienestar psicológico. De los 19 estudios, 18 reportaron resultados favorables para el control de la DM. Sólo dos estudios cumplieron con más del 50% de los criterios sugeridos por el CONSORT (p.99).

Dentro de esta investigación se encontró una tendencia a las intervenciones breves; sin embargo, proponen que resultaría relevante comparar el efecto de intervenciones breves y largas. Estos mismos autores mencionan que sería importante considerar la eficacia de las intervenciones en función del lugar donde se desarrollan, esto resulta relevante porque, aunque son los escenarios sanitarios los más utilizados para la revisión de su salud y la aplicación de las intervenciones, podría evaluarse si existen diferencias en los resultados, dependiendo de que se desarrollen en un hospital, un centro de salud o un club de diabéticos.

Por otra parte, estos mismos autores consideran que el tamaño de las muestras es un criterio relacionado con la precisión estadística, y por ende con la confiabilidad de los datos, por lo cual concluyen que es deseable que se aumente en futuros trabajos.

En otra investigación realizada en México por los investigadores Ybarra, Orozco, Vargas, y De León (2012) cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de un programa de intervención cognitivo-conductual para mejorar el autocuidado y la calidad de vida de adolescentes con diabetes, se encontró que la intervención cognitivo-conductual logró una mejora sustancial en el manejo de las hipoglucemias en los pacientes; por otra parte, se observó una reducción significativa de la media de glucosa de los pacientes y una reducción de la hemoglobina glicosilada aunque no significativa.

Como resultado de esta investigación se logra evidenciar que las intervenciones psicológicas se van adaptando de acuerdo a la corriente epistemológica de cada profesional. La investigación anterior refiere un enfoque cognitivo conductual, dejando de manifiesto que este tipo de intervención genera cambios significativos en estos pacientes.

Pérez, Gómez, y Montoya (2015) tienen como objetivo estudiar los principales factores psicosociales relacionados con la adaptación de estos enfermos pediátricos y sus familias. En su estudio mencionan que el mantenimiento de un control metabólico adecuado, la conservación de la calidad de vida y de un estilo de vida flexible parecen encontrarse entre los principales retos para los jóvenes con DT1 y sus familias.

Se hace pertinente tener en cuenta que en la intervención psicológica con estos pacientes se debe trabajar con las fortalezas de estos y potencializarla, de esta manera

se realiza una mayor aceptación de estos menores a su nuevo estilo de vida. Sin duda este tipo de diagnósticos generan retos tanto para el menor como para su familia, los cuales deben ir guiados por profesionales adecuados para el diagnóstico. El psicólogo también debe tener en cuenta los factores de riesgo que dificulten el logro de la calidad de vida, la aceptación y la adaptación de la DT1 dado que algunos pacientes cuentan con más de un diagnóstico médico.

En tal sentido, Pérez, Gómez, y Montoya (2015) complementan lo anterior cuando manifiesta que, entre los riesgos potenciales para una adecuada evolución de los pacientes con enfermedades crónicas pediátricas, estarían la presencia de enfermedades físicas adicionales, dificultades de aprendizaje, retrasos específicos en el desarrollo, baja inteligencia, temperamentos difíciles, problemas de lenguaje-comunicación, fracaso escolar reiterado y baja autoestima.

Se realza la importancia del anterior hallazgo dado que se manifestó que una de las variables que más afecta a pacientes diagnosticados con DT1 es la calidad de vida por los cambios tanto internos como externos que esta enfermedad trae, puesto que, aparte de las secuelas físicas que impactan al paciente, están las afectaciones emocionales y mentales latentes. Además, se evidencia que la relación de los problemas de aprendizaje, baja autoestima y demás son factores de riesgo para una adecuada evolución de las enfermedades crónicas.

Por su parte, dentro de los factores protectores el investigador McDougall (como se citó en Pérez, Gómez, y Montoya, 2015) encontró que entre los principales factores de protección que favorecerían una adecuada adaptación en el niño diabético, estarían la percepción de autoeficacia positiva, los sentimientos de utilidad, la capacidad de

autocuidado, las buenas estrategias de afrontamiento, la toma de decisión y resolución de problemas ante el estrés que supone una enfermedad crónica, las habilidades de comunicación y planificación, el buen sentido del humor y la capacidad de reflexión.

Los factores protectores incluyen las fortalezas de los pacientes, por lo tanto, como se mencionó anteriormente, el profesional en psicología es un factor primordial en estos diagnósticos para acompañar a estos pacientes en torno a los factores de riesgos y factores protectores para así potencializarlos, esto se ve reflejado en la calidad de vida que estos pacientes logran tener.

Por otra parte, en un estudio realizado a 33 pacientes en la unidad de diabetes del servicio de endocrinología de España se ha estudiado si variables como la depresión, ansiedad, locus de control interno, control glucémico, complicaciones, variables como el sexo, edad y años con diabetes podían predecir la calidad de vida de pacientes con DT1 en tratamiento con infusión subcutánea continua de Insulina. Dentro de los resultados se encontró que la ansiedad ha resultado ser la única que permite predecir la calidad de vida de los pacientes estudiados, además, el sexo fue la única que alcanzó significación en el modelo (Anarte, Machado, Ruiz, Caballero 2010).

Estos mismos autores analizaron la influencia predictiva de variables como la depresión, ansiedad-estado, ansiedad-rasgo y locus de control, control glicémico e hipoglicemias graves en la calidad de vida de pacientes con DT1. Los resultados mostraron que la depresión y la ansiedad-rasgo son buenos predictores de la calidad de vida de estos pacientes. El resto de las no se relacionan. Por esto, concluyen que para mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes mellitus habría que promover la

aplicación de tratamientos psicológicos dirigidos a reducir su sintomatología depresiva y ansiosa

Los hallazgos del anterior estudio son de gran importancia dado que resalta la labor del psicólogo en la reducción de síntomas depresivos y ansiosos para la mejora de la calidad de vida de estos pacientes. Además, que invita al profesional de psicología a acompañar este tipo de diagnóstico, invita al psicólogo a trabajar de forma interdisciplinar en la rehabilitación de esta enfermedad para así contribuir al estado de bienestar de estos pacientes y a su calidad de vida.

En una investigación cuya finalidad fue establecer la causa de la depresión y descenso de calidad de vida que frecuentemente aparece en los pacientes con diabetes tipo 2. Se encontró que la causa del descenso de la percepción de la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II no está clara y probablemente su origen es multifactorial. Por otra parte, se encontró que la depresión parece ser de origen psicológico y su incidencia está estrechamente relacionada con los niveles bajos de percepción de calidad de vida. Así mismo, se encontró que el control glucémico y los daños microvasculares no parecen influir en los síntomas depresivos ni el descenso de percepción de calidad de vida (Arzuaga, Díez, Díaz y Arosa, 2012).

En cuanto a la teoría indagada se puede observar que la diabetes ha sido muy estudiada, sin embargo, se evidencia que las investigaciones de la DT1 en comparación con la tipo 2 es menor, Vale resaltar que, en las investigaciones encontradas se le prioridad a las necesidades emocionales de estos pacientes, a los aspectos del mundo psíquico que interfieren y se ven afectados con esta enfermedad.

Rondón (2011) realizó un estudio en el que se revela y reflexiona sobre algunas limitaciones teóricas y metodológicas sobre ciertas variables psicosociales que han demostrado ser de suma importancia para el control de la diabetes. En esta investigación se confirmó la premisa de Amigo, Fernández y Pérez (2003) (citado en Rondón, 20011) de que el tratamiento médico de la diabetes mellitus consiste en ejercer un control externo sobre la glucosa, no obstante, en este estudio se concluye que los psicólogos de orientación experimental tienen un gran compromiso en la redefinición de los constructos bienestar, calidad de vida, emociones; entre otros.

En este mismo sentido, Zamora, Guibert, De la cruz, Ticse y Málaga (2019) en su estudio tenían como objetivo evaluar si el nivel de conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo 2 se asocia con adherencia al tratamiento. Para esto, se seleccionó únicamente a los pacientes que cumplieran los criterios como la edad, diagnóstico establecido de diabetes tipo 2 en un tiempo no menor de seis meses, que recibían tratamiento farmacológico hipoglucemiante oral asociado o no a insulina, que aceptaran voluntariamente a participar y pudieran firmar el consentimiento informado por sí mismos. Se concluyó que existe asociación entre el nivel de conocimientos sobre la enfermedad con una mayor adherencia al tratamiento.

Este estudio soporta la idea de la educación como pilar en el diagnóstico de diabetes. Conocer sobre la enfermedad y los objetivos de cada intervención ayuda a que los pacientes con este diagnóstico sean más conscientes de que son actores activos en los procesos de esta enfermedad y que sus contribuciones se van a ver reflejados en la sensación de bienestar que solo los beneficiará a ellos.

Hablar de educación es hablar de entrenamiento en torno a la enfermedad para que el paciente sea el mayor conocedor de esta, así mismo, en los estudios encontrados se habla poco de psicoeducación, esta se refiere a la importancia del reconocimiento emocional que genera esta enfermedad, el reconocimiento de los pensamientos que se relacionan al malestar que genera la diabetes y todas aquellas estrategias de afrontamiento y las conductas asociadas a la aceptación y adaptación de la DT1. Por esto, además de proponer esta guía para psicólogos, también se busca concientizar y sensibilizar a todos los actores alrededor de esta enfermedad sobre la importancia de la interacción entre la enfermedad física y lo mental.

De esta manera, un estudio en Argentina aporta a lo desarrollado en las premisas anteriores dado que hicieron una investigación cuyo propósito fue examinar la contribución de la variable personalidad en las conductas de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes. Esta investigación se hizo a partir de un estudio transversal con metodología descriptivo-correlacional y triangulación de datos cualitativos obtenidos mediante entrevistas. Se evidenció escasa interacción entre los niveles de adherencia y estilos de personalidad. Del análisis de los casos atípicos se obtuvo que, la interacción de dos categorías centrales como conocimientos sobre la enfermedad y conocimientos sobre sí mismo, explican el alto nivel de adherencia (Granados y Escalante, 2010).

Dentro de los procesos de educación en torno a la DT1, uno de los profesionales fundamentales será el nutricionista en el acompañamiento a la implementación de una alimentación adecuada, así mismo, estos profesionales generan educación a los familiares de estos pacientes para implementar hábitos de vida saludable en el hogar,

dado que el resultado de una adecuada alimentación se verá reflejada en el control glucémico.

Existen estudios relacionados con la alimentación de estos pacientes, uno de estos tuvo como objetivo examinar cambios en la alimentación y en medidas antropométricas en pacientes diabéticos, a partir de un programa de intervención educativo; por lo que Rodríguez, Rentería y Rodríguez (2016) realizaron una investigación con una muestra intencional voluntaria de 120 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. Se utilizó un diseño pre-experimental Pre-test Post-test. Se aplicó un programa para que adquirieran conocimientos sobre diabetes y nutrición. Los resultados indican que el taller tuvo un efecto positivo sobre la forma en que los participantes se alimentaban, así como sobre medidas que apoyan estos cambios, tales como el peso corporal, el índice de masa corporal y los niveles de glucosa en sangre.

Se puede ir evidenciando en el desarrollo de esta investigación cómo la DT1 engloba diversos factores los cuales son de gran importancia para los profesionales que acompañen a niños con este tipo de diagnóstico. Además, se realza la importancia de aspectos emocionales en los que se ve inmerso esta enfermedad como la importancia del rol activo de estos pacientes para contribuir a la mejora de la calidad de vida.

Retomando los estudios realizados en torno a la diabetes; Urbán, Coghlan y Castañeda (2015) realizaron un estudio en el que se aplicó el test IMEVID para evaluar el estilo de vida, y prueba del control glicémico con hemoglobina Glucosilada en pacientes portadores de Diabetes Mellitus. Este tenía como objetivo determinar la relación entre el estilo de vida y el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus en una unidad del primer nivel de atención del estado de Sonora, México. Dado al

desarrollo se concluyó que, la correlación entre el estilo de vida y el control glucémico es débil.

Este rastreo teórico exhaustivo da cuenta de la importancia de generar una intervención interdisciplinaria en este tipo de enfermedades dado a sus implicaciones tanto medicas como psicológicas y sociales. Es de gran importancia la sensibilización del equipo médico para remitir estos casos a psicología para así generar un trabajo en conjunto que beneficie a los pacientes. La DT1, como se dejó de manifiesto, tiene prevalencia en muchos países y las afectaciones tanto físicas y psicológicas van dirigidas a la adaptación y aceptación de la enfermedad, necesidades emocionales, la calidad de vida y todo lo concerniente a los procesos de autocuidado, así que, las acciones del equipo de salud deben trabajar en conjunto para propiciar calidad de vida a estos pacientes y sus familiares.

En los próximos párrafos se ahondará sobre la diabetes específicamente en el contexto colombiano detallando las investigaciones encontradas.

Antecedentes Nacionales

En la ciudad de Pereira se realizó un estudio de caso de intervención psicológica desde el modelo de adopción de precauciones para fortalecer la adherencia al tratamiento en una adolescente con diagnóstico de DT1. Se aplican tres cuestionarios como el conocimiento de la diabetes, entrevista motivacional y escala de autoeficacia. Dentro de los resultados se evidencian diferencias significativas entre la pre-intervención y post- intervención en cuanto a la adquisición de conocimientos, habilidades y conductas protectores para el adecuado control y manejo de la DT1. Además, se aumenta el nivel

de autoeficacia percibida a partir de conductas protectoras logrando una disminución clínicamente significativa en la hemoglobina glicosilada donde refleja un control metabólico y cumplimiento de metas clínicas terapéuticas (Díaz, Castañeda, 2015).

Los resultados anteriores son de gran importancia dado que aportan al desarrollo de esta investigación, además al ser un estudio de nivel nacional da cuenta que la diabetes es un tema que se ha ido estudiando en Colombia y demuestra la participación psicológica en este tipo de enfermedades, generando cambios a nivel físico y mental en estos pacientes y contribuyendo así a los niños con esta enfermedad, a sus familias y a la comunidad científica.

Por otra parte, se observa que en un meta análisis cuyo objetivo fue Identificar los dominios más afectados en la calidad de vida de pacientes con diabetes tipo 2. Los hallazgos mostraron que los pacientes, percibieron que las dimensiones más afectadas fueron: salud general, rol y función física por lo que se concluye que los programas preventivos y de atención a personas con diabetes tipo 2 deben enfocarse en un manejo integral que contribuya al mejoramiento de su calidad de vida relacionada con su salud (Palacios, Arango, Ordoñez y Guzmán (2019).

El párrafo anterior da entrada a una de las categorías que se desea ahondar en esta investigación tal como lo es la calidad de vida. Queda en evidencia que esta categoría es una de las afectadas al momento del diagnóstico, sin embargo, el nivel de afectación dependerá de factores como el nivel evolutivo, grupos de apoyo, nivel escolar y la participación de estos pacientes en las actividades de autocuidado. Retomando los hallazgos planteados en el meta análisis anterior, se logra exponer la importancia de las

actividades de promoción y prevención para el logro de esta categoría, además, deja de manifiesto cómo el rol de estos sujetos se ve afectado por el diagnóstico de diabetes.

En la ciudad de Bogotá se evaluó el impacto de un programa personalizado de educación para pacientes con diabetes tipo 2, cuyo objetivo fue mostrar las ventajas que tiene asistir a una cita médica endocrinológica, aprender a cambiar estilos de vida dado a la educación de la diabetes y la importancia de prevenir complicaciones, mediante un mejor control metabólico. En este estudio se concluye que la experiencia en seguimiento a corto plazo de un programa educativo personalizado guiado por médico endocrinólogo y un equipo multidisciplinario favorece el control metabólico en pacientes diabéticos (Medina, Ellis y Ocampo, 2014).

Lo anterior pone en manifiesto el impacto positivo de la educación médica en pacientes con diagnóstico de diabetes. Estos deben ser experto en su padecimiento dado que esto influirá en los procesos de autocuidados que lleve en su rutina diaria. Además, se realiza la importancia de que el profesional guie, controle y personalice la intervención teniendo en cuenta las particularidades del paciente para así favorecer el control metabólico en casos de diabetes.

Palmezano et al. (2018) realizó un estudio en el que se pretendía establecer las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes con DT1. En este estudio se encontró que La prevalencia intrahospitalaria de la diabetes fue de 19 casos por cada 100,000 pacientes mayores de 13 años. Fue más frecuente en mujeres con 61.3%. La edad promedio al diagnóstico fue de 14.89 años. las complicaciones más frecuentes fueron la cetoacidosis diabética con 46.6%, al igual que la hipoglucemia. La insulina más

frecuentemente prescrita en este grupo de pacientes fue glargina, glulisina e insulina regular

Como consecuencia de lo anterior resulta alarmante la prevalencia de esta enfermedad dado que llevar un control de esta se torna costosa para las entidades de salud y desgastante para los pacientes que la padecen. Así que, se hace necesario sensibilizar a las entidades encargadas para dar prioridad a la prevención de esta enfermedad que es incapacitante y de esta manera propender por una salud integral en las entidades intrahospitalarias.

Por otra parte, en un artículo de la universidad del bosque en Bogotá; Orozco y Castiblanco (2015) mencionan que los cambios que experimentan las personas diagnosticadas con enfermedades crónicas no transmisibles a nivel individual, familiar o social evidencian la importancia de la intervención psicológica desde el modelo cognoscitivo-conductual. Por esto, estas autoras en su artículo recogen literatura que demuestre la efectividad de este modelo para facilitar ajustes en el estilo de vida, generar mayor adherencia al tratamiento, minimizar los riesgos de recaída y mantener el nivel de calidad de vida del paciente y de quienes lo rodean. En este artículo se concluye que es fundamental que la intervención psicológica se brinde con calidad, equidad, oportunidad y pertinencia, lo que reducirá a mediano plazo los costos instrumentales, temporales y profesionales en el manejo de las Enfermedades crónicas no transmisibles.

Dado al rastreo teórico realizado se encontraron algunos protocolos y guías medicas dirigidas al autocuidado en casa que deben tener estos pacientes, también, se encontraron guías con una amplia explicación de la enfermedad. Dentro de esas guías exponemos aquí algunas de las más recientes y orientadas a la DT1 tales como:

La Dirección General de Atención Primaria de Salud junto con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la República del Paraguay elaboró un Protocolo sobre el Manejo de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud en el año 2011 con la intención de ayudar en el abordaje del paciente diabético en la atención primaria de la salud para el desarrollo de su autonomía, en el cual la familia juega un papel protagónico en la promoción, desarrollando actividades educativas, preventivas, de atención y rehabilitadoras, a través de la construcción de estrategias individuales y comunitarias.

Este tipo de protocolos nutren esta investigación dado que contribuyen a la propuesta de guía que se pretende diseñar como resultado del objetivo planteado, a diferencia del protocolo mencionado anteriormente, la propuesta de guía de esta investigación será dirigida a profesionales en psicología para que tengan una herramienta en momentos de acompañar psicológicamente a esta población.

Arroyo et al. (2010) elaboraron un Protocolo de Atención al Niño/a y al Adolescente con diabetes con el objetivo de establecer las actuaciones necesarias tanto en el centro educativo como en sus casas. Para ello, fijan los mecanismos de coordinación entre las administraciones educativa y sanitaria, las asociaciones y las familias.

Tener evidencias en las que se reconozcan los ambientes familiares y escolares como actores fundamentales en pacientes con diabetes son de gran importancia dado que manifiesta que es una área a la cual se le está brindando la importancia adecuada dado que incentivan a seguir indagando en torno a esta enfermedad desde el ámbito psicológico y generan la necesidad de realizar guías con actividades orientadas a categorías específicas como la calidad de vida, necesidades emocionales, aceptación y adaptación de la DT1.

En este mismo sentido, Sánchez, C (2019) con la sociedad colombiana de cardiología y cirugía cardiovascular crearon una puesta en la que se menciona la importancia de la diabetes mellitus en la sociedad actual y la necesidad de realizar una guía sobre el tema, teniendo en cuenta los avances que han ocurrido en los últimos 4 años en el campo. Dentro del diagnóstico del artículo se recomienda hacer una tamización para diabetes en los pacientes con enfermedad cardiovascular mediante estudio con glicemia en ayunas o HbA1C, y si quedan dudas, utilizar la prueba de tolerancia oral a glucosa. La misma recomendación aplica para hacer el diagnóstico.

Por otra parte, se encontró una guía medica realizada para niños la cual tiene un programa que se llama “With you all the way” este es un programa de apoyo creado especialmente por Novo Nordisk (2012) cuya guía se encarga de educar a los niños diagnosticados con esta enfermedad. La educación está orientada a las emociones que puede sentir el niño en el momento del diagnóstico, a la conceptualización de la diabetes y todo lo relacionado con el proceso de la insulina y la administración de esta en el organismo.

Las guías infantiles con un enfoque educativo resultan atractivas para estos niños teniendo en cuenta la creatividad de la guía, el lenguaje utilizado, la forma como estos se sientan identificados con lo que se mencione en la guía y demás. Esta guía médica es muy útil para educar a los niños diagnosticados con DT1 en torno a esta enfermedad dado que genera una comprensión de la teoría de forma dinámica y esto permite que estos se sientan más atraídos por leer la información ahí sustentada.

Unos investigadores de la universidad metropolitana realizaron un estudio cuyo objetivo fue proponer la creación de un manual psicoeducativo de apoyo a niños de 8 a

13 años recién diagnosticados con DT1 y sus familiares para promover fortalezas del carácter, emociones positivas y un estilo de vida saludable. Los resultados revelan que un manual psicoeducativo en torno a esta enfermedad fue considerado por madres y especialistas como de “muchísima utilidad”. Sugirieron que el manual debería contener información suficiente pero sencilla sobre la diabetes, más un conjunto de estrategias y actividades para afrontarla basadas en juegos, imaginación y solución de problemas, orientadas hacia el autocontrol (Sarcinelli y Martínez, 2010).

Dentro de las guías orientadas a la intervención psicológica se encontró un trabajo de grado de la universidad pontificia bolivariana de la ciudad de Medellín en la que se propone un protocolo de intervención psicológica cognitivo conductual que favorezca la calidad de vida y el manejo de la enfermedad en personas con diagnóstico de diabetes la cual se desarrolló con el fin de favorecer el mejoramiento, adaptación y percepción que estas personas vinculando factores biológicos y psicológicos que permitieron comprender la representación relacional entre salud física salud-mental (Romero, Velasquez, Yabur, 2014).

En la universidad del bosque en Bogotá realizaron un estudio cualitativo cuyo objetivo fue analizar el contenido de una guía de intervención psicológica y social para el manejo de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2). Los resultados sugieren la conveniencia de incluir en la guía evidencia empírica actual que demuestre la efectividad de las estrategias de evaluación e intervención en afrontamiento, entrenamiento en regulación emocional y participación de la familia en los grupos de apoyo (Orozco, Sánchez, 2017).

Dentro de las clasificaciones, el tipo de diabetes más estudiada es la diabetes tipo 2, dado a esto, aunque se encontró teoría de la DT1, fue en menor proporción. También,

existe gran cantidad de guías médicas asociadas a esta enfermedad que sin duda son de gran ayuda tanto para las personas con este diagnóstico, sus familias y los psicólogos que intervengan a estos pacientes dado que se requiere de conocimientos médicos básicos para generar un acompañamiento integral a esta población. En el transcurso de este rastreo teórico se evidencia la integración de investigaciones orientadas tanto de la DT1 como el tipo 2 puesto que de cierta manera las teorías de ambos tipos de diabetes se complementan.

En cuanto a los protocolos, guías o manuales orientados a la DT1 se deja de manifiesto que se encontraron antecedentes, sin embargo, también se complementó con las guías existentes de la diabetes tipo 2 puesto que se hallaron pocas guías psicológicas orientadas a la DT1.

Para la presente investigación se enunciarán referentes y conceptos importantes que ayudarán a entender el desarrollo de esta investigación. Tales como:

Psicología de la salud

Uno de los campos de acción de la psicología es la psicología de la salud, esta, como se mencionó en el planteamiento del problema tienen un enfoque biopsicosocial espiritual, por ende, en los casos de enfermedades se entiende como una interacción de todas las dimensiones del ser humano. La intervención de la psicología en el campo de la salud es nueva, así mismo, Díaz (2010) señala que desde los años 60 la psicología empezó a intervenir en los procesos de salud-enfermedad ya que este ámbito era totalmente médico.

En la actualidad se le ha brindado importancia a los aspectos emocionales en los momentos de enfermedad crónica y terminal dado que, estudios han demostrado cómo los estilos de afrontamientos, las emociones y pensamientos negativos interfieren en los tratamientos médicos que se usan para el control de enfermedades crónicas. La psicología de la salud es ese campo de la psicología que está involucrado en las enfermedades médicas para generar un acompañamiento integro desde sus conocimientos aportando así al acompañamiento con estos pacientes.

El psicólogo Francisco Morales Calatayud conceptualiza este campo como una rama dedicada al “estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención en salud” (p.100), Así mismo, menciona que a esta rama

Le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación (p.100).

Dado al acompañamiento del psicólogo de la salud en pacientes en procesos de enfermedad poseen muchas obligaciones en su quehacer. Por esto, este mismo autor plantea que dentro del quehacer del psicólogo de la salud está la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la psico oncología y la atención e intervención de los pedidos de carácter estético. Vale aclarar que el margen de obligaciones es muy amplio. Así mismo, Rodríguez y García (2011) mencionan que:

la psicología es una disciplina que puede aportar soluciones en el campo de la salud y particularmente en el control de la diabetes. Las cifras de

prevalencia de esta enfermedad son devastadoras y, como para cualquier otro problema de salud, la prevención es la mejor herramienta (p. 221).

Se ha dejado de manifiesto que la prevención es un factor importante en temas de la salud. Realizar campañas de prevención de la diabetes debería ser constante dado que esta enfermedad va en aumento, además, la intervención interdisciplinaria que se debe realizar cuando se brinda el diagnóstico resulta costoso para las entidades de salud pública y doloroso para estos pacientes, además de que no todas las entidades de salud públicas cuentan con el equipo interdisciplinario para realizar un tratamiento integral a estos pacientes.

Ahora bien, los psicólogos son uno de los profesionales que son parte de este equipo interdisciplinario para el acompañamiento de pacientes diagnosticados con diabetes.

En la consulta clínica particular pueden asistir pacientes con motivos de consulta que no estén asociados a esta enfermedad, sin embargo, al tener esta patología de diabetes como base, es de gran importancia que este profesional se documente en torno a esta enfermedad y, además, tengan los conocimientos básicos con base en cómo generar un acompañamiento integral a estos pacientes.

Diabetes Mellitus

La American Diabetes Association (2013) refiere que “La diabetes mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglicemia resultante de defectos en la secreción de insulina, acción de la insulina, o ambos” (p.543). Así mismo, Craig et, al (como se citó en Rodríguez y Gonzales, 2015) mencionan que

El término diabetes mellitus hace referencia al trastorno metabólico caracterizado por hiperglucemia crónica como resultado de la alteración de la secreción de insulina, de la disminución del efecto de la misma a nivel tisular o de ambas situaciones de manera simultánea (p.457).

La American Diabetes Association (2013) estipula que La clasificación de la diabetes incluye cuatro clases clínicas:

Diabetes tipo 1 que es el resultado de la destrucción de las células β , que generalmente conduce a una deficiencia absoluta de insulina.

Diabetes tipo 2 resulta de un defecto secretor de insulina progresivo en el contexto de la resistencia a la insulina.

Otros tipos específicos de diabetes debido a otras causas, por ejemplo, defectos genéticos en la función de las células β , defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino (como la fibrosis quística) e inducidas por fármacos o productos químicos (como en el tratamiento del VIH / SIDA o después de un trasplante de órganos)

Diabetes mellitus gestacional (DMG) (diabetes diagnosticada durante el embarazo que no es claramente una diabetes manifiesta) (American Diabetes Association, 2013).

En esta investigación se le dará prioridad a la DT1 ya que es el tipo de diabetes que más prevalencia tiene en niños y adoelscentes. Craig et, al (como se citó en Rodríguez y Gonzales, 2015) conceptualizan la DT1 como un “déficit absoluto de secreción de insulina con una base fundamentalmente autoinmune” (p.457). Así mismo, estos mismos autores manifiestan que

la DM tipo 1 implica una deficiencia parcial o absoluta (más frecuente) de insulina debida a la destrucción crónica de las células beta del páncreas” a través de un mecanismo inmunológico (p. 457).

Aunque la La American Diabetes Association (2013) propone clasificaciones tal como se mencionó anteriormente, estos mismo mencionan que algunos pacientes no encajan dentro de las clasificaciones tipo 1 o tipo 2. La presentación clínica y la progresión de la enfermedad varían considerablemente en ambos tipos de diabetes. En ocasiones, los pacientes que de otro modo tienen diabetes tipo 2 pueden presentar cetoacidosis. De manera similar, los pacientes con DT1 pueden tener un inicio tardío y una progresión lenta de la enfermedad a pesar de tener características de enfermedad autoinmune. Tales dificultades en el diagnóstico pueden ocurrir en niños, adolescentes y adultos.

La causa exacta de este tipo de diabetes se desconoce, pero se considera que probablemente está asociado a un trastorno auto-inmunitario. Los marcadores de la destrucción inmune de la célula incluyen auto-anticuerpos de células de islotes, autoanticuerpos contra la insulina, auto-anticuerpos a la enzima ácido glutámico descarboxilasa, y los auto-anticuerpos a las proteínas tirosinas fosfatasa. La destrucción autoinmune de las células beta tiene varias predisposiciones genéticas y también está relacionado con factores ambientales que aún no han sido bien definidos (American Diabetes Association, 2013). En este mismo sentido, se ha de aclarar que esta forma de diabetes, comúnmente se presenta entre el 5 y el 10% de la población con diabetes, puede ocurrir a cualquier edad, pero se diagnostica con mayor frecuencia en niños, adolescentes o adultos jóvenes.

Estos mismos autores refieren que estos pacientes deben contar con procedimientos para llevar un cuidado oportuno de la enfermedad para esto, es necesario la realización de procedimientos médicos para hacer de esta enfermedad más llevadera y así mismo evitar complicaciones. Al respecto Rodríguez y Gonzáles (2015) concuerdan con lo anteriormente mencionado y refieren algunos de los procedimientos que el paciente con diabetes debe llevar a cabo tales como:

la administración de insulina, el control de la alimentación, el ejercicio físico, la monitorización de la glucemia, la educación diabetológica, la motivación, el reciclaje periódico y el cribado de comorbilidades y complicaciones (p. 461).

Estos mismos autores mencionan que el objetivo de llevar los procedimientos anteriormente mencionados con los pacientes con DT1 a largo plazo consiste en lograr un desarrollo y crecimiento adecuado, una buena calidad de vida y el menor riesgo posible de complicaciones agudas y crónicas. Concordando con lo anterior, Dowshen (como se citó en Sarcinelli y Martínez , 2010) mencionan que:

Los niños y adolescentes con diabetes necesitan observar y controlar sus niveles de glucosa, para lo cual, tienen que cumplir las siguientes indicaciones: • Medir los niveles de azúcar en la sangre varias veces al día por medio del examen de una muestra de sangre. •Aplicarse inyecciones de insulina, dejar que un adulto les administre las inyecciones o usar una bomba de insulina. •Alimentarse con una dieta balanceada y saludable, prestar atención especial a los niveles de azúcares y almidón en las

- comidas y el horario de las mismas. • Hacer ejercicio con regularidad.
- Trabajar de cerca con su equipo médico Dowshen (p. 106).

Todos estos conocimientos técnicos relacionados con la diabetes aportan a lo que se desea lograr en esta investigación dado que amplían el panorama en torno a lo que significa vivir con DT1, contribuyendo de esta manera a el objetivo planteado en esta investigación.

Tratamiento de la diabetes

Fernández et al (2015) mencionan que la modificación de estilos de vida que incluye una alimentación equilibrada y actividad física ajustada al individuo, dejar de fumar, mantener el peso y el manejo adecuado de la enfermedad actúa como factor protector en la prevención y control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2. Si bien esta investigación se enfoca en la DT1, se desea ampliar la información retomando aspectos de la diabetes tipo 2 para así particularizarla a las necesidades la población a la cual va orientada esta investigación.

Por otra parte, Bosch et al (2011) mencionan que el tratamiento médico se basa en dos categorías de recursos tales como los fármacos y las normas de conducta dado que las acciones orientadas al beneficio del control glucémico se verán reflejadas en la sensación de bienestar de estos pacientes.

Una de las conductas que se estipulan dentro de los factores protectores de estos pacientes son todas aquellas encaminadas a la buena alimentación, los niños y adolescentes diagnosticados con DT1 deben cumplir con una dieta estricta para el

control de su enfermedad, por esto, el cumplimiento de esta conducta favorecerá la calidad de vida de estos pacientes.

“La alimentación es un componente fundamental en la prevención, manejo, autocuidado y autocontrol de la diabetes mellitus” (Fernández et al., 2015), dado a esto, los pacientes con este diagnóstico deben tener una alimentación estricta para así mantener un equilibrio de la enfermedad.

Dado a lo anterior Fernandez et al (2015) argumenta que la dieta mediterránea la cual es rica en grasas monoinsaturadas y con mayor contenido de hidratos de carbono, ha demostrado mejoras en la pre-diabetes mellitus, el control glucémico y de los factores de riesgo cardiovascular, por lo que se considera adecuada en nuestro medio. En el tratamiento nutricional en pacientes con diagnóstico de diabetes debe individualizarse dependiendo del sobrepeso, perfil lipídico y factores de riesgo cardiovascular, además de los hábitos y condicionantes socioculturales de cada paciente, y deben mantenerse a lo largo de toda la vida del paciente diabético.

Estos mismos autores dan recomendaciones a tener en cuenta respecto al peso y la alimentación, aquí se registrarán algunas de esas recomendaciones tales como:

- Se recomienda una pérdida moderada de peso acercándose a un índice de masa corporal de 25 kg/m² (A).
- Se aconseja una dieta hipocalórica junto con un adecuado programa de ejercicio físico para la pérdida de peso (A).
- La alimentación será equilibrada y variada. No son necesarios los suplementos de vitaminas, minerales o antioxidantes (B).
- El plan de alimentación se mantendrá a lo largo de toda la vida del paciente (A).
- La

disminución calórica puede realizarse bien reduciendo la ingesta calórica en general, el aporte de grasas, el aporte total de hidratos de carbono (no menor de 50 g/día) o bien aumentando la proporción de hidratos de carbono con bajo índice glucémico (B). • Se recomienda tener en cuenta el índice glucémico y la carga glucémica, y seleccionar alimentos ricos en fibra, como hortalizas, verduras, legumbres y cereales integrales (B). • Se aconseja una ingesta de fibra > 40 g/día (o 20 g/1000 kcal/día) para prevenir la DM2 y controlar la enfermedad (A) (Fernández et al., 2015).

Si bien, lo anterior expuesto son generalidades, hay que tener en cuenta que los aspectos asociados a la alimentación son dirigidas a las particularidades específicas del paciente con el diagnóstico de DT1, por esto, el médico tratante debe tener en cuenta la presencia de otro diagnóstico, estilo de vida actual, comorbilidades con otras enfermedades, capacidad económica de sus familiares y demás.

Otro factor importante al que alude la teoría en casos de diabetes es la importancia de la actividad física en estos menores, todo con el propósito de generar un estilo de vida de igualdad con las otras personas sin este diagnóstico además de los beneficios propios que trae consigo la actividad física.

Diversos autores citados en el estudio de Hernández y Licea (2010) mencionan que los beneficios de la actividad física sobre la sensibilidad a la insulina parecen ser el resultado final de la suma de los efectos específicos sobre el contenido de los receptores GLUT 4, capacidad oxidativa y densidad capilar del músculo esquelético. algunos datos preliminares sugieren que el transporte de glucosa independiente de la insulina inducidos por el ejercicio, está promovido por el aumento de la producción endotelial y muscular de

óxido nítrico [ON]. Por lo tanto, el ejercicio físico puede mejorar los niveles de ON y también la disfunción endotelial observada en las personas con diabetes mellitus.

Así mismo, Fernández (2015) asegura que el ejercicio físico regular ha demostrado mejorar el control de la glucemia, los factores de riesgo cardiovascular, la pérdida de peso, el perfil lipídico y el grado de bienestar. Produce una mejora de la HbA1c. Por esto, es aconsejable la dualidad entre el ejercicio aeróbico y entrenamiento de resistencia en la prevención y el control de la diabetes tipo 2, así como la prevención de la enfermedad cardiovascular en la diabetes tipo 2. La recomendación es realizar 150 minutos/semana de ejercicio aeróbico y de resistencia dos o tres veces por semana, y sin dejar pasar dos días consecutivos sin practicarlo.

Tratamiento farmacológico de la hiperglucemia. Fármacos no insulínicos.

La prescripción del fármaco en pacientes diabéticos debe ir orientada a las especificaciones particulares de cada paciente y al tipo de diabetes que este esté presentando según las clasificaciones ya expuestas. La prescripción del fármaco se da cuando los factores protectores ambientales llevados a cabo no son suficientes para generar el control glucémico. Por esto la mayoría de los tratamientos farmacológicos en diabetes inician con metformina, excepto que haya contraindicaciones o intolerancia para su uso. Si al diagnóstico de la diabetes se suman síntomas de hiperglucemia o descompensación metabólica, lo que hace pensar en un déficit insulínico, se debe iniciar el tratamiento con insulina y metformina asociados (Fernández et al., 2015).

No obstante, estos mismos autores menciona que

Si el objetivo de control glucémico no se consigue en 3-6 meses, debe asociarse un segundo fármaco oral (sulfonilureas, tiazolidinedionas, inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 [DPP-4] o inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2), un fármaco agonista de los receptores del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1) o insulina basal (Fernández et al., 2015).

Tratamiento farmacológico de la hiperglucemia. Tratamiento con insulina.

Dentro de los objetivos de la administración de insulina, Fernández et al (2015).

Proponen los siguientes:

Conseguir un control metabólico prácticamente normal (HbA1c alrededor del 7 %) sin hipoglucemias sintomáticas o no. • Evitar las sintomatologías catabólicas debida a la hiperglucemia (pérdida de peso, por ejemplo). • Evitar las descompensaciones agudas de la enfermedad (cetoacidosis, hipoglucemia grave, etc.). • Evitar o retrasar la aparición de las complicaciones crónicas y reducir su progresión. • Intentar mantener dentro de lo posible la mejor calidad de vida.

Por esto, estos mismos autores mencionan que cuando no se obtiene un control adecuado de la glucemia a pesar de utilizar dos o más fármacos hipoglucemiantes orales en dosis máximas, se hace necesario la administración de la insulina para la mejorara del control metabólico.

Educación en diabetes mellitus.

La evidencia ha demostrado que la educación terapéutica se asocia con un mejor control metabólico, una disminución de peso y de la hemoglobina glucosilada (HbA1c) y una mejora de la calidad de vida de estos pacientes, además de que disminuye la frecuentación de los servicios de urgencias, los ingresos hospitalarios y los costes. Se ha de resaltar que los resultados son mejores cuando la educación terapéutica en diabetes mellitus se mantiene con un programa de seguimiento integral con contenido clínico y de habilidades, estrategias conductuales y emocionales que logren el empoderamiento del paciente en el manejo de la diabetes mellitus (Fernández et al 2015).

Lo anterior confirma lo desarrollado en esta investigación; da evidencia de que la educación es uno de los pilares en el diagnóstico de DT1, es ese inicio para que el paciente comprenda lo que le sucede a su cuerpo y lo que le sucederá; la educación da la entrada a conocerse así mismo, entender los objetivos de los tratamientos y la importancia de llevar a cabalidad las indicaciones médicas. Por esto, Piñate, Diaz y Contreras (2020) confirman lo anterior y agregan que con la educación no solo se logra mejorar el perfil metabólico, la adherencia a la dieta y el ejercicio, sino también se ha demostrado mejoría de los síntomas asociados a depresión y ansiedad. Por esto, la educación en diabetes es considerada parte del tratamiento integral, y podría jugar un rol importante en el manejo de la diabetes mellitus incluyendo cuando esta se encuentra asociada a depresión y ansiedad dado que el proceso de enseñar y empoderar al paciente sobre el autocuidado de su enfermedad podría contribuir a reducir los síntomas de distrés psicológico.

Bosch et al (2011) en su libro manual de educación terapéutica en diabetes aseguran que diversos estudios han confirmado que la formación adecuada y oportuna de pacientes y familiares favorecen el control óptimo de la enfermedad y la sensación de bienestar.

Estos mismos autores se refieren al término de educación de pacientes aludiendo a la prevención secundaria y terciaria, es decir, a evitar las manifestaciones clínicas, las complicaciones y las secuelas de la enfermedad. Así mismo, se refieren a la educación terapéutica como esa disciplina científica sometida a las leyes de observación, reproducción y evaluación (Bosch et al 2011).

La educación terapéutica es reconocida por la Organización mundial de la salud (OMS) desde 1998, por esto, la OMS (citados en Bosch et al (2011) definen que “la educación terapéutica tiene como objetivo formar a los pacientes en la autogestión, en la adaptación del tratamiento a su propia enfermedad crónica y a permitirle realizar su vida cotidiana”.

Diabetes e intervención psicológica

Como se ha mencionado en el desarrollo de esta propuesta de guía, padecer de una enfermedad crónica puede conllevar a afectaciones emocionales y mentales como la depresión, ansiedad y estrés, por esto, Jiménez y Dávila (2007) mencionan que padecer una enfermedad crónica como la diabetes puede aumentar el estrés psicológico y el riesgo de padecer un trastorno mental como la depresión. La aparición de enfermedades mentales tras el diagnóstico de una enfermedad crónica genera un alto malestar psicológico que a su vez influye en la enfermedad médica que se esté tratando

como en este caso la diabetes tipo 1. Al respecto, Del Castillo Arreola, Morales, y Solano (2013) mencionan que

Estados tales como la depresión y ansiedad impiden la realización de diversas acciones requeridas para el cuidado o restauración de la propia salud. Nuestros pensamientos, ideas o creencias inciden en nuestra conducta y en nuestras emociones generando problemas en el automanejo de la enfermedad (p.25).

Así mismo, Quiroja (2012) en su investigación menciona que

Las implicaciones clínicas del estudio señalan la estrecha relación entre la ansiedad y la depresión con padecimientos médicos crónicos cuyo tratamiento psicológico deriva en una reducción de las emociones negativas hasta límites manejables que con el paso del tiempo tienden a reexperimentarse subjetivamente, provocando sufrimiento psíquico y reacciones inadaptadas que interfieren con la adherencia al tratamiento (p.396).

En consecuencia, se deja manifiesta la relación entre diabetes, estrés, y ansiedad, por esto, la intervención a estos pacientes no solo es competencia del médico, sino, del psicólogo, además de las otras áreas de la salud que influyen para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Dado a lo anterior es evidente la asociación de la DT1 con patologías mentales, sin embargo, este diagnóstico médico puede generar alteraciones sin necesidad de cumplir algunos de los criterios de DSMV; en este mismo sentido, este diagnóstico puede traer consigo conflictos en el ámbito familiar, dificultades en las

relaciones interpersonales, dificultades en la forma como el paciente se referencia hacia sí mismo y cómo percibe la diabetes, además de los pensamientos y emociones que esta misma enfermedad detona.

Todo lo anterior expuesto son un marco de referencia para contextualizar las categorías de la diabetes y de esta manera poder entender la DT1 desde lo médico y lo psicológico; A continuación, se enunciarán las categorías propias de esta investigación para de esta manera generar una lógica y coherencia en el desarrollo de esta y contribuir así al objetivo general planteado con anterioridad. A continuación, se enunciarán las categorías que responden a los objetivos planteados en esta investigación y que dan como resultado un producto final que será la una propuesta de guía para profesionales en psicología que permita la adecuada intervención a niños diagnosticados con DT1 orientado a la calidad de vida, necesidades emocionales, aceptación y adaptación de la enfermedad.

Impacto emocional y necesidades emocionales

Vindel y Tobal (como se citó en Rodríguez, Ramos, Martínez, Oblitas, 2009) mencionan que las emociones son reacciones psicofisiológicas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo. Estas reacciones producen cambios en la experiencia afectiva, en la activación fisiológica y en la conducta expresiva. Además, desde un punto de vista psicológico, estos autores mencionan que las emociones poseen un sustrato biológico considerable, son esencialmente agradables o desagradables, nos activan y forman parte de la comunicación con los demás y a su vez, pueden actuar como poderosos motivos de la conducta.

Aunque las emociones poseen una función adaptativa, cuando estas persisten en el tiempo y se da una interpretación errónea de las mismas puede llegar a patologizarse, por esto, Rodríguez, Ramos, Martínez, Oblitas (2009) afirman que “las emociones influyen sobre la salud-enfermedad a través de su relación con diversos sistemas fisiológicos que forman el proceso salud-enfermedad” (p.95).

Estos mismos autores menciona que “Las emociones negativas que más se han estudiado en cuanto a sus relaciones con trastornos de salud son la ansiedad, la depresión y la ira” (Rodríguez, Ramos, Martínez, Oblitas (2009).

Dentro de la teoría rastreada se encontraron algunas variables que pueden influir en las interrelaciones de los factores emocionales en el proceso de salud-enfermedad, por esto, Vindel y Tobal (como se citó en Rodríguez, Ramos, Martínez, Oblitas, 2009) mencionan las siguientes

Como primera variable, estos autores proponen que las reacciones intensas frecuentes de emociones como la ansiedad, tristeza-depresión y de la ira cuando se mantienen en el tiempo tienden a producir cambios en la conducta, dando a paso al incremento la probabilidad de que el sujeto adopte conductas perjudiciales para la salud y de que olvide los hábitos saludables. Un ejemplo de esto es la existencia de la relación entre ansiedad y consumo de tabaco, así como entre tabaquismo y cáncer. Como segunda variable influyente se encuentra la activación fisiológica dado a la reacción emocional, esta activación fisiológica podría la salud si se cronifican. Y como tercera variable se encontró que esta alta activación fisiológica puede estar asociada a un cierto grado de inmunodepresión, lo que nos vuelve más vulnerables al desarrollo de enfermedades infecciosas o de tipo inmunológico, o bien la supresión o control de estas

emociones puede acarrear altos niveles de activación fisiológica y un cierto grado de inmunosupresión Vindel y Tobal (como se citó en Rodríguez, Ramos, Martínez, Oblitas, 2009).

Dado a lo mencionado, se ha dejado de manifiesto que la intensidad con la que se experimentan las emociones tiene relación con la salud y la enfermedad, también, se asocia que las patologías más comunes en el proceso de enfermedad son la depresión y la diabetes. Al respecto, (Anarte et al., 2010). Aseguran que el estrés, la depresión y la ansiedad, son reacciones emocionales relacionadas con el origen de alteraciones en la salud, específicamente con el descenso de la actividad inmunológica que se manifiesta por disminución de la respuesta de linfocitos y menor cantidad de células TB o linfocitos granulares en sangre y el estilo represivo de afrontamiento.

Por otra parte, es indispensable argumentar que el impacto emocional del niño diagnosticado con diabetes y de sus familiares depende de la percepción subjetiva que tengan hacia la diabetes. Así mismo, Sarcinelli y Martínez (2010) mencionan que:

Los factores psicológicos se encuentran involucrados con el diagnóstico de la diabetes, la cual es considerada por el niño y sus familiares como una pérdida de la salud (p.107).

No obstante, estos mismos autores mencionan que es muy relevante entender la diabetes en los niños como una condición, de la cual hay que tener conciencia y así, a partir del desarrollo de fortalezas y capacidades, aprender a vivir con ella (Sarcinelli y Martínez, 2010).

Los niños diagnosticados con este tipo de diabetes suelen depender de un adulto para llevar a cabo los procedimientos mencionados anteriormente que ayudan a mantener un control de la enfermedad, por ende, esta vivencia de la enfermedad es tanto para el paciente como para su familia, así que, el impacto emocional en el momento del diagnóstico abarca también a la familia. Barrera, Sánchez, Castillo (como se citó en Ochoa, Cardoso, y Reyes, 2016) concuerdan con lo anteriormente mencionado y agregan que:

El proceso de cronicidad en niños afecta emocionalmente a toda la familia, el diagnóstico suele suponer un Evento traumático para los padres, manifestado por enojo, culpa y preocupaciones; en los hermanos, se Presenta un mayor riesgo de tener un problema de salud mental (p.42).

