

# ARTÍCULOS ORIGINALES

## ESTRÉS EN NIÑOS CON DIABETES TIPO 1 Y SUS PADRES: ESTILOS DE AFRONTAMIENTO CON Y SIN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

### Stress in Type 1 Diabetic Children and their Parents: Coping Styles with and without Psychological Treatment

Ángela Figueroa Sobrero,<sup>1</sup> Natalia Nerone,<sup>1</sup> Florencia Walz,<sup>2</sup> Silvia Panzitta<sup>1</sup>

**RESUMEN. INTRODUCCIÓN:** La diabetes tipo 1 (DT1) es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia que no sólo afecta la salud sino que además, puede generar elevados niveles de estrés en el paciente y en su familia. **OBJETIVO:** Evaluar los estilos de afrontamiento ante el estrés en niños con DT1 y sus progenitores, comparando un grupo que recibió una intervención psicológica sistematizada con otro de similares características sin intervención psicológica alguna. **MÉTODOS:** Un total de 34 niños de 9 a 14 años de edad con DT1 y su respectivo progenitor (madre o padre) fueron divididos en dos grupos: 17 bajo tratamiento psicológico sistematizado durante nueve meses y 17 sin dicho tratamiento (grupo control). Se midieron las estrategias con el Cuestionario de Afrontamiento de Lazarus y Folkman adaptado para niños y adultos. **RESULTADOS:** El grupo de niños y padres bajo intervención psicológica presentó mayores puntajes en las estrategias centradas en el problema que el grupo control; a su vez, este último registró mayores niveles de estrategias no saludables, centradas en la emoción. **CONCLUSIONES:** El presente estudio evidencia la importancia de una intervención psicológica destinada a mejorar el afrontamiento saludable de la DT1 en los niños afectados y en sus progenitores.

**ABSTRACT. INTRODUCTION:** Type 1 Diabetes (T1D) is the most common chronic disease in childhood. It not only affects health, but also creates great stress on both the patient and his/her family as well. **OBJECTIVE:** To assess the coping styles for stress in children with T1D and their parents, by comparing a group receiving systematic psychological treatment to a similar one without such treatment. **METHODS:** There was a sample of 34 T1D children aged 9 to 14 years old and one of their parents. Two groups were made: 17 children and their father or mother who undergo a systematic psychological treatment during a nine months period and 17 without such treatment (control group). Lazarus and Folkman questionnaires were used to measure the coping strategies in children and adults. **RESULTS:** Both children and parents from the group receiving psychological treatment had higher scores on problem-focused strategies than those in the control group, which in turn showed greater levels of emotion-focused unhealthy strategies. **CONCLUSIONS:** The present study highlights the importance of psychological assistance to improve healthy coping of T1D in children and their parents.

**PALABRAS CLAVE:** Afrontamiento - Diabetes tipo 1 - Niñez

**KEY WORDS:** Coping - Type 1 diabetes - Childhood

<sup>1</sup> Servicio de Endocrinología, Diabetes y Nutrición, Hospital Materno Infantil San Roque, Paraná, Entre Ríos

<sup>2</sup> Departamento de Matemática, Área Bioestadística, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral

**FUENTE DE FINANCIAMIENTO:** Beca "Carrillo-Oñativia", Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

**FECHA DE RECEPCIÓN:** 26 de septiembre de 2012

**FECHA DE ACEPTACIÓN:** 3 de diciembre de 2013

**CORