

Adolescentes con diabetes tipo 1: autoestima, dinámica familiar y adherencia al tratamiento

Adolescents with type 1 diabetes: self-esteem, family dynamics and adherence to treatment

Carmen Matías-Córdova¹
Giovani Díaz-Gervasi²
Ivette Rojas-Vilca³

Resumen

Objetivo: se determinó la relación entre la autoestima, la dinámica familiar y el nivel de adherencia al tratamiento en un grupo de adolescentes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 1 de la Asociación de Diabetes en Niños y Adolescentes. **Materiales y métodos:** el tipo de estudio fue correlacional, no experimental, transversal. La muestra estuvo conformada por 30 adolescentes de 11 a 19 años. El tipo de muestreo fue no probabilístico, intencional. Se utilizaron el Inventario de Autoestima de Coopersmith versión escolar y para adultos; el cuestionario APGAR Familiar y una lista de chequeo de adherencia previamente aplicada en una prueba piloto. Para el procesamiento de los datos se usó el software estadístico STATA versión 14. Para el análisis bivariado se utilizaron las pruebas Chi cuadrado y ANOVA. Se consideró una significancia estadística ≤ 0.05 . **Resultados:** el 50% de adolescentes tuvo autoestima alta, el 40% presentó una disfunción leve en la dinámica familiar y el 43.3% alta adherencia al tratamiento. Aunque no se halló relación entre la autoestima ($p=0.294$) y la dinámica familiar ($p=0.281$) con la adherencia al tratamiento, hubo relación entre los niveles de adherencia y el sexo ($p=0.015$). **Conclusión:** las mujeres presentaron mayor adherencia al tratamiento respecto a los varones. Desde una perspectiva integral de la salud, se debe tener en cuenta que diversos factores como el sexo, las relaciones familiares, la autoestima, y el apoyo en salud pueden estar involucrados en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en adolescentes.

Palabras clave: Diabetes Mellitus Tipo 1; Autoestima, Dinámica Familiar; Adherencia al tratamiento; Adolescentes (Fuente: DeCS).

Abstract

Objective: the relationship between self-esteem, family dynamics and the level of adherence to treatment was determined in a group of adolescents diagnosed with diabetes mellitus type 1 of the Association of Diabetes in Children and Adolescents. **Materials and methods:** the type of study was correlational, not experimental, transversal. The sample consisted of 30 adolescents from 11 to 19 years old. The type of sampling was non-probabilistic, intentional. The Coopersmith Self-Esteem Inventory was used as a school and adult version; the APGAR Familiar questionnaire and a checklist of adhesion previously applied in a pilot test. For the processing of the data, statistical software STATA version 14 was used. For the bivariate analysis, the Chi-square and ANOVA tests were used. A statistical significance was considered ≤ 0.05 . **Results:** 50% of adolescents had high self-esteem, 40% presented a slight dysfunction in family dynamics and 43.3% high adherence to treatment. Although no relationship was found between self-esteem ($p=0.294$) and family dynamics ($p=0.281$) with adherence to treatment, there was a relationship between adherence levels and sex ($p=0.015$). **Conclusion:** women presented greater adherence to treatment compared to men. From a holistic perspective of health, it must be taken into account that various factors such as sex, family relationships, self-esteem, and health support may be involved in adherence to diabetes mellitus treatment in adolescents.

Keys words: Self-concept; Family Relations; Type 1 Diabetes Mellitus; Treatment Adherence and Compliance; Adolescents (Source: DeCS).

Para citar:

Matías C, Días G, Rojas I. Adolescentes con diabetes tipo 1: autoestima, dinámica familiar y adherencia al tratamiento. CASUS. 2019;4(1):8-14.

¹ ECB Engineering Firm. Licenciada de Psicología.

² Universidad Católica Sedes Sapientiae. Magister en Psicología clínica.

³ Trisur Consulting Group SAC. Licenciada de Psicología.

Correo electrónico: cmatias1620@gmail.com

Fecha de recepción: 09-02-19

Fecha de envío a pares: 11-02-19

Fecha de aprobación por pares: 05-04-19

Fecha de aceptación: 06-04-19



INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente (diabetes tipo 1) o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce (diabetes tipo 2). En el 2014 el 8.5% de los adultos mayores de 18 años tenía diabetes (1). La prevalencia mundial de la diabetes ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos (1).

En el 2015 la diabetes fue la causa directa de 1.6 millones de muertes y otros 2.2 millones de muertes fueron atribuibles a la hiperglucemia en el 2012 (1). Aproximadamente la mitad de las muertes son antes de los 70 años de edad. Según proyecciones de la OMS la diabetes será la séptima causa de mortalidad en el 2030 (1).

Por otra parte, es conocido que las enfermedades crónicas alteran al paciente por el proceso de adaptación que implica, produciendo dificultades económicas, cambiando la visión que la persona tiene de sí misma y afectando las relaciones con los miembros de la familia y amigos (2,3). Es posible encontrar en los sujetos un proceso de reestructuración de dichas áreas a consecuencia de la enfermedad y los desafíos que la misma impone (3). De manera que, al ser diagnosticada en una edad temprana se desarrollan los principales cambios y existe mayor dificultad para la persona con esta condición de salud y la familia (2,3).

La familia cumple una función protectora ante las tensiones que se dan en la vida cotidiana, en consecuencia al tener una enfermedad crónica, esta sería su principal soporte (2,3). Sin embargo, también se pueden generar conflictos que afecten la funcionalidad familiar. Las personas con diabetes tienen conflictos familiares que se centran en los problemas económicos consecuentes a los gastos extras que genera esta enfermedad (4).

Esta condición de salud se caracteriza por presentarse en personas a edades muy tempranas, especialmente en niños y adolescentes. Los efectos más relevantes consisten en el drástico cambio del estilo de vida y el tratamiento riguroso que las

personas deben seguir (2). Estos cambios son intensos y posiblemente muchos niños y adolescentes sean resistentes desde el diagnóstico de esta enfermedad (2).

Tener un diagnóstico sobre una enfermedad crónica como diabetes tipo 1 en un niño o adolescente puede influir en su autoestima o la manera en la que el individuo hace una evaluación de sí mismo expresando una actitud de aprobación o desaprobación. (5). Ya que se está formando el concepto de sí mismo y las experiencias vividas, los menores pueden empezar a tener una imagen desvalorizada de sí y sentir la pérdida de independencia por el tratamiento y las restricciones en su alimentación (6).

Por otra parte, existe un impacto en la familia ante un diagnóstico de diabetes sobre la dinámica familiar, ya que se dan cambios y nuevas adaptaciones no solo en el paciente sino en los miembros para mejorar la calidad de vida del niño o adolescente (4,7).

La persona afectada es insulino-dependiente (8). Por lo cual, el tratamiento con insulina es fundamental para mantener un adecuado control de los niveles de glucosa. Es por eso que se requieren niveles altos de adherencia al tratamiento que influyen en el estilo y calidad de vida de las personas afectadas.

De esta manera el objetivo principal fue determinar la relación entre la autoestima, la dinámica familiar y la adherencia al tratamiento en adolescentes con diabetes tipo 1 de la Asociación de Diabetes en Niños y Adolescentes.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio correlacional con diseño no experimental de corte transversal. De acuerdo a los criterios de inclusión, la muestra estuvo conformada por 30 adolescentes entre las edades de 11 a 19 años diagnosticados con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) que pertenecen a la Asociación de Diabetes en Niños y Adolescentes. El muestreo usado fue no probabilístico de tipo

intencional. La autoestima, variable cualitativa politómica ordinal, fue medida a través de la Escala de Autoestima de Coopersmith versión escolar (9) en cinco niveles: muy baja (0-11), baja (12-14), normal (15-19), alta (20-22) y muy alta (23-26). Para los adolescentes mayores de 15 años se utilizó la versión de adultos categorizada en baja (0-24), medio bajo (25-49), medio alto (50-74) y alta (75-100). (9)