Así mismo, Hoey (como se citó en Sarcinelli y Martínez , 2010) mencionan que cuando se diagnostica la enfermedad, frecuentemente la noticia suele afectar a los miembros de la familia y al propio niño, ya que se ven involucrados factores psicológicos y un nuevo estilo de vida que exige adquirir mayores conocimientos y desarrollar hábitos que serán necesarios para controlar la afección de manera eficaz. Por otra parte, Anderson (como se citó Tejo y Cartes, 2018) argumenta que a diferencia de otras patologías donde las decisiones sobre el cuidado recaen sobre los profesionales médicos en la diabetes no es así ya que la mayoría de las veces muchas de las responsabilidades para el autocuidado diario de la DT1 está a cargo de los jóvenes y sus familias, incluso inmediatamente después del diagnóstico.

Dado a todo lo anteriormente mencionado Bautista y Zambrano (2015) argumentan que:

La enfermedad crónica es un acontecimiento único para el individuo, la familia y el cuidador familiar, porque ocasiona alteraciones de tipo físico, psicológico, social y espiritual en la salud y en la calidad de vida de los individuos que la sobrellevan durante gran parte de sus vidas (p. 136).

Por lo tanto, se hace necesario una intervención interdisciplinar que incluya el acompañamiento psicológico a estos pacientes y sus familiares en el proceso de la enfermedad para así lograr una mejor adaptación y aceptación de esta. Al respecto, (Riaño (2017) agrega lo siguiente:

El trabajo en grupos multidisciplinarios permite ofrecer pautas de actuación en relación con aspectos educativos y psicosociales que faciliten la toma de decisiones, tanto individual como poblacional, con el objetivo final de mejorar la calidad de vida y prestar una atención integral a estos niños y adolescentes y a sus familias (p.91).

Así mismo, en el momento del diagnóstico de la diabetes en los niños, el impacto emocional es alarmante, al respecto Nipro Diagnostics (como se citó en Ochoa, Cardoso y Reyes, 2016) aseguran que:

Escuchar por primera vez que se tiene diabetes resulta sorprendente e incluso impactante. Ese momento puede resultar estresante y puede afectar las emociones. La mayoría de las personas, cuando se enteran de que ella o un ser querido sufren diabetes, atraviesan una gama de emociones que comienza con negación, temor, culpa, enojo, confusión y miedo.

Calidad de vida

Según lo mencionado en el transcurso de esta investigación, se ha dejado manifiesto que la calidad de vida es una de las categorías más afectada en el paciente con este diagnóstico dado a los cambios que implica. Con base a esto, en esta investigación se entenderá calidad de vida como lo expone del autor Portilla dado a su amplitud en la conceptualización.

Portilla (como se citó en Romer, Velásquez y Yabur 2014) menciona que la calidad de vida es un constructo multidimensional, donde al verse afectado alguno de los dominios que la conforman es posible que se afecte de manera general la percepción que el individuo tiene sobre la misma. En el caso de los pacientes crónicos, como los que padecen diabetes mellitus, son cuatro los aspectos que primordialmente se ven alterados: el bienestar físico, los síntomas relacionados con la enfermedad y con el tratamiento, el funcionamiento psicológico y el funcionamiento social.

Por otra parte, para generar más amplitud en el concepto de calidad de vida se expone la conceptualización de Riaño (2017) mencionando la calidad de vida como un:

Concepto valorativo con una doble perspectiva: la objetiva y la subjetiva. La determinación objetiva se centra en lo que el individuo puede hacer mientras que la valoración subjetiva incluye la percepción o estimación personal de las condiciones de vida y se traduce en sentimientos positivos o negativos (p. 86).

En el caso de la diabetes es posible entender fácilmente un quiebre significativo en una de las variables que se considera un componente primordial de la calidad de vida de estos pacientes: su estado de salud (Portilla, 2011).

Cada sujeto diagnosticado con una enfermedad crónica posee una perspectiva hacia la misma distinta puesto que la forma de percibirla y de afrontarla está atravesada por su historia de vida. Así que cada vez más existen estudios interesados por la investigación relacionada con las estrategias de afrontamiento en casos de enfermedad crónica y pautas para establecer estilos de vida en estos pacientes. Al respecto, Bautista y Zambrano (2015) mencionan que:

A medida que las enfermedades crónicas han aumentado su prevalencia de forma lenta pero progresiva, ha aumentado el interés por la calidad de vida del enfermo y por los múltiples factores biopsicosociales que inciden en ella (p. 136).

Vázquez, Gómez y Fernández (como se citó en Rodríguez y García, 2011) mencionan que la diabetes al ser una enfermedad discapacitante posee una repercusión directa en la calidad de vida de estos pacientes debido a los daños micro y macro vasculares provocados los cuales se expresan en formas tan diferentes como la ceguera, el daño renal o las amputaciones de miembros. Dado a la complejidad de esta enfermedad, Rodríguez y García (2011) mencionan que dentro de las labores fundamentales del psicólogo está la prevención y este, a su vez, dentro de sus objetivos está incidir en la prevención primaria, es decir, con personas que no tienen la enfermedad. Así mismo, Rodríguez y García (2011) proponen que dentro de la prevención y factores protectores de la diabetes están:

Las prácticas alimentarias saludables y la realización del ejercicio físico apropiado. Hay que enfatizar que el problema central en la prevención y tratamiento de la diabetes es la obesidad (p.2178).

Se ha de entender que la diabetes al ser una enfermedad crónica implica el seguimiento de indicaciones médicas, el cumplimiento de cuidados médicos y de administración de medicamentos es de por vida; por esto, Ávalos y López (2013) mencionan que la diabetes mellitus constituye uno de los mayores retos de la salud pública del siglo XXI dado que el tipo de tratamiento al que se someten es de por vida, además de las complicaciones que genera la enfermedad afectando así la calidad de vida de estos pacientes.

Así mismo, Portilla (2011) asegura que factores como “las diferencias en la naturaleza de la enfermedad, la personalidad y el entorno social de las personas con diabetes, así como la carga y el tipo de tratamiento médico, pueden contribuir a la mayor o menor calidad de vida”.

Adaptación y aceptación de la diabetes.

En las intervenciones psicológicas de los procesos de enfermedad crónica como la diabetes se busca que el paciente realice un proceso de aceptación de esta enfermedad adaptándose así a las implicaciones que la misma trae. En esta investigación se va a entender adaptación como lo expone el diccionario de psicología:

Proceso a través del cual un individuo o un grupo establece con su ambiente natural o social una condición de equilibrio o, por lo menos, de ausencia de conflictos. El proceso ocurre a través de la combinación de

operaciones aloplásticas, orientadas a modificar el ambiente, o autoplásticas, dirigidas a modificarse a sí mismos en virtud de un equilibrio aceptable (Galimberti, U, 2002).

Así mismo, se entenderá la aceptación de la enfermedad crónica como

la comprensión de un cambio de vida distinto al que se tenía; aceptar el dolor sin identificarse con él y comprender que la vida todavía puede tener un fin positivo y productivo a pesar de que la propia energía y capacidades físicas están limitadas (Dueñas, 2015)

Portilla y Seuc (como se citó en Trejo, et al, 2018) mencionan que la adaptación en casos de enfermedad crónica es definida como el “grado de adecuación psicosocial de la conducta, estado emocional y valoración del paciente con relación a su enfermedad”.

Existen factores que interfieren en la adaptación de esta enfermedad tanto en los pacientes como en sus familiares. Hanson (como se citó en Pérez, Gómez, y Montoya, 2015) mencionan que dentro de esos factores que se deben tener en cuenta en el momento de optimizar la adaptación en pacientes con diabetes se encuentra

El exceso de cohesión aglutinación familiar, la sobreprotección, la rigidez de normas y estrategias de afrontamiento y las dificultades en la resolución de conflictos. (Pérez, Gómez, & Montoya, 2015, p. 160).

Otro factor que influye en el logro de la adaptación y aceptación de la diabetes es la red de apoyo; existe evidencia que demuestra la importancia del apoyo social en enfermedades crónicas y terminales, por ende, en algunas instituciones de salud se

crean grupos en las que se brindan apoyo social y emocional en todo el proceso de la enfermedad. Concordando con lo anterior Rendón y Lugli (2013) mencionan que “el apoyo social es un eminente factor protector de la salud independientemente de la patología a la cual se haga referencia” (p. 194). El nivel de dependencia en las enfermedades crónicas depende de la percepción que se tenga de la enfermedad y de la magnitud de esta; por ejemplo, Trento et al (como se citó en Rendón y Lugli, 2013)

Señalan que las personas con diabetes tipo 1 son más pesimistas y tienden a confiar menos en los demás en comparación a las tipo 2, por ende, las relaciones sociales en este tipo de diabetes se encuentran mucho más alteradas (p.194).

Por lo tanto, Ledon et al (como se citó en Rendón y Lugli, 2013) menciona que el apoyo social puede ser una de las estrategias de afrontamiento que usan los diabéticos para afrontar su enfermedad.

Existe un instrumento que permite evaluar la percepción que tiene el paciente de la severidad de su enfermedad, dicho instrumento es el cuestionario de respuesta adaptativa a la enfermedad en pacientes diabéticos, este cuestionario, también permite evaluar los aspectos que le complican el cumplimiento del tratamiento, la medida en la que su conducta favorece el cumplimiento de este, las molestias asociadas a la enfermedad y su repercusión psicológica. Lacomba (como se citó en Portilla et al, 2018).

Metodología

En esta investigación se tiene como objetivo diseñar una propuesta de guía para profesionales en psicología que permita la adecuada intervención a niños diagnosticados con DT1 orientado a la calidad de vida, necesidades emocionales, aceptación y adaptación de la enfermedad. Para el logro de lo anterior, se hace necesario llevar a cabo parámetros que permitan el cumplimiento de lo propuesto tal como revisar la teoría existente en torno al tema y consultar con expertos en psicología para conocer sus percepciones en torno a la intervención a pacientes con este diagnóstico lo cual se realizó en seis momentos:

El primer momento fue de exploración, el cual tuvo el propósito de lograr un acercamiento con todo lo concerniente a la diabetes. Se realizó un rastreo de la teoría a nivel nacional e internacional en torno a la intervención en DT1, además, se realizó una búsqueda exhaustiva de manuales, protocolos y/o guías de intervención psicológica en esta población. Se revisaron libros y revistas científicas; de esta literatura se elaboraron las fichas bibliográficas correspondientes. La revisión teórica de los libros y revistas científicas se realizaron de acuerdo a los siguientes criterios: tiempo publicación no mayor a 10 años, debían estar relacionados con las categorías diabetes, necesidades emocionales, calidad de vida, aceptación y adaptación de la diabetes. En este mismo momento se plantearon los objetivos a trabajar.

En el segundo momento se realizó la selección del material que cumple con los criterios mencionados anteriormente para así realizar la interpretación y análisis de la información recolectada logrando categorizar y agrupar el material pertinente a trabajar.

En el tercer momento se hizo necesario la realización de entrevistas, por lo que se planteó una guía con 14 preguntas semiestructuradas orientadas a las categorías mencionadas en el primer momento. Para seleccionar a los entrevistados se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: ser psicólogos clínicos, residir en la ciudad de Medellín o en su área metropolitana y estar interesados en participar en esta investigación. En este momento se realizó la entrevista a los profesionales en psicología basada en las preguntas estipuladas en la guía, la cual facilitó plasmar las percepciones, conocimiento e intervenciones de estos profesionales en torno a la intervención a pacientes diagnosticados con DT1 facilitando así el desarrollo de la entrevista y la recolección de la información. Las entrevistas se realizaron 4 vía Zoom y 1 por Skype.

En el cuarto momento se prosiguió a la transcripción de las entrevistas para dar paso a la realización de una matriz la cual incluye las categorías, las preguntas referentes a cada categoría y las respuestas dadas por cada psicólogo entrevistado, todo esto, para facilitar el análisis de la información y de esta manera dar respuesta a la pregunta de investigación.

En el quinto momento se realizó el análisis de los resultados, por lo que se integró las verbalizaciones de los psicólogos entrevistados, percepciones propias y la teoría. En este momento se dio coherencia al desarrollo de esta investigación, de esta manera se realizó un análisis entre autores y los psicólogos entrevistados para así proceder con la realización del producto final de esta investigación que termina dando respuesta al objetivo general planteado.

En el sexto momento se elaboró la propuesta de guía para profesionales en psicología que permita la adecuada intervención a niños diagnosticados con DT1

orientado a la calidad de vida, necesidades emocionales, aceptación y adaptación de la enfermedad; dando cumplimiento a los objetivos planteados en esta investigación.

Tipo de investigación

La presente investigación se desarrollará desde un enfoque cualitativo porque se pretende, a parte de la realización de un rastreo teórico, también se desea evidenciar las ideas, percepciones y propuestas de intervención de los participantes entrevistados emergiendo su subjetividad con la mínima intervención del investigador. Al respecto, Galeano (2004) menciona que “la investigación cualitativa rescata la importancia de la subjetividad, la asume, y es ella el garante y el vehículo a través del cual se logra el conocimiento de la realidad humana” (p18). La recolección del conocimiento se obtendrá a través del discurso de un profesional en psicología clínica que serán entrevistado.

Método

El método utilizado en esta investigación para llegar al conocimiento será de carácter hermenéutico dado que se desea interpretar los hallazgos encontrados en la literatura e interpretar las verbalizaciones de los entrevistados. Con este se busca interpretar en todo el transcurso de esta investigación cada uno de los hallazgos encontrados en la literatura y en la experiencia de los psicólogos entrevistados para de esta manera dar respuesta a la pregunta de investigación y dar cumplimiento a los objetivos planteados.

Sandoval (2002) menciona que esta alternativa de investigación se dedica a comprender la metáfora de un texto, el cual es susceptible de ser interpretado mediante

el empleo de caminos metodológicos con particularidades muy propias; Así mismo, es la interpretación de un texto particular.

Técnicas de recolección de la información

La técnica a utilizar en la presente investigación es la entrevista semiestructurada para así ahondar en el tema de interés permitiendo el logro del objetivo. Se realiza a través de una serie de preguntas para lograr un dialogo fluido permitiendo así al entrevistado expresar su punto de vista sin salirse del objetivo de la entrevista ya que se contará con un orden en las preguntas la cual el entrevistado podrá ampliar en sus respuestas. Al respecto de la técnica a llevar a cabo Díaz, García, Martínez y Varela (2013), mencionan que la entrevista es una técnica de gran utilidad para recabar datos. Así mismo, el Diccionario de Ciencias de la Educación (como se citó en Díaz, García, Martínez y Varela (2013), definen la entrevista como “una conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar”.

En cuanto a la entrevista semiestructurada, Díaz, García, Martínez y Varela menciona que:

Presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos (2013).

Así mismo, a los sujetos participantes se les realizará una entrevista semiestructurada que consta de 14 preguntas abiertas orientadas a las categorías calidad de vida, necesidades emocionales, aceptación y adaptación de la DT1 permitiendo que el entrevistado profundice en sus respuestas.

Sujetos participantes

Los sujetos participantes de esta investigación fueron 5 clínicos residentes de la ciudad de Medellín y/o su área metropolitana.

Consideraciones éticas

El objetivo de esta investigación es diseñar una propuesta de guía para profesionales en psicología que permita la adecuada intervención a niños diagnosticados con DT1 orientado a la calidad de vida, necesidades emocionales, aceptación y adaptación de la enfermedad; para el logro de lo anterior, se hace necesario la aplicación de una entrevista, esta, implica la obtención de datos de los participantes, por ende, se deben tener en cuenta la confidencialidad de los participantes y los dilemas éticos que se puedan presentar. Por lo tanto, se debe de tener en cuenta algunas leyes, códigos y normas que regulan y rigen las investigaciones que se llevan a cabo con seres humanos, con el propósito de proteger a las personas que se someten a investigación científica, protegiendo los derechos de la persona y la dignidad humana; por lo tanto, con base al artículo 7º del pacto internacional de derechos civiles y políticos se garantiza un buen trato a los sujetos participantes de este proyecto investigativo caracterizado por ser

digno, respetuoso y amable. Teniendo en cuenta la investigación de Acevedo (2002) se implementarán los principios de beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia

Dado que en esta investigación se obtendrán datos de los participantes y las entrevistas serán grabadas para su posterior transcripción, se hace necesario tener en cuenta dentro de las consideraciones éticas lo establecido en la ley 1616, título II artículo 6° en 2013, puesto que se garantizará brindar el consentimiento informado a los sujetos participantes en el cual se esclarecerá el objetivo del trabajo de investigación, los fines con los que se usará la entrevista semiestructurada y el permiso para su grabación, además de garantizar la confidencialidad de la información recolectada y respetar su intimidad (Ley N° 1616, 2013).

Para esta investigación también se tendrá en cuenta el cuerpo normativo del Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC) que dirige, orienta el reglamento el quehacer del psicólogo. La ley 1090 de 2006 reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, el título II, artículo 2°. Argumenta sobre la confidencialidad de la información obtenida como una obligación en el trabajo como psicólogos. (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2009). Así mismo, en esta investigación se garantiza que la investigación se recolectará respetando la dignidad y el bienestar de los sujetos participantes.

Otra consideración ética a tener en cuenta es la constitución política de Colombia (1991) dado que es la carta magna de la república de Colombia que rige las conductas de los colombianos y se encargan de garantizar un trato íntegro y digno entre las personas, allí se recogen en diversos artículos los deberes y derechos que adquiere el ciudadano por pertenecer a las leyes y mandato de la república colombiana.

Análisis y resultados

En este apartado se presentará la relación de la teoría encontrada y los hallazgos de la entrevista realizada a cinco psicólogos clínicos de la ciudad de Medellín y su área metropolitana. Donde se dará respuesta a los objetivos planteados por esta investigación. Estos hallazgos se presentarán desde las categorías trabajadas en esta investigación tales como calidad de vida, necesidades emocionales, aceptación y adaptación de la enfermedad de niños diagnosticados con DT1.

Calidad de vida

La calidad de vida es una de las categorías fundamentales en el desarrollo de esta investigación dado que es una de las más afectadas según los hallazgos encontrados, por esto, los psicólogos entrevistados dieron protagonismo a esta categoría, incluso, la relacionaron con otros elementos trabajados en esta investigación. Todos los psicólogos entrevistados concuerdan con que cualquier niño diagnosticado con DT1 puede lograr una buena calidad de vida con un acompañamiento adecuado, por esto, uno de ellos refiere:

Sí. Perfectamente. Lo puedo decir por niños que pude acompañar por un tiempo prolongado que lograban adaptarse haciendo cambios en su vida pero que lograban tener una calidad de vida, pero también lo digo por adultos que habían sido diagnosticados en la infancia-adolescencia que tenían crisis en las que se podían desregular, pero en general podían tener

muchos espacios de tranquilidad y de buen desarrollo, conozco profesionales con maestrías que tienen ese diagnóstico (P4).

La calidad de vida en enfermedad crónica se puede lograr con un acompañamiento adecuado en el cual el menor cuente con todos los recursos necesarios para afrontar esa enfermedad, dado que esta implica realizar cambios internos como reconocer y aceptar su nuevo estilo de vida y cambios externos como la alimentación, implementar el autocuidado a sus rutinas diarias. Por esto, la diabetes es una enfermedad que, si bien no tiene cura, estos pacientes pueden tener un control de esta, y, como mencionó el psicólogo anteriormente, estas personas con un acompañamiento adecuado pueden tener momentos de tranquilidad y de bienestar.

El diagnóstico de una enfermedad crónica genera un impacto en el paciente, por lo que, esto afecta directamente la calidad de vida, hay que aclarar que este impacto dependerá de la enfermedad diagnosticada, de los recursos de afrontamiento que el paciente tenga y de las creencias tanto del paciente como de su familia en torno a la enfermedad. El impacto en la calidad de vida va a depender de muchos factores, sin embargo, en la mayoría de los pacientes este impacto puede ser negativo y verse afectada por distintos aspectos, por esto, Rubín (como se citó en Jiménez y Dávila, 2007) afirma lo mencionado con anterioridad manifestando que la calidad de vida en estos pacientes se ve afectada por la complejidad que requiere este tipo de diagnóstico dado que el monitoreo diario del cuerpo es indispensable, además de la aplicación de la insulina y de toda aquella afectación emocional que pueda traer consigo esta enfermedad.

Los psicólogos entrevistados asocian la categoría calidad de vida con otras tales como la aceptación, resignificar y resiliencia, pues, refieren que esta categoría es amplia y se puede ligar con otras. También, se evidencia que todos los psicólogos concuerdan con que el logro de la calidad de vida va a depender del buen acompañamiento familiar y acompañamiento escolar dado que refieren que para realizar un adecuado acompañamiento psicológico se hace necesario abarcar diversas áreas de desarrollo del menor diagnosticado con DT1 para que este tenga una sensación de comunidad, por esto, uno de los psicólogos afirma que la calidad de vida va a depender de variables como:

“El acompañamiento familiar, poder hacer esa psicoeducación con la familia, El acompañamiento con el colegio, se necesitaría un enlace y una comunicación cercana con el colegio, la actividad física” (P1).

Es importante que el psicólogo que intervenga a estos menores con este diagnóstico conozca las áreas en las que este interactúa para así generar un acompañamiento con todo su círculo social para que de esta manera el entorno comprenda desde lo emocional y racionalmente las afectaciones que esta enfermedad causa en estos pacientes y de esta manera sean empáticos con estos y así lograr disminuir la presión de estos pacientes de intentar encajar en un entorno donde no se siente comprendido. Lograr la sensación de comunidad hace sentir al menor respaldado, comprendido y aceptado. Esta misma sensación evita las clasificaciones y las exclusiones ya sea en el entorno educativo, familiar, es decir, en todos aquellos entornos donde el niño se desenvuelva, por esto, la gran importancia de la psicoeducación como pilar en esta enfermedad.

En los relatos de estos profesionales se puede observar la similitud en las variables que para ellos ayudan al logro de la calidad de vida dado que resaltan la importancia de la educación en torno a la enfermedad en el momento de la intervención psicológica, por esto uno de los psicólogos refiere:

Una de las variables fundamentales es la educación de la enfermedad, otro factor podría ser el autocuidado en la persona, tener en cuenta en el proceso terapéutico que se vaya a hacer a la familia porque los que conviven con el paciente son los que necesitan también educarse sobre la enfermedad generar en la paciente apropiación de la enfermedad y que su mejoría depende del cuidado de sí mismo, que el propio paciente sea su médico (P2).

Las tareas de autocuidado dependen de la comprensión de la enfermedad, de los objetivos de dichas tareas y de la importancia de esta, por esto, es importante la educación que se hace en torno a la enfermedad en el momento del diagnóstico y la importancia de la psicoeducación que incentive estas tareas para el logro de la calidad de vida. En este mismo sentido, dos de los psicólogos le dan relevancia al autocuidado para la contribución de la calidad de vida

Uno de los psicólogos entrevistados refiere la importancia de conocer el mundo interno del niño para así entender su forma de percibir la enfermedad, por esto refiere:

Podemos mirar qué entiende el niño por la enfermedad, cómo se siente con la enfermedad, qué ideas y mitos tiene alrededor de la enfermedad, cómo cree que puede ser su vida, es decir, cuáles son esas proyecciones

que tiene a futuro, en términos del cumplimiento de sueños, de metas, etc (P2).

La premisa anterior concuerda con el desarrollo de esta investigación dando prioridad a la educación en torno a esta enfermedad, además de la importancia del psicólogo de conocer las proyecciones del niño y guiarlo en la búsqueda de un futuro esperanzador.

Esperanzar al niño a una vida placentera con esta enfermedad se puede convertir en un reto puesto que primero se debe conocer esas creencias de su entorno vincular primario, conocer las percepciones que estos tienen sobre la enfermedad, los temores, las creencias y así acompañarlos en términos psicológicos para generar un entrenamiento a sus familiares y así estos también sean un apoyo para el niño en el cumplimiento de la resignificación de la enfermedad, que sus familiares sean un apoyo en esos pensamientos que puedan generar malestar en momentos en que aparezca la desesperanza y el menor no se proyecte ni se visualice en un futuro.

Por esto la importancia del acompañamiento psicológico familiar para que estos tengan la capacidad de detectar cuando el menor presente síntomas que no se habían presentado antes o cuando haya algún tipo de retrocesos en la rehabilitación de la enfermedad. De esta manera se evidencia que los psicólogos entrevistados concuerdan con que el acompañamiento familiar es una de las áreas a intervenir para el logro de la calidad de vida en esta población.

La DT1 es una enfermedad que afecta a la persona de manera holística, por esto, se necesita de profesionales idóneos para abarcar a estos pacientes en su totalidad.

Dentro de estos profesionales que intervienen de forma interdisciplinaria se encuentra el endocrinólogo, el psicólogo, el nutricionista, el fisioterapeuta, enfermeros y demás que se requiera dependiendo de las afectaciones particulares del paciente. Dado al acompañamiento eficaz de este equipo interdisciplinario se puede contribuir al control de las afectaciones que puedan presentar estos niños contribuyendo así al logro de la calidad de vida. Uno de los psicólogos soporta lo mencionado con anterioridad refiriendo la importancia del trabajo interdisciplinario para el logro de la calidad de vida dado que no atribuye la afectación a una sola categoría sino a diversas, por esto refiere:

“Hay muchas variables como los esquemas de valores, el trabajo multidisciplinario con médicos, nutricionistas y psicólogos porque el médico a través de los exámenes nos dirá si el niño está juicioso o no, revisar obstáculos también es fundamental, el acompañamiento con padres, incluso hay grupos de apoyo, entonces por ese lado puede ser otra red de apoyo emocional” (P1)

Los grupos de apoyos son una alternativa en casos de enfermedad crónica dado que generan una sensación de comprensión y fomenta la esperanza en familiares y el enfermo. Por esto, esta se da como una opción que se puede contemplar con los padres de familia del menor diagnosticado con DT1. Estos grupos de apoyo son un espacio para que los niños con este diagnóstico normalicen su vivencia, no se sientan diferentes y que por medio de la experiencia de los demás puedan aprender a sobrellevar su enfermedad, además, ayuda a los padres de familia a normalizar sus miedos, culpas y pensamientos que puedan surgir en medio de esta enfermedad para que así por medio de las experiencias de otros padres se sientan comprendidos y normalicen sus emociones.

Rodríguez, Díaz y García (s.f) en su artículo de revision refieren que los grupos de apoyos surgen a partir de las necesidades que tienen los familiares de unirse para compartir experiencias en común y tratar en un ambiente de comprension la desesperanza asociada a sus diagnosticos. Estos refieren que en estos grupos se brinda apoyo y se ofrece informacion adecuada sobre la enfermedad, las estrategias de manejo que se deben tener en el hogar, y sirve de ayuda para que los miembros de la familia y especialmente el cuidador primario no se sientan solo en su lucha diaria. Un de los psicólogos concuerda con lo mencionado anteriormente y agrega:

“Es importante que el terapeuta incentive al niño y a la familia a acudir a grupos de apoyo de personas con diabetes en donde el niño y la familia puedan oír las historias de personas con DT1 que han salido adelante, que han podido superar las dificultades les pueda ayudar mucho a dar esperanza, entonces, no solo el acompañamiento individual, sino también fomentar la participación en grupos de apoyo” (P1)

Lo anterior refuerza la idea del apoyo social como estrategia fundamental en procesos de enfermedad crónica, además que es uno de los factores importantes para fomentar la calidad de vida de niños diagnosticados con DT1.

En el desarrollo de la entrevista realizada a los psicólogos, uno de ellos enfatizó la importancia de establecer una rutina en estos niños para que estos tengan una sensación de normalidad y de esta manera psicoeducarlos en la importancia del cuidado tanto del cuerpo como de los aspectos mentales que se pueden ver afectados con esta enfermedad. La Real Academia Española, 2020 define la rutina como “secuencia invariable e instrucciones que forma parte de un programa y se puede utilizar

repetidamnete” (2020). Así mismo, en su trabajo de grado, Carmen Debia (2012) encontró que la rutina brinda a los niños confianza, seguridad, autonomía y el establecimiento de hábitos apropiados.

El establecimiento de rutinas en estos niños debe ir estipulado de acuerdo a las particularidades de este en la que incluya las rutinas de autocuidado, de alimentación, actividad física y actividades de ocio para así llevar a cabo una sensación de normalidad en estos menores.

En torno al mundo psíquico de estos niños, uno de los psicólogos argumenta desde su orientación teórica cognitivo conductual que en la intervención psicológica se debe enseñar a diferenciar los pensamientos disfuncionales y esas distorsiones cognitivas que puede traer la enfermedad consigo misma para que de esta manera estos niños no se identifiquen con esos pensamientos distorsionados. Es importante que desde el aspecto psicológico se pueda indagar por las interpretaciones que el menor diagnosticado con diabetes le dé a su cuerpo, importante saber sus preocupaciones y todo ese mundo psíquico que lo invade. Jacobson (como se citó en Pérez, Gómez, y Montoya, 2015) manifiesta que dentro de las constantes preocupaciones de los pacientes con este tipo de diabetes está la responsabilidad que supone manejar continuamente la diabetes. Es importante educar al menor en torno a esos síntomas esperables independientemente de los cuidados apropiados en el hogar para así disminuir los sentimientos de culpa tanto para él como para la familia.

En estos casos en la que la afectación física es evidente, el acompañamiento psicológico debe ir orientado, como primero, a realizar una educación a estos niños en torno a la enfermedad y del porqué de estos síntomas, también, preparar al menor y a la

familia de aquellos síntomas esperables, enseñarles la importancia de realizar los procesos de autocuidado en el hogar y de realizar procesos terapéuticos para aprender a sobrellevar la carga emocional que esta enfermedad trae consigo. Por esto, más que los psicólogos entiendan la importancia de acompañar a estos niños, también es de sensibilizar al personal médico para que en los momentos de diagnosticar esta enfermedad, realicen la remisión pertinente al equipo interdisciplinar y que incluyan a los profesionales de psicología dado que desde la intervención y la integración de lo biológico, psicológico, social y espiritual se puede propender a esa sensación de normalidad en estos niños y por ende, contribuir a la calidad de vida de estos

Necesidades emocionales

El diagnóstico de la enfermedad crónica causa un impacto en la vida de la persona diagnosticada y a su vez a sus familiares, este impacto dependerá del tipo de diagnóstico y del momento evolutivo en el que este se haga. Por esto, la categoría de necesidades emocionales es de gran importancia en el desarrollo de esta investigación dado que esta categoría, según la teoría encontrada se asocia con algunas patologías como la depresión y la ansiedad.

En esta categoría se busca conectar la experiencia de vivir con DT1 y de esta manera resaltar las necesidades emocionales que estos niños puedan tener en el transcurso de su enfermedad.

Hablar de necesidades emocionales conlleva a múltiples aspectos en el que tenga cavidad el impacto psíquico de esta enfermedad, por esto, uno de los psicólogos

menciona que dentro de esta categoría estos niños podrían tener diversos tipos de impactos tales como:

Impacto en su autoimagen, en sus autos, en su autoesquemas en cómo se referencian así mismo hacia el mundo en la identificación de sus propias competencias, de sus propias fortalezas y capacidades, podríamos tener afectaciones emocionales, podríamos tener implicaciones negativas en sus relaciones interpersonales ya sea con su familia o con sus coetáneos, es decir sus pares y podríamos tener un impacto en ámbitos académicos y de aprendizajes; entonces creo que necesidades psicológicas realmente en todos los elementos posibles (p2).

El impacto emocional que conlleva esta enfermedad se ve reflejado en distintas áreas del desarrollo de estos niños, pues, retomando la afirmación anterior, en algunos niños su impacto emocional va afectar sus autos, a otros, afectará todo lo concerniente a sus relaciones sociales y esos serán las necesidades emocionales de cada uno, dado que, si bien, esta enfermedad conlleva a la realización de rutinas de autocuidado y esto implica realizar actividades que el resto de niños no realizan, es ahí donde en estos menores surge la duda y la sensación de distinción con el resto de sus pares, por esto, la importancia de la psicoeducación en esta enfermedad.

Dos de los psicólogos asocian esta categoría con la aceptación, pues, uno de ellos la refiere a la aceptación de los cambios del estilo de vida mientras que el otro la enfatiza en la aceptación de la enfermedad, sin embargo, ambos aluden a que la intervención en torno a las necesidades emocionales de estos niños debe estar asociada a aceptar todos aquellos cambios a los que conlleve esta enfermedad.