Tabla 1. Descripción de la muestra

	n	%
Sexo		
Mujer	18	60.00%
Varón	12	40.00%
Edad (media±DS)	16.3 ± 2.2	
Nivel socioeconómico		
Alto nivel socioeconómico	3	10.00%
Medio nivel socioeconómico	21	70.00%
Bajo nivel socioeconómico	6	20.00%
Autoestima		
Alta	15	50.00%
Media	12	40.00%
Baja	3	10.00%
Dinámica Familiar		
Buena función familiar	10	33.30%
Disfunción leve	12	40.00%
Disfunción moderada	8	26.70%
Adherencia al tratamiento		
Alta	8	26.70%
Mediana	13	43.30%
Baja	9	30.00%

Para medir la dinámica familiar, variable cualitativa politómica, se empleó la prueba APGAR familiar (10) categorizada en: disfunción familiar severa (0-9), disfunción familiar moderada (10-13), disfunción familiar leve (14-17) y buena función familiar (18-20).

Para medir la adherencia al tratamiento, variable cualitativa politómica ordinal, se empleó una lista de chequeo de 10 ítems. En la misma se consideraron actividades relacionadas a la salud y adherencia en pacientes con diabetes. La misma fue validada en una prueba piloto aplicada a 60

personas con diabetes mellitus tipo 2 en un centro de salud familiar en Lima. Se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.85. Las respuestas fueron Si= 1 y No= 0, pudiéndose obtener un puntaje máximo de 10. Esta variable se clasificó en tres niveles: baja adherencia (0-4), mediana adherencia (5-7) y alta adherencia (8-10).

Tabla 2. Asociación entre la autoestima, la dinámica familiar y los niveles de adherencia al tratamiento

	Adherencia al tratamiento						p
	Baja		Mediana		Alta		
	f	%	f	%	f	%	
Autoestima							0.294
Alta	2	13.33	8	53.33	5	33.33	
Media	6	50	4	33.33	2	16.66	
Baja	1	33.33	1	33.33	1	33.33	
Dinámica familiar							0.281
Buena función familiar	3	30	3	30	4	40	
Disfunción leve	2	16.67	8	66.67	2	16.67	
Disfunción moderada	4	50	2	25	2	25	
Sexo							0.015
Femenino	5	27.78	5	27.78	8	44.44	
Masculino	4	33.33	8	66.67	0	0	
Edad							0.37
		17.1±2.4		15.7±1.8		16.2±2.4	
Nivel socioeconómico							0.689
Alto	2	66.67	1	33.33	0	0	
Medio	5	23.81	9	42.86	7	33.33	
Bajo	2	33.33	3	50	1	16.67	

Además se utilizó una ficha para la recolección de información sociodemográfica para las variables: sexo, categórica dicotómica (femenino y masculino); edad, cuantitativa discreta (11-19 años) y nivel socioeconómico, categórica politómica, medido a través de los criterios de la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados, categorizada en tres niveles: nivel económico bajo (0-5), nivel económico medio (6- 9) y nivel económico alto (10-14).

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico STATA versión 14. En el análisis bivariado se empleó la prueba estadística Chi-cuadrado, asimismo se utilizó la prueba ANOVA para medir la relación entre una variable cuantitativa y las variables politómicas. Se

consideró una significancia estadística menor o igual a 0.05. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Católica Sedes Sapientiae y los datos de los participantes fueron protegidos de acuerdo a principios bioéticos.