Dos de los psicólogos refieren que la DT1 se asocia a patologías como la ansiedad, cambios en el estado de ánimo y estrés. Así mismo, Antúnez y Bettioli (2016) reafirman lo anterior mencionando que la DT1 puede conllevar a síndromes psiquiátricos como la ansiedad y la depresión. Esta idea es soportada cuando uno de los psicólogos refiere lo siguiente:

Podríamos también estar enfrentados a síntomas de ansiedad asociados a los procedimientos médicos que esto implica, entonces desarrollar algún tipo de fobias o problemas en el estado de ánimo (P2)

Hablar de procesos de autocuidados conlleva a cambios tanto externos como internos para el logro de las categorías en esta investigación. Sin embargo, algunas de las nuevas rutinas por las que estos niños se deben someter está la aplicación de la inyección de insulina y monitoreo del cuerpo. Estas rutinas pueden ser dolorosas y generar en estos niños una alerta y evitación del dolor, por lo que, pueden atribuir los aspectos negativos de la enfermedad a lo que genere dolor como la inyección. Ver su cuerpo en el espejo con las consecuencias que genera esta enfermedad puede activar su mundo emocional, por esto, la importancia de que el psicólogo conozca sobre esta enfermedad, conozca a lo que se puede enfrentar y de esta manera generar una intervención acorde a las necesidades particulares de estos niños.

Es de gran importancia entender que la experiencia de vivencia de la enfermedad es particular, por esto, las necesidades emocionales van a depender del proceso evolutivo en el que estén estos niños, del ambiente en el que esté inmerso, si cuenta con apoyo social o no y de su interpretación subjetiva de la enfermedad. Uno de los psicólogos concuerda con lo anterior y refiere:

“Tener en cuenta que son diferentes, van a ser completamente diferentes de un niño a otro porque un niño su necesidad emocional puede ser que su actividad favorita era salir con sus amigos a comer porque ya está grande, entonces esa puede ser su necesidad emocional, en otro niño puede ser la culpa porque ve a su mamá preocupada por su diagnóstico, entonces también eso es fundamental, creo que lo más importante diferenciar específicamente cual es esa interpretación, esa necesidad que le está haciendo el niño a la enfermedad porque no va a ser la misma siempre, eso es lo más central” (p1).

Este mismo profesional argumenta la importancia del reconocimiento de las emociones en estos niños dado que puede contribuir a las interpretaciones de cómo se vive y se interpreta la enfermedad. De ahí la importancia del acompañamiento por parte de psicología para que acompañen a estos niños en torno a nombrar esas emociones que les genera la vivencia de la diabetes, a verbalizar todo aquello que sienten y evitar sentirse culpables por todos esos síntomas que son típicos en esta enfermedad.

En la intervención psicológica se debe lograr que estos niños se responsabilicen de sus propios cuidados, que entiendan los objetivos de estos y la importancia de su realización, que, si bien no son los culpables de los síntomas, si necesitan comprometerse con las recomendaciones médicas para que puedan lograr una sensación de bienestar. Uno de los psicólogos refuerza la idea anterior refiriendo que las necesidades emocionales se asocian a la necesidad de responsabilizarse de los propios cuidados y de su propio desafío para asistir a la vida, así como la capacidad del niño para permitirse ser apoyado en este proceso de enfermedad.

Rodríguez y Zabala (2013) refieren que el diagnóstico de una enfermedad es el inicio de una experiencia nueva, que suele tomar por sorpresa a quien lo recibe dado que se está relacionado con la propia existencia. Así mismo, en el momento del diagnóstico se dan el paciente refiere significados a su enfermedad. El significado que cada paciente le da a la enfermedad es subjetivo, es particular, por esto, el psicólogo debe acompañar estos procesos de enfermedad crónica teniendo en cuenta el conocimiento del paciente en torno a la enfermedad, teniendo en cuenta cómo el paciente se refiere hacia su enfermedad y la forma como la percibe y la vive.

Este mismo autor refiere que nombrar la enfermedad que se padece, tiene implicaciones psíquicas dado que despeja la incertidumbre respecto a lo que se está padeciendo. Estas implicaciones están sujetas al tipo de enfermedad puesto que al tratarse de una enfermedad que no remita a la muerte, permite sobrellevar el sufrimiento, sin embargo, todas aquellas enfermedades que los pacientes asocian con muerte, sufrimiento y pérdidas conllevan a mayor implicación emocional

Así mismo, cada paciente le da un significado a su enfermedad ya sea desde un aspecto positivo o negativo. Aquellos significados que están asociados a creencias negativas tienen a estar asociados con patologías mentales esto se ve reflejado cuando Insa, et al., 2010 (como se citó en Rodríguez 2013) refiere que recibir el diagnóstico de una enfermedad donde se tiene la idea de la muerte, constituye una de las mayores fuentes de incertidumbre y ansiedad.

Aceptación y adaptación de la enfermedad

En esta investigación la aceptación y la adaptación de la enfermedad se unificaron en una única categoría, por esto, se tomarán como categorías integradas. Los psicólogos entrevistados concuerdan con que los niños diagnosticados DT1 pueden lograr una aceptación y adaptación de la enfermedad. Sin embargo, la mayoría de psicólogos concuerdan con que la intervención psicológica no es suficiente, se necesitan de más profesionales para la intervención de esta enfermedad en la que se hace necesario abarcar las áreas del desarrollo de estos pacientes.

Uno de los psicólogos refiere que para el logro de la adaptación y de la aceptación de la enfermedad se deben tener en cuenta factores genéticos como el temperamento y aspectos ambientales como el carácter, además, de la importancia de que estos pacientes cuenten con profesionales de la salud que sean lo suficientemente sensibles para entender que esta enfermedad les afecta por esto, (Montesinos, 2007 (citado en Rodríguez 2013) soporta lo anterior mencionado “que cuando los pacientes reciben atención cálida de los médicos y se favorece la comunicación, hay más satisfacción con el servicio prestado y mayor adherencia a los tratamientos”.

Este tipo de enfermedad requiere que las intervenciones se hagan de acuerdo a las particularidades de estos niños y que sean estos los que lleven el ritmo de la intervención. Por esto, como se ha desarrollado en esta investigación es importante el proceso de educación tanto de los profesionales que de forma interdisciplinar acompañen a estos niños como la educación misma que deban tener estos menores. Se requiere que estos sean expertos en su enfermedad, así como de los aspectos psicológicos que esta pueda afectar a el menor, por esto la importancia de la psicoeducación en torno a la DT1.

Respecto a la psicoeducación, Cudney y Weinert (como se citó en Orozco, y Castiblanco, 2015) mencionan que esta es de gran importancia porque contribuye al cambio del sistema de creencias que pueda estar afectando y de esta manera, gracias a la psicoeducación se puede facilitar la aceptación del diagnóstico y la comprensión de los cambios debidos a la enfermedad.

Uno de los psicólogos refiere la importancia de tener una sensación de normalidad en el ámbito familiar con el niño diagnosticado con diabetes tipo 1 dado que de esta manera contribuye a la adaptación de la enfermedad, por esto refiere: “si la familia hace sentir todo el tiempo a la persona como si tuviera una discapacidad no le va a ayudar en el proceso de adaptación” (P5).

El rotular a una persona con un diagnóstico de enfermedad crónica hace que el entorno vea a esa persona de forma vulnerable y más cuando esta persona es un niño, por esto, Shuman (1996), (como se citó en Rodríguez 2013) refiere que poner nombre a una enfermedad hace que se mire a las personas desde el punto de vista del “mal designado”.

Es necesario que en el hogar el niño se sienta comprendido, por esto, la importancia de que la familia también se adapte a estos cambios haciendo cambios generales, por ejemplo, que el hogar mejore sus estilos de alimentación, que el hogar implemente la actividad física a las rutinas dado que de esta manera se estaría integrando al menor a la dinámica familiar y no excluyendo, esto contribuiría a la sensación de comunidad que mencionó el psicólogo entrevistado anteriormente.

Otro ámbito que contribuye a la sensación de comunidad es el contexto escolar, por esto, la importancia de la psicoeducación al contexto educativo en el que se desenvuelva el menor.

Se evidencia que estos psicólogos realizan el acompañamiento interdisciplinar que abarque todas las áreas de desarrollo e interacción del menor para de esta manera lograr una intervención holística y así mismo lograr la adaptación y aceptación de la enfermedad. Uno de los psicólogos refiere que la aceptación y la adaptación de la diabetes se puede lograr dado que estudios han demostrado que la intervención psicológica incrementa la adherencia al tratamiento con insulina en niños. Sin embargo, otro de los psicólogos menciona que la intervención con pacientes diagnosticados con la DT1 debe ser amplia, debe ir más allá de acompañar desde lo emocional, este psicólogo refiere que se deben incluir más actores, por esto manifiesta que la intervención psicológica en su totalidad no aporta a la aceptación y adaptación de la enfermedad, si bien, ayuda para que este se logre se necesita de la interdisciplinariedad para el logro de esta categoría.

Propuesta de guía para la intervención psicológica de niños diagnosticados con diabetes tipo 1 orientada a la calidad de vida, necesidades emocionales, aceptación y adaptación de la enfermedad en la ciudad de Medellín y su área metropolitana en el año 2021

Según Aldana y Gómez (2007) las guías de intervención psicológica basadas en evidencia abordan los trastornos y alteraciones emocionales que influyen en la calidad de vida del paciente dando como resultado afectación en su relación con el entorno social, laboral y familiar, además de la influencia en el alto costo emocional y económico que a largo plazo representará para el paciente y el sistema de salud.

La presente propuesta de guía es el resultado de una investigación relacionada con la diabetes tipo 1 y su intervención psicológica en la cual se busca realizar una descripción de las necesidades emocionales de estos niños, proponer actividades que favorezcan la calidad de vida, la adaptación y aceptación de la DT1 en estos menores. Todas las actividades aquí propuestas son el resultado de la investigación teórica y las entrevistas realizadas a los psicólogos. Esta propuesta de guía puede ser aplicada por profesionales en psicología que cuenten con pacientes diagnosticados con diabetes tipo 1.

Conceptos médicos que los psicólogos deben saber

Lo psicólogos que intervengan esta población deben tener los conocimientos básicos que conciernen a esta enfermedad para así mismo entender las implicaciones que pueden llegar a impactar el mundo psíquico de estos pacientes, así mismo, es importante la comunicación interdisciplinar de los profesionales que acompañen a esta población, por esto, se proponen los siguientes conceptos que los psicólogos deben

conocer para intervenir a niños diagnosticados con DT1 tales como: ¿qué es la diabetes?, tipos de insulina, procedimiento de la insulina en el cuerpo, síntomas de la diabetes, tratamiento de la diabetes, profesionales que intervienen en la diabetes, tratamiento farmacológico.

La diabetes tipo 1 es una enfermedad en la que sus síntomas físicos son los más detectables en los pacientes, sin embargo, existe otros síntomas emocionales que surgen dado al diagnóstico de esta enfermedad y a el proceso de vivir con DT1. A continuación se realizará una descripción de los síntomas emocionales que surgen como resultado esta investigación.

Descripción necesidades emocionales

Autoimagen

Cuando la diabetes se refleja en síntomas físicos en los niños, esta puede interferir en la forma como estos se perciben y se referencian así mismos. En este mismo sentido, su autoimagen se distorsiona influyendo así en la autoestima, sin embargo, dependiendo del nivel de desarrollo del niño diagnosticado con DT1, su influencia en su autoestima varía. Las cicatrices producto de la administración del medicamento, cansancio, debilitamiento, la realización de tareas de autocuidado y demás cuidados que deban tener estos pacientes son motivos que influyen en la percepción de sí mismo. Por eso la importancia de que el psicólogo sea consiente de estos signos y síntomas y pueda prevenir y/o intervenir todos aquellos pensamientos o emociones resultado de los síntomas de la diabetes. Así mismo, se podría ver afectado su capacidad de identificar sus propias competencias y fortalezas para asistir a la vida, sus interpretaciones

negativas en la forma de percibirse a sí mismo y al mundo puede interferir en la proyección de metas futuras para así lograr darle sentido nuevamente a su vida.

Autoesquemas

El diagnóstico de una enfermedad crónica trae consigo una carga social que puede interferir en la forma como estos niños perciben la enfermedad. Este tipo de diagnósticos detonan pensamientos negativos que dan como resultado sensación de malestar, así mismo, los pensamientos de culpa, preocupación y la sensación de vulnerabilidad están presentes. La forma de referirse así mismo podría ser negativo y esto podría influir en las relaciones interpersonales de estos niños, en sus relaciones familiares y escolares afectando así su proceso de aprendizaje.

Los niños diagnosticados con DT1 son niños que tienen que vivir unas situaciones poco comunes en la etapa de la niñez, por esto, es importante que ellos entiendan la enfermedad, sus síntomas y las consecuencias de la no realización de las conductas de autocuidado.

Síntomas ansiosos y fobias

La teoría relaciona la diabetes con diagnósticos psiquiátricos como la ansiedad y la depresión. El diagnóstico de una enfermedad crónica a edad temprana genera un impacto emocional en la familia dado que la sensación de indefensión, vulnerabilidad y culpa surgen, en este mismo sentido, a medida que el niño diagnosticado con DT1 va creciendo y entendiendo su enfermedad, puede interpretar la misma de forma negativa o positiva, todo depende de los recursos de afrontamiento que este haya adquirido en su proceso de vida.

La ansiedad y temor a los procedimientos médicos puede ser común y más en edades tempranas. asociar el malestar con los procedimientos médicos puede dar como resultado síntomas ansiosos y fobias, como, por ejemplo, temor a la inyección, al hospital, al profesional que lo esté tratando y demás. Otro aspecto generador de ansiedad es la administración del medicamento puesto que este se asocia a una experiencia displacentera, además que es una acción que se puede llevar a cabo de forma constante.

Síntomas depresivos

Como se mencionó anteriormente, las preocupaciones y pensamientos negativos en enfermedad crónica son comunes, por esto, estos pensamientos pueden poner al niño diagnosticado en un rol de vulnerabilidad y de indefensión, además de la sensación desigualdad con su grupo de pares que no tengan este diagnóstico será evidente. Este tipo de diabetes, en algunas ocasiones trae consigo limitaciones que implican la interacción social tales como realizar algún tipo de deportes, reuniones sociales en la que la alimentación no tenga ningún tipo de restricción. Este tipo de situaciones pueden afectar a estos niños emocionalmente y los síntomas depresivos en la infancia se pueden ver reflejados en irritabilidad, anhedonia, pérdida de apetito e insomnio entre otros.

Necesidad de darle sentido a la vida

La realización del duelo y resignificación de la experiencia es una de las necesidades que se encontró en la investigación. Es importante que estos niños junto con los profesionales tratantes de la enfermedad aporten en la capacidad de darle sentido a la experiencia, de dotar de significado la vida actual y en este mismo sentido planear un

proyecto vida dado que, aunque la enfermedad se puede tratar, siempre permanecerá en la existencia de estos pacientes, sin embargo, aun con esta se puede lograr tener una calidad de vida y lograr las metas propuestas

Tramitar las emociones

El diagnóstico de enfermedad crónica trae consigo un peso social, por esto, es importante que estos niños cuenten con la mayor educación en torno a esta enfermedad y en este sentido cuenten con un apoyo interdisciplinar para la intervención. Se hace importante poder tramitar las emociones de forma sana y adaptativa, así que, es necesario tener en cuenta las particularidades de estos niños, se realicen actividades en las que estos puedan vivir las emociones dadas al diagnóstico y en este sentido realizar una liberación emocional lo más adecuado posible.

Síntomas esperables

En este apartado se hace una compilación de aquellos síntomas que pueden presentar los menores diagnosticados con DT1. La experiencia subjetiva de vivir con DT1 depende de las particularidades individuales de cada paciente, sin embargo, hay algunos síntomas que pueden ser generales; es importante conocer aquellos síntomas emocionales a los que los psicólogos se puedan ver enfrentados en casos de un paciente con diagnóstico de DT1.