RESULTADOS

La mayoría de los participantes al estudio fueron mujeres (60%), la media de edad fue de 16.3 años y el nivel socioeconómico medio fue el predominante (70%). Por otro lado, predominó el nivel alto de autoestima (50%) y el 66.7% percibió una disfunción familiar de leve a moderada. Asimismo, el 73.3% reportó un nivel de medio a bajo de adherencia al tratamiento (ver tabla 1).

No se encontró relación entre la autoestima, dinámica familiar y adherencia al tratamiento. Sin embargo, los adolescentes con nivel medio de adherencia al tratamiento mostraron un nivel de autoestima alta (53.3%); mientras que la mitad de los adolescentes con adherencia baja presentan un nivel de autoestima media (50%). En tanto, los encuestados con un nivel de adherencia alta (40%) presentaron una buena función familiar. Por otro lado, se encontró relación significativa entre los niveles de adherencia y el sexo ($p=0.015$), mostrando que el nivel alto de adherencia corresponde al sexo femenino. Los adolescentes con bajo nivel de adherencia (66.6%) reportaron un nivel socioeconómico alto (Ver tabla 2).

En la tabla 3 se evidencia que no se halló relación entre la autoestima y la dinámica familiar. Respecto al sexo se encontró que el nivel de autoestima baja (8.33%) corresponde al sexo masculino. Asimismo, los adolescentes que reportaron autoestima alta fueron los más jóvenes con un promedio de 15.6 años. Mientras que, los adolescentes con nivel medio de autoestima registraron un nivel socioeconómico alto.

De igual forma, no se encontró relación entre la dinámica familiar y los factores sociodemográficos. El 50% que reportó disfunción leve fue el sexo masculino. Asimismo, la disfunción familiar moderada se mostró en los

adolescentes con edad promedio de 17.6 años. El 16.67% de adolescentes con buena función familiar pertenecían al nivel socioeconómico bajo (ver tabla 4).

DISCUSIÓN

Tabla 3. Asociación entre la autoestima, la dinámica familiar y factores sociodemográficos

	Autoestima						p
	Baja		Media		Alta		
	f	%	f	%	f	%	
Dinámica Familiar							0.325
Buena función familiar	1	12.5	4	50	3	37.5	
Disfunción leve	0	0	6	50	6	50	
Disfunción moderada	2	20	2	20	6	60	
Sexo							1
Femenino	2	11.11	7	38.89	9	50	
Masculino	1	8.33	5	41.67	6	50	
Edad (media±DS)							0.21
		17 ± 3.4		17±2.2		15.6±1.7	
Nivel socioeconómico							0.742
Alto	0	0	2	66.67	1	33.33	
Medio	3	14.29	7	33.33	11	52.38	
Bajo	0	0	3	50	3	50	

No se encontró relación significativa entre la autoestima, dinámica familiar y la adherencia al tratamiento en los adolescentes con diabetes tipo 1. Sin embargo, se encontró asociación entre la adherencia al tratamiento y el sexo. Los adolescentes con nivel medio de adherencia al tratamiento presentaron un nivel alto de autoestima. Los que manifestaron un nivel medio de adherencia evidenciaron una disfunción familiar leve. Por otro lado, se señala que predominó el nivel alto de autoestima. Más de la mitad de los adolescentes percibió una disfunción familiar de leve a moderada y la mayoría de ellos reportaron niveles de bajo a medio en la adherencia al tratamiento.

En los adolescentes con DM1 no existe relación entre la autoestima, la dinámica familiar y la adherencia al tratamiento. Este resultado es similar al reportado en un estudio en el cual no se encontró relación significativa entre autoestima y apoyo social percibido de pares con adherencia al tratamiento (12). En otro estudio, tampoco se obtuvo relación significativa en cuanto al apoyo percibido de los familiares, amigos y el equipo

sanitario y la adherencia (13). Estos resultados pudieran encontrar explicación en el tamaño reducido de la muestra. En los centros de ayuda los adolescentes con este diagnóstico suelen conformar grupos pequeños. Además, pudieran incidir las limitaciones de los instrumentos que miden comúnmente la adherencia al tratamiento. Los mismos, normalmente no consideran características netamente psicológicas como factores cognitivos, emocionales y contextuales. Puesto que, solo evalúan la adherencia a través de la toma de medicamentos o cumplimiento de indicaciones médicas.

Se observó que las mujeres presentaron mayor adherencia al tratamiento respecto a los varones. Este resultado lo confirma la literatura, pues el sexo femenino manifiesta conductas saludables que favorecen la adherencia en enfermedades crónicas (11). Se infiere que las mujeres podrían tener mayor apertura a los cambios que genera este diagnóstico, ya que tienden a ser más responsables en el seguimiento de la medicación, alimentación y control diario del tratamiento (11).

Los adolescentes con nivel medio de adherencia al tratamiento muestran un nivel de autoestima alta. Entre los adolescentes con autoestima alta hay una adecuada adherencia al tratamiento que se forma a partir de las experiencias y relaciones con el entorno (14). Sumado a ello, está la influencia del tiempo de enfermedad y el apoyo de su entorno social. Puesto que, la autoestima está relacionada a las experiencias adquiridas tanto a nivel personal como social, ya que para los adolescentes es relevante el vínculo con sus pares donde ellos pueden relacionarse con mayor comodidad y libertad (15). En este sentido, sus relaciones sociales estarían ligadas a las experiencias de otros adolescentes que comparten la misma condición de salud. Esto puede conducir a que la adherencia al tratamiento y su autoestima tiendan a incrementarse paulatinamente.

El nivel medio de la adherencia al tratamiento se registró en los adolescentes con disfunción familiar leve. Pese a no existir relación significativa, una posible explicación del hallazgo

sería que la dinámica familiar tiene diversos componentes como la adaptación, la participación y el afecto (7). Estos componentes pueden variar si los miembros son diagnosticados con una enfermedad crónica (2). Asimismo el recibir como padres un diagnóstico que implique que algún descendiente directo sufra una enfermedad de este tipo, es descrita por ellos como la situación más difícil y dolorosa de sus vidas, lo cual afectaría la homeostasis familiar (16). Del mismo modo, el adolescente con DM1 puede percibir su diagnóstico como un estancamiento para su libertad y las conductas independientes que podría tener si no tuviera esta condición (12, 17). Este tipo de percepción podría generar en los adolescentes conductas que disminuyen la adherencia o actitudes de negación para que su entorno social no se percate de los cuidados que necesita y tratar así de tener las mismas experiencias que ellos.

Tabla 4. Asociación entre la dinámica familiar y los factores sociodemográficos

	Dinámica Familiar						p
	Buena función familiar		Disfunción leve		Disfunción moderada		
	f	%	f	%	f	%	
Sexo							0.368
Femenino	8	44.44	6	33.33	4	22.22	
Masculino	2	16.67	6	50	4	33.33	
Edad (media±DS)	15.9±2.3		15.7±1.7		17.6 ± 2.2		0.13
Nivel socioeconómico							0.908
Alto	1	33.33	1	33.33	1	33.33	
Medio	8	38.1	8	38.1	5	23.81	
Bajo	1	16.67	3	50	2	33.33	

Predominó en los adolescentes con DM1 el nivel alto de autoestima. Esto se explicaría, por la presencia de apoyo social y el bienestar percibido, debido a que promueven emociones positivas y un sentido de valor personal que reduce el estrés, fortaleciendo la autoestima en los adolescentes (18). A su vez, pertenecer a una asociación con personas que tienen la misma condición transmite un sentimiento de apoyo mutuo y pueden desarrollar relaciones interpersonales de soporte (19). Así mismo, el apoyo familiar también contribuye a la aceptación y la valoración en el adolescente (18, 19). Por ejemplo, cuando los padres acuden a las reuniones, le transmiten confianza para poder resolver alguna dificultad, así

como el amor incondicional.