Los pensamientos de culpa es un síntoma que puede estar latente tanto en los menores con el diagnóstico como en su familia dado que este puede surgir inicialmente en la familia por la sensación de haber podido evitar esta enfermedad y en el niño la sensación de culpa se puede relacionar cuando no existe una mejoría de los síntomas. Por otra

parte, el no entender los síntomas y no nombrar lo que sucede puede ser otro factor subyacente dado que es un mundo nuevo en el cual tanto el niño con el diagnóstico como su familia deben ir explorando, por esto, el acompañamiento psicológico es fundamental para que de esta manera se pueda fortalecer esa inteligencia emocional y así nombrar todo aquello que sucede de forma emocional. La teoría enfatiza en que tanto los síntomas ansiosos como depresivos pueden tener alto nivel de protagonismo en esta afectación física, por esto, Antúnez y Bettioli (2016) y Jiménez y Dávila (2007) concuerdan con la mención anterior refiriéndose que dentro de los síntomas psiquiátricos más subyacentes en la DT1 está la depresión y la ansiedad. El temor al proceso médico, pensamientos automáticos asociados a la minusvalía, pensamientos de incapacidad, de fracaso, de poco sentido de vida también pueden afectar el mundo psíquico de estos pacientes y pueden ser síntomas esperables. La dificultad en la interacción social es un aspecto que puede afectar a estos pacientes en etapa de adolescencia puesto que las restricciones alimenticias en este proceso evolutivo pueden ser más notorias, así mismo como la limitación de algún tipo de actividades relacionadas con el deporte. Otro síntoma esperable puede ser la de restarle importancia a los cuidados ante esta enfermedad, este síntoma se puede ver reflejado en la adolescencia cuando este aun no haya comprendido la enfermedad y la importancia del cuidado ante esta, por esto, se le podría restar la importancia que estos cuidados se merecen y se podría ver afectada la salud del paciente por no realizar las actividades de autocuidado necesarias. Otro síntoma podría ser el dejarse ser apoyado, este síntoma se asocia con el trámite poco adaptativo de las emociones dando como resultado la inhibición emocional o el distanciamiento físico ante su red de apoyo inmediato. Finalmente, uno de los síntomas esperables puede estar

asociado a la no aceptación de la enfermedad, no aceptar el diagnóstico de DT1 puede dar como resultado un rechazo hacia el diagnóstico médico, rechazo al apoyo familiar, a las interacciones sociales y esto afecta la calidad de vida de estos niños. Es importante aclarar que los síntomas anteriormente mencionados son generalidades ante el diagnóstico de DT1. Cada paciente tiene una experiencia de vida distinta y la presencia de estos síntomas van a depender del momento evolutivo en el que se haga el diagnóstico.

Actividades dirigidas al mejoramiento de la calidad de vida de niños diagnosticados con DT1

Las actividades aquí propuestas son el resultado de la entrevista realizada a los psicólogos y del rastreo teórico, en este sentido, estas actividades pueden ser personalizadas teniendo en cuenta las particularidades específicas de cada paciente.

Actividades

Entendiendo la diabetes, comprendiendo mi cuerpo

Objetivo: lograr que el niño diagnosticado con diabetes tipo 1 entienda los conceptos médicos que explican su enfermedad y las consecuencias que se reflejarán en su cuerpo.

Esquema:

- Hablar sobre diabetes
- Dibujar la diabetes
- Reflexión y cuestionamiento
- Cierre

En esta actividad es importante que el psicólogo tenga un clima de confianza con el paciente para que este se sienta cómodo en la sesión. Aquí se trabajará con los conceptos previos que el niño tenga sobre su enfermedad, si este no posee conocimientos claros sobre la diabetes, el psicólogo le explicará los conceptos que estén bajo su dominio.

Hablar sobre diabetes

En un lugar cómodo del consultorio, el psicólogo junto con el menor diagnosticado con diabetes tipo 1 tendrán una conversación básica sobre la diabetes. En este mismo sentido, el psicólogo podrá indagar sobre qué sabe su paciente sobre su enfermedad, para así reconocer qué aspectos hay que profundizar. Para esto, se recomiendan las siguientes preguntas orientadoras: ¿sabes por qué estás en consulta? ¿Sabes qué pasa por tu cuerpo? ¿Cómo se siente tu cuerpo? ¿Qué te han dicho los médicos? ¿Cómo se llama lo que tienes? ¿deseas ponerle algún nombre distinto?

Aquí es importante ir acorde al ritmo del paciente dado que sus respuestas orientarán la sesión terapéutica.

Dibujar la diabetes

Cuando el psicólogo haya comprendido los conocimientos que el niño tiene sobre su enfermedad, se procede a dibujar la diabetes, para esto, se le entrega una hoja de papel, colores, marcadores y se le expresará la siguiente instrucción:

En esta hoja de papel dibujarás la diabetes, aquí vas a registrar cómo te la imaginas, con qué color te la imaginas y el tamaño de la misma lo decides tú. Posteriormente se

prosigue a la socialización del dibujo en la que el niño argumente su dibujo y explique cada detalle del mismo.

Reflexión y cuestionamientos

En este momento se realizan preguntas asociadas a la motivación y sensación del paciente en la realización de las actividades tales como: ¿Cómo te sentiste? ¿Qué aprendizajes te llevas? ¿con que sensación te vas de esta sesión? ¿Qué dificultad presentaste con la realización de las actividades? ¿Qué momento te llamó más la atención?

Estas preguntas dan paso a que se genere una reflexión de la misma asociada a cómo el paciente está entendiendo su enfermedad. La formulación de las anteriores preguntas dependerá del nivel educativo y momento evolutivo del paciente.

Cierre

Se le pide al paciente que exprese los logros obtenidos en la sesión, posteriormente el psicólogo realiza una retroalimentación indicando las fortalezas y avances obtenidos en el paciente y se programa el próximo encuentro.

Está bien no sentirme bien

Esquema:

- Encuentro entre psicólogo y cuidadores del paciente
- Zona de escucha
- Devolución y cierre

Objetivo: generar un espacio de zona de escucha a los cuidadores del paciente diagnosticado con diabetes tipo 1.

Encuentro entre psicólogo y cuidadores del paciente

Se invita a los cuidadores a pasar al consultorio. El psicólogo se presenta y explica el objetivo de la sesión, se les informa que ese es un espacio seguro y se les explica todo lo concerniente a la confidencialidad.

Zona de escucha

Se invita a los cuidadores a ubicarse en una posición cómoda dentro del consultorio, en este momento se les explica que ese espacio está preparado para hablar de los temores, preguntas y angustia que se tengan en torno a la diabetes. Se realiza un dialogo y, en caso de ser necesario se realiza intervención en crisis. En este momento es de gran importancia normalizar la emoción, normalizar todas aquellas angustias y preocupaciones dado que hacen parte del proceso de aceptación a esta enfermedad.

Devolución y cierre

Se les pide a los cuidadores que realicen una síntesis de lo trabajado en la sesión, se les pide a los cuidadores que manifiesten los logros obtenidos y de esta misma manera el psicólogo brinda una retroalimentación.

Aceptando el proceso

Objetivo: crear una rutina diaria de monitoreo del cuerpo

Esquema

- Importancia de las rutinas

- Establecimiento de un horario
- Cierre

Importancia de las rutinas

Este espacio es dedicado para los cuidadores, aquí, se les explica la importancia de establecer rutinas diarias en la vida de los niños, también se enfatiza en la importancia de que esa rutina la cumplan todos los integrantes del hogar para así generar una sensación de comunidad en este menor, por esto, es importante hablar de temas como rutinas, importancia, influencia de las rutinas en la vida emocional y social de los niños. Este espacio será dedicado a la psicoeducación para que de esta manera los cuidadores entiendan teóricamente la importancia de las rutinas y así puedan llevar a cabo con exactitud las actividades en el hogar.

Establecimiento de un horario

Con ayuda del paciente y sus cuidadores se realiza un listado de los gustos, actividades y todos aquellos procedimientos médicos que el menor deba realizar en su día a día, todo esto para establecerlo en un horario, en este mismo sentido, se registra en el horario las horas de clase, hora de ejercitar el cuerpo, para realizar las actividades de monitoreo y administración del medicamento. Es importante revisar semanalmente el cumplimiento del horario y, de ser necesario, realizar modificaciones.

Cierre

El psicólogo realiza una retroalimentación de aspectos trabajados durante la sesión, así mismo de les pide a los cuidadores que estén pendientes de la adaptación del menor al horario elaborado, a síntomas físicos y emocionales que puedan ir surgiendo para dialogar en la próxima sesión.

Me responsabilizo de mis cuidados

Objetivo: brindar sensación de autonomía en los niños diagnosticados con diabetes tipo 1

Esquema

- Psicoeducación
- Realizar listado de responsabilidades
- Zona de escucha
- Cierre

Psicoeducación

En las intervenciones con pacientes diagnosticados con diabetes tipo 1 es de gran importancia que, a medida que avanza el acompañamiento psicológico se realice psicoeducación constante para así afianzar conceptos y dar paso a la solución de dudas. Es importante que en este momento se le pregunte al niño sobre cómo se siente que avance su enfermedad, es de gran importancia preparar al niño para los síntomas esperables y ayudarlos a que no se identifiquen con su diagnóstico dado que este no los define, por esto, se deben realizar actividades en la que el paciente sienta que cuenta con un rol activo en su propia historia de vida.

Para lo anterior se recomiendan las siguientes preguntas orientadoras: ¿Cómo te has sentido con el acompañamiento psicológico? ¿Qué ha experimentado tu cuerpo en estos momentos? ¿sientes algún temor? ¿te gustaría que algo en tu vida cambiara? ¿sientes que puedes hacer algo para sentirte mejor? ¿te gustaría decirle algo a tus padres?

Las anteriores preguntas dependen del nivel de afectación que esta enfermedad esté causando en el paciente y de la edad del mismo.

Realizar listado de responsabilidades

Se le pide al paciente que realice un listado de acciones que él considere que puede llevar a cabo en su día a día, en este mismo sentido, se les pide a sus cuidadores que supervisen aquellas acciones que el menor esté llevando a cabo para prevenir algún tipo de retroceso en su proceso médico.

cierre

En este espacio se le pide al paciente que verbalice lo aprendido durante la sesión y se resuelven dudas, posteriormente el psicólogo realiza una retroalimentación de lo trabajado enfatizando en las fortalezas del paciente. Es importante que el psicólogo incentive a los cuidadores de los niños diagnosticados con DT1 a que le den responsabilidades a estos niños de forma paulatina para que sea el mismo paciente que observe su cuerpo, que esté pendiente de la hora para la administración de su medicamento y demás; es importante aclarar que estas responsabilidades van a depender del nivel evolutivo del niño.

Baúl de los recursos

Objetivo: reunir herramientas de afrontamiento de la enfermedad que ayuden a la prevención de recaídas.

- Reunir recursos de afrontamiento
- Personalizar el baúl de los recursos
- Reflexión y cierre

Reunir recursos de afrontamiento

Junto con el paciente se le pide en pensar en aquellas estrategias que él puede utilizar cuando no se sienta bien ya sea emocional o físicamente. En pacientes con edades muy pequeñas esta actividad se debe realizar junto con sus cuidadores, en pacientes con edades más avanzadas y donde tengan más conciencia de su enfermedad y consecuencias de la misma pueden ser más autónomo a la hora de realizar este listado. En este mismo sentido, se registrará en hojas de papel estrategias, recursos y/o actividades de afrontamiento que el paciente tenga ante la enfermedad, si sus estrategias de afrontamiento son precarias el psicólogo orientará en la búsqueda de este. Dentro de las estrategias se pueden registrar tales como, la administración de medicamentos, llamar a un amigo, realizar una técnica de respiración, etc.

Personalizar el baúl de los recursos

Se le pide al paciente que personalice una caja según sus gustos y que en ella ingrese las hojas de papel donde registró los recursos de afrontamiento. Se le indica que esos recursos serán utilizados cuando no se sienta bien ya sea emocional o físicamente, ese será unan especie de bote medicinal.

- Reflexión y cierre

En este espacio es muy importante que el psicólogo normalice las emociones que generen un grado de displacer en el paciente. Es importante un buen nivel de empatía para que este se sienta comprendido. Posteriormente se resuelven dudas que el paciente tenga, el terapeuta realiza una retroalimentación de lo trabajado y se da por terminada la sesión.

Actividades que favorezcan la adaptación y aceptación de la enfermedad en niños diagnosticados con DT1

Actividades

Aprendiendo a cuidarme

Objetivo: propiciar estilos de vida saludable

Esquema

- Importancia del ejercicio físico y deporte
- Ejercicio y deporte

Importancia del ejercicio físico y deporte

En esta sesión se invita al paciente y a sus cuidadores para hablar acerca de la importancia del ejercicio físico tanto para la salud física como para la mental. Es importante que el psicólogo tenga conocimiento de los beneficios del ejercicio para el proceso glucémico como para el mundo psíquico dado que esto permitirá la buena

transmisión del conocimiento. Para esto se recomienda leer la investigación que sustenta esta propuesta de guía.

Ejercicio y deporte

Aquí se les pedirá a los cuidadores del paciente que consulten con su médico tratante las actividades deportivas que el paciente pueda realizar y preguntar sobre las limitaciones para de esta manera, dependiendo de los gustos del paciente estas actividades puedan ser registradas en las rutinas que se mencionó anteriormente

Me cuido, disfruto y me alimento

Objetivo: fomentar alimentación saludable en los niños diagnosticados con diabetes tipo 1 y a su familia

Esquema

- Alimentación sana
- Listado de comidas preferidas y elaboración de un recetario
- cierre

Alimentación sana

A esta sesión se puede invitar un nutricionista que genere una educación en torno a la alimentación sana. Es importante enfatizar que más que hablar de los limitantes alimenticios se hable de los alimentos que se pueden consumir, además de los reemplazos de los hábitos alimenticios que la familia tendría que hacer. Es importante que en esta sesión asistan el paciente junto con sus cuidadores y se haga la invitación

para que la familia realice el cambio de estilos alimenticios y así evitar en el paciente una sensación de desigualdad.

Listado de comidas preferidas

Se realiza un listado de comidas preferidas tanto por el paciente como de sus cuidadores, junto con el nutricionista se buscan alternativas para cambiar algunos ingredientes que interfieran con el proceso médico del paciente. Posteriormente se invita a la familia a que realice un libro de recetas teniendo en cuenta los conocimientos obtenidos durante la sesión.

Cierre

Se resuelven dudas, el psicólogo retroalimenta al paciente y su familia, se les pide que manifiesten la importancia de lo aprendido, se establecen compromisos asociados a que el paciente y su familia llevaran a cabalidad lo aprendido durante en la sesión.

¿Quién estoy siendo hoy, quien seré mañana?

Objetivo: proyectar a los niños diagnosticados con diabetes hacia sus metas futuras
esquema

- Listado de logros obtenidos
- Listado de logros que se desean lograr y cómo lograrlo
- Mapa de los sueños

Listado de logros obtenidos

Se invita al paciente a realizar un listado de los logros ya sean personales, académicos, sociales que haya logrado a lo largo de su vida. Se hablará acerca de la forma de cómo lo ha logrado y de su sensación al obtener los logros. Si al paciente se le dificulta reconocer sus logros y metas alcanzadas, el psicólogo lo guiará en esa introspección para llegar al reconocimiento de metas y objetivos propias.

Listado de logros que se desean lograr

Aquí se registrarán los planes, sueños y metas que el paciente visualiza en un futuro, se debe registrar todas las metas que el paciente tenga y se hace al frente de cada meta la forma de lograrlo, esto para generar una ruta orientadora en el paciente que lo lleve a cumplir sus objetivos

Mapa de los sueños

Se invita al paciente a que realice un mapa de los sueños en el cual por medio de fotos, dibujos y objetos clarifique lo que desea lograr, en este mismo sentido, lo personalizará a su gusto, así que lo dibujará con sus colores favoritos y pegará las fotos de las revistas que más le guste. Posteriormente se le pide que este mapa de los sueños lo pegue en el lugar más importante de su casa; el lugar debe ser visible y se pide que lo traiga en la próxima consulta para dialogarlo.

Mis pensamientos pueden afectarme

Objetivo: lograr reconocimiento de los pensamientos que puedan estar afectando al paciente diagnosticado con diabetes tipo 1.