Más de la mitad de los adolescentes con DM1 percibe una disfunción familiar de leve a moderado en sus respectivas familias. Según un estudio, el sistema familiar se desequilibra ante el diagnóstico de una enfermedad, por ello surgen disfunciones que requieren atención y compromiso de todos los integrantes incluido el enfermo (20). La familia es el contexto más importante dentro del cual la enfermedad se presenta y se resuelve (13, 21). Tener esta condición de salud, es un cambio progresivo donde cada miembro procesa esta información en tiempos diferentes. De manera que, no todos los miembros lo aceptan generando los problemas de adaptabilidad, flexibilidad y negación (22). Es así que tener un familiar con este diagnóstico conlleva a la reestructuración en los roles familiares para lograr una mayor comunicación, capacidad de apartarse a los cambios y así generar progresivamente una buena función familiar (23).

La mayoría de los adolescentes con DM1 reportaron un nivel de mediana a baja adherencia al tratamiento. Los adolescentes se adhieren menos al tratamiento que los niños, ya que pueden reflejar una rebelión contra el régimen de control (24). En este sentido, un estudio halló que los adolescentes que se siguieron desde la niñez al régimen terapéutico se adhieren menos y no controlan el tratamiento de su enfermedad (25). Esto se explicaría debido a diversos factores que van a influir en la adherencia como su percepción con respecto a su condición y cómo esta puede influir en su desarrollo personal/social y autovaloración sobre tener que seguir un tratamiento diario de inyecciones de insulina y mediciones de la glucosa en diferentes momentos durante el día. Por otra parte, a pesar de que existen cogniciones respecto a las crisis que pueden tener o la percepción de que su vida corre peligro, también se manifiesta la reticencia frente a los cuidados y cambios en el estilo de vida debido a las exigencias de los mismos (26). De igual manera, aun contando con el apoyo de una asociación con personas con su misma condición de salud y edad que van a

fomentar la adherencia, puede haber períodos en que esta disminuye por factores sociales externos, cogniciones de ineficacia, estados de ánimo negativos que pueden derivar en una adherencia fluctuante entre los niveles bajo y mediano (27).

Entre las limitaciones del estudio se puede considerar el escaso número de sujetos disponible por el difícil acceso a la misma debido a su vulnerabilidad, lo cual imposibilita la extrapolación de los hallazgos. Así mismo, el instrumento usado para medir la adherencia al tratamiento tuvo un enfoque biomédico no considerando las cogniciones, percepciones y emociones de la persona que inciden de manera directa en la misma. Como aspecto positivo de la investigación se señala que es uno de los pocos estudios realizados en el contexto nacional que considera variables psicológicas como la autoestima y el funcionamiento familiar en la población adolescente con DM1.

CONCLUSIONES

La adherencia al tratamiento en la DM1 es fundamental para que los pacientes adolescentes puedan ser autónomos y desarrollarse a nivel biopsicosocial dentro de su condición de salud. Desde una perspectiva integral de la salud, es necesario tener en cuenta que existen diversos factores como las creencias de autoeficacia, la percepción de la enfermedad, la autoestima, las relaciones familiares y grupales que están involucrados en la misma, más allá de las indicaciones médicas.

Los hallazgos resaltan la importancia de la familia como red de soporte socioemocional del adolescente; ya que esta enfermedad no significa solo un cambio para quien la padece, sino también para la misma que requiere modificaciones en el estilo de vida de sus miembros. Por último, las reuniones de grupo promueven en el adolescente la aplicación de su experiencia bajo esta condición de salud e incentivan a que puedan sentirse identificados incrementando el sentido de pertenencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Disponible en:
casus.ucss.edu.pe

1. Organización mundial de la salud. Informe mundial sobre la diabetes [internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2014. Disponible en: www.who.int/diabetes/global-report/es/
2. Vinaccia S, Orozco L. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. 2005; 1(2):125-137.
3. Brannon L. & Feist J. Psicología de la salud. Madrid: Paraninfo. 2001.
4. Van Dyk J. Resolver los problemas cotidianos de los niños y adolescentes en Sudáfrica. Diabetes Voice. 2008;53:40-2.
5. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem. San Francisco: Freeman and Company; 1967.
6. Mereciano J. ¿Qué es la autoestima? ¿Puede afectar la diabetes a la autoestima? Revista Entre todos. 2017;67.
7. Rojas M, Bonilla M, Trejo L. Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2005;38(2):63-68.
8. Himsworth HP. Diabetes Mellitus: its differentiation into insulin-sensitive and insulin-insensitive types. 2013;42(6):1594–1598.
9. Panizo I. Autoestima y resentimiento escolar en grupos de niños de quinto grado [Tesis de bachillerato]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 1985.
10. Castilla H, Caycho T, Shimabukuro, M, Valdivia A. Percepción del funcionamiento familiar: análisis psicométrico de la Escala APGAR – familiar en adolescentes de Lima. Propósitos y Representaciones. 2014;2(1):49-78.
11. Rodríguez A. Adherencia terapéutica en pacientes portadores de diabetes mellitus [Tesis de maestría]. Villa Clara: Universidad Central Martha Abreus; 2010. Disponible en: <http://dspace.uclv.edu.cu/bitstream/handle/123456789/3699/tesis%20Alfredo%20Rodríguez%20Rojas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Ortiz M. Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1. Psykhe. 2004;13(1):21-31.
13. De Dios C, Avedillo C, Palao A, Ortiz A, Agud JL. Factores familiares y sociales asociados al bienestar emocional en adolescentes diabéticos. Eur. J. Psychiat. 2003;17(3):171-182.
14. Shavelson R, Hubner J & Stanton G. Self concept: validation of construct interpretations. Review of Educational Research. 1976;46(3):407-441.
15. Cavusoglu H. Depression in children with cancer. Journal of Pediatric Nursing. 2001;16(5):380-385.
16. Osorio N. Etiopatogenia de la diabetes mellitus tipo I. Santiago, Mediterraneo. Revista Diabetes mellitus. 2004;(2):37-50.
17. Sudhir P. M, Kumaraiah V, Munichoodappa C & Kumar KM. Management of children with diabetes mellitus – psychosocial aspects. International Journal of Diabetes Developing Countries. 2001;21(2):69-76.
18. Tomy A, Cummins R. The subjective wellbeing of high-school students: validating the personal wellbeing index—school children. Social Indicators Research. 2011;101(3):405-418.
19. Barra E. Apoyo social, estrés y salud. Psicología y Salud. 2004; 14(2):237-243.
20. Linares J & Campo C. Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 2000.
21. Litman TJ. The family as a basic unit in health and medical care: A social-behavioral overview. Madrid. Social Science & Medicine. 1974;8(9):495-519.
22. Grey M, Boland E, Yu C, Sullivan-Bolyai S, Tamborlane WV. Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes. Diabetes Care. 1998;21(6):909-914.
23. La Greca A. Peer influences in pediatric chronic illness: an update. Journal of Pediatric Psychology. 1992;17(6):775-784.
24. Rosselló J, Guisasaola E, Ralat S, Martínez S, Nieves A. La evaluación de la depresión en un grupo de jóvenes puertorriqueños. Revista Puertorriqueña de Psicología. 1992;8(1):155-162.
25. Organización mundial de la salud. Combatamos la obesidad infantil para ayudar a prevenir la diabetes [internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2004. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr81/es/>
26. Jacobson AM. The psychological care of patients with insulin-dependent diabetes mellitus. The New England Journal of Medicine. 1996;334(19):1249-1253.
27. Bruhn JG. Self-Concept and the control of diabetes. American Academy of Family Physicians. 1977;15(3):93-97.