Esquema

- Pensamientos
- Ventajas y desventajas
- Invitación al cambio
- Cierre

Pensamientos

Es importante que el psicólogo reconozca la relación en la que algunos pensamientos pueden influir tanto en la emoción como en la conducta de los pacientes, por esto, para esta sesión el psicólogo por medio del discurso de su paciente ya sabe cómo este se referencia a sí mismo, a los demás y al entorno y se hace necesario que haga una intervención de estos. Aquí, el psicólogo ayudará al paciente a que cuestione sus pensamientos y se incentivará a la búsqueda de una visión real y optimista.

Ventajas y desventajas

Se invita al paciente a realizar ventajas y desventajas de modificar pensamientos y de generar cambios en el estilo de vida, por esto, en una hoja de papel se le pide que registre las ventajas y desventajas de sus pensamientos que general malestar. El psicólogo guiará al paciente en este registro dado que dependiendo de la edad de los pacientes esta actividad puede genera dificultad por el grado de introspección que implica.

Invitación al cambio

Este es el momento de generar una reflexión a los pacientes, aquí es necesario de generar una visión esperanzadora y optimista al futuro, si bien, con estos pacientes es necesario enfocarse en el presente y que disfruten su día a día, también se busca que tengan sueños y metas que los aferre al futuro. Al paciente se le entrega una hoja de papel para que hagan una carta a su yo del futuro teniendo en cuenta las actividades trabajadas en consulta.

Cierre

El psicólogo le pide a paciente que haga un recuento de lo trabajado en la consulta y que verbalice sus aprendizajes, posteriormente el psicólogo realiza una retroalimentación, le expresa a su paciente las fortalezas y se da por terminada la consulta.

Referencias

- Acevedo, I., (2002). aspectos éticos en la investigación científica. *Ciencia y enfermería*, 8(1), 15- 18. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v8n1/art03.pdf>
- Aldana, E., Gómez, E., (2007). Criterios para la elaboración de las guías de intervención psicológica. *Perinatol reprod. Human.* 21(1), 11-21. Recuperado de <https://inper.mx/descargas/pdf/Criteriosparaelaboraciondeguiasdeintervencionpsicologica.pdf>
- American Diabetes Association. (2013). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 36(1), 11-66. Recuperado de https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/36/Supplement_1/S11.full.pdf
- Anarte, M., Machado, A., Ruiz, M Y Caballero, F. (2012). Ansiedad, depresión y otras variables en pacientes con diabetes mellitus tipo 1. *Ansiedad y Estrés.* 16 (1), 13-31. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/285980759_Ansiedad_depresion_y_otras_variables_en_pacientes_con_diabetes_mellitustipo_1
- Antúñez, M., y Bettioli, A. (2016). Depresión en pacientes con diabetes tipo 2. *Acta Médica Colombiana*, 41(2) 102-110. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v41n2/v41n2a05.pdf>
- Arroyo, F., Bartivas, S., Cortés, M., Ferrer, J., García, M., y García, M. (2010). Protocolo de atención al niño/a y al adolescente con diabetes en la escuela Mérida (españa). Recuperado de

https://www.fundaciondiabetes.org/upload/articulos/78/protocolo_escuelasextremadura.pdf

Arzuaga, J., Díez, C., Díaz, H., Y Arosa, M. (2012). Consecuencias psicológicas de la diabetes mellitus tipo II: causas del descenso en la percepción de calidad de vida y depresión. *Mediker* 2.0. recuperado de

<https://aprenderly.com/doc/3458836/consecuencias-psicol%C3%B3gicas-de-la-diabetes-mellitus-tipo-ii>

Ávalos, M., y López, R. (2013). Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. *Revista Cubana de Salud Pública*. 39 (2). 331-345. Recuperado de

<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v39n2/spu13213.pdf>

Bautista, L., y Zambrano, G, (2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 17(1). 131-148. Recuperado de

<https://www.redalyc.org/pdf/1452/145233516009.pdf>

Bedia, C. (2012). Importancia de los hábitos y rutinas en los niños de tres años. (trabajo de grado para optar por el título de maestro infantil). Universidad internacional de la Rioja

Bosch, M. et al. (2011) Manual de educación terapéutica en diabetes. España: ediciones Díaz de santos. Recuperado de

<https://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788479789848.pdf>

Calatayud, M. (2012). Psicología de la salud. realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia*

Psicológica. 4(2). 98-107. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n3/spu12303.pdf>

Chaverri, J., y Fallas, J. (2015). Calidad de vida relacionada con salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista médica de costa rica y Centroamérica*. 72 (614), 217-224. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc151zn.pdf>

Colegio colombiano de psicólogos (s.f) Ley 1090 de 2006. Colombia: COLPSIC.

Recuperado de: <http://www.colpsic.org.co/quienes-somos/ley-1090-de-2006/182>

Constitución política de Colombia. (2010). Recuperado de <https://www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCION-Interiores.pdf>

Del Castillo, A., Morales, O., y Solano, G. (2013). Malestar emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo 2: evaluación e intervención. *Revista latinoamericana de medicina conductual*. 3(1), 24-30. Recuperado <https://www.redalyc.org/pdf/2830/283032589005.pdf>

Díaz, C., Castañeda, M. (2015). intervención psicológica para fortalecer la adherencia al tratamiento en una adolescente con diagnóstico de diabetes tipo 1. (trabajo de grado para optar por el título de especialista). universidad católica de Pereira, Pereira Colombia.

Díaz, L., García, U., Martínez, M., y Varela, R. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*. 2 (7), 162-167. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>

Dirección General de Atención Primaria de Salud. (2011). Protocolo: Manejo de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. Paraguay. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31257>

Dueñas, J. (2015). Ser paciente experto o activo. Obtenido de ser paciente. Recuperado de <https://serpacienteexpertoactivo.wordpress.com/2015/10/06/las-cinco-fases-para-la-aceptacion-de-una-enfermedad-cronica/>

Federación Internacional de Diabetes. (2019). *Atlas de la Diabetes de la FID, 9ª edición*. Bruselas, Bélgica: Federación Internacional de Diabetes. Recuperado de <https://www.diabetesatlas.org/es/resources/>

Fernández, M., Nocito, A., Moreno, A., Carramiñana, F., López, F., Y Jiménez S., y Huidobro, C. (2015). Guías Clínicas Diabetes mellitus. Recuperado de http://2016.jornadasdiabetes.com/docs/Guia_Diabetes_Semergen.pdf

Galeano, M. E. (2004). Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT.

Gonzales, J., Oropeza, R. (2016). Intervenciones cognitivo conductuales para diabéticos en México. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*, volumen (39), 99-105. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v39n2/0185-3325-sm-39-02-00099.pdf>

Granados, E., y Escalante, E., (2010). Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. *Liberabit*, 16(2), 203-216. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v16n2/a10v16n2>

Grau, J., y Hernández, E. (2005). psicología de la salud: aspectos históricos y conceptuales. *Centro Universitario en Ciencias de la Salud*. Recuperado de <https://instituciones.sld.cu/psicologiadelasalud/files/2019/12/PSICOLOG%C3%8DA-DE-LA-SALUD-ASPECTOS-HIST%C3%93RICOS-Y-CONCEPTUALES.pdf>

Hernandez, J. Licea, M. (2010). Papel del ejercicio físico en las personas con diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*, 21 (2) 182-201. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532010000200006

Jiménez, C, M., y Dávila, M. (2007). psicodiabetes. *Avances en psicología latinoamericana*, 25, 126-143. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/799/79902512.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Ley N° 1616 Ley de salud mental. Bogotá: Ministerios de salud y Protección Social

Medina, A., Ellis, E., Y Ocampo, D. (2014). Impacto de un programa personalizado de educación en pacientes diabéticos tipo 2. *Acta Médica Colombiana*, 39 (3). 258-26. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1631/163132480009>

Novo Nordisk. (10 de 2012). Novo Nordisk. Recuperado de Novo Nordisk: https://www.novonordisk.com/content/dam/Denmark/HQ/Patients/Documents/Kids%20Packs_SPANISH_.pdf

Ochoa, M., Cardoso, M., y Reyes, V. (2016). Emociones de la familia ante el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 en el infante. *Enfermería universitaria*. 13 (1), 40-46. Recuperado de

[https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1665706316000221?token=5A0](https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1665706316000221?token=5A086A0E)

[86A0E](#)

[E3F03A97D6A5094D70B81001D1340549E150D881D36530791F3F4173](#)

[BCC9F49D1 AB4EE644BBB666EDFE1B962&originRegion=us-east-](#)

[1&originCreation=20210527013533](#)

Organización Mundial de la salud (2019) Organización mundial de la salud.

https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

Orozco, A., y Castiblanco, L., (2015). Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista colombiana de Psicología*, 24(1), 203-217. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/804/80438019013.pdf>

Orozco, A., y Sánchez, L. (2017). Análisis del contenido de una guía de intervención psicológica y social para el manejo de la diabetes mellitus tipo dos. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*. 17 (1), 35-48. Recuperado de

[https://www.researchgate.net/publication/321237386_Analisis_del_conteni](https://www.researchgate.net/publication/321237386_Analisis_del_contenido_de)

[do_de](#)

[una Guia de intervencion psicologica y social para el manejo de la](#)

[Diabetes Mellitus Tipo Dos](#)

Palacios, U., Arango, M., Ordoñez, J., y Alvis, N. (2019). Calidad de vida de pacientes con diabetes tipo 2 en Colombia. *Revisión sistemática* y

metaanálisis acumulativo.12(3), 80 -90. Recuperado de <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/4733>

Palmezano, M., Figueroa, C Y Rodríguez, R. (2018). Características clínicas y sociodemográficas de pacientes con diabetes tipo 1 en un hospital universitario de Colombia. *Med Int Méx.* 34(1):46-56. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000100007

Pérez, M., Gómez, I., y Montoya, I. (2015). Diabetes mellitus tipo 1: factores psicosociales y adaptación del paciente pediátrico y su familia. Revisión. *Arch Argent Pediatr*, volumen (2), 158-162. Recuperado de <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2015/v113n2a11.pdf>

Piñate, S., Díaz, L. y Contreras, F. (2020) Educación terapéutica en pacientes con diabetes y trastornos emocionales. *Revista Digital de Postgrado*, 9(1). 2244-761X. recuperado de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1095048/17895-144814488193-1-pb.pdf>

Portilla, L. (2011). Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento (tesis de pregrado). universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3279>

Quiroja, A (2012). Intervención telefónica para promover la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos con síntomas de ansiedad y depresión. *Enseñanza*

e *Investigación en Psicología*. 17 (2),387-403. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29224159008.pdf>

Rendón, J., y Lugli, Z. (2013). Efectos del tipo de diabetes, estrategias de afrontamiento, sexo y optimismo en el apoyo social. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18 (3). 193-207. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/12920>

Riaño, I. (2017). Calidad de vida en enfermedades endocrinológicas. *Rev Esp Endocrinol Pediatr*.8 (1). 86-93. Recuperado de <https://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E22/P1-E22-S1056-A395.pdf>

Rodríguez Zabala, D. (2013). Enfermedad crónica avanzada, padecimiento psíquico y sistema general de seguridad social en salud (sgsss). . *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 5 (1). 75- 92. recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4865197>.

Rodríguez, J., Gonzales, I. (2015). Manejo y seguimiento del niño diabético. *Pediatría Integral*. 19 (79). 456-466. Recuperado de <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-09/manejo-y-seguimiento-del-nino-diabetico/>

Rodríguez, J., Ramos., Martínez, A., Y Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. 16 (2). 85.112. *Suma Psicológica*, recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1342/134213131007>

Rodriguez, M., García, J. (2011). el modelo psicológico de la salud y la diabetes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14 (2), 210-222. Recuperado de [https://www.google.com/search?q=Francisco+Morales+Calatayud+\(como+se+cit%C3%B3+en+D%C3%ADaz%2C+2010\)&rlz=1C1GKLC_enCO878CO878&oq=Francisco+Morales+Calatayud+\(como+se+cit%C3%B3+en+D%C3%ADaz%2C+2010\)&aqs=chrome..69i57.902j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Francisco+Morales+Calatayud+(como+se+cit%C3%B3+en+D%C3%ADaz%2C+2010)&rlz=1C1GKLC_enCO878CO878&oq=Francisco+Morales+Calatayud+(como+se+cit%C3%B3+en+D%C3%ADaz%2C+2010)&aqs=chrome..69i57.902j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

8

Rodríguez, María., Rentería, A., y Rodríguez, S. (2016). Cambios en la dieta y en indicadores antropométricos de pacientes diabéticos a partir de un programa psicológico de intervención. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 8(1),43-50. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3334/333449321005>

Rodríguez, Y., Díaz, C., y García, C. (s.f.). La trascendencia de los grupos de apoyo en el manejo integral de los enfermos crónicos. *Gac Méd*, 131 (3), 329-334. Recuperado de https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1995-131-3-329-334.pdf

Romero , dos Santos, Aparecida, y Zanett. (2010). Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencias en Mexico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18 (6). 1-9. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600021

Romero, M., Velasquez, L. y Yabur, R. (2014). Diseño de una Propuesta de Realización de un protocolo de intervención psicológica cognitivo comportamental que favorezca la calidad de vida y el manejo de la enfermedad en personas con diagnóstico de diabetes (tesis de pregrado).

Recuperado de

[https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/2339?locale-](https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/2339?locale-attribute=es)

[attribute=es](https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/2339?locale-attribute=es)

Rondon, J., (junio, 2011). Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: aspectos conceptuales, investigaciones y hallazgos. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 14, (2), 126-162

Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2011/epi112h.pdf>

Sánchez, C (2019). Lo nuevo y más importante de las guías 2019 de la sociedad europea de cardiología en diabetes, prediabetes y enfermedades cardiovasculares. sociedad colombiana de cardiología y cirugía cardiovascular. Recuperado de [https://scc.org.co/wp](https://scc.org.co/wp-content/uploads/2019/10/PUESTA-AL-DIA-130-Volumen-1-GUIA-DIABETES-2019-ESC.pdf)

[content/uploads/2019/10/PUESTA-AL-DIA-130-Volumen-1-GUIA-](https://scc.org.co/wp-content/uploads/2019/10/PUESTA-AL-DIA-130-Volumen-1-GUIA-DIABETES-2019-ESC.pdf)

[DIABETES-2019-ESC.pdf](https://scc.org.co/wp-content/uploads/2019/10/PUESTA-AL-DIA-130-Volumen-1-GUIA-DIABETES-2019-ESC.pdf)

Sandoval, C. (2002). Investigación cualitativa. Recuperado de

<https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/manual%20colombia%20cualitati>

[vo.pdf](https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/manual%20colombia%20cualitativo.pdf)

- Sarcinelli, E., y Martínez, E. (2010). Diseño de manual psicoeducativo de apoyo a niños de 8 a 13 años recién diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 1 y sus familiares, basado en la psicología positiva. *ANALES de la universidad metropolitana*, 11(1), 103-119. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3653308>
- The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2016). The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Recuperado de: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-%20de-la-%20salud/diabetes/informacion-general/que-es>
- Trejo, L., Valero, S., Casaña S., Prado, V., J, Pérez, M., y Montoya, I. (2018) Questionnaire on adaptation to type 1 diabetes among children and its relationship to psychological disorders. *Rev. Latino*. 1-9. Recuperado de https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/es_0104-1169-rlae-26-e3088.pdf.
- Urbán, B., Coghlan, J., Castañeda, O. (2015). Estilo de vida y control glucémico en pacientes con diabetes mellitus en el primer nivel de atención. *Aten fam*. 22 (3), 68-71. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300542>
- WHO. Report of working group. World health Organization Region Office for Europe 1998. therapeutic patient programmers for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. EUR/ICP/QCPH 01 01 03 Rev.2 [citado 19

Mayo 2017]. Disponible en:

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf

Ybarra, S., Orozco, J., De León, L., Vargas, A., (2012). Intervención Cognitivo-Conductual para la mejora del Autocuidado y la Calidad de Vida en adolescentes con diabetes tipo 1 y sus familias. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 2, (2), 96-102. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/295551846_Intervencion_Cognitivo-Conductual_para_la_mejora_del_Autocuidado_y_la_Calidad_de_Vida_en_adolescentes_con_Diabetes_Tipo_1_y_sus_familias

Zamora, C., Guibert, A., De La Cruz, T., Ticse, R., y Málaga, G. (2019). Evaluación de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital de Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento. *acta medica peruana*, 36 (2), 96-103. DOI:<https://doi.org/10.35663/amp.2019.362.809>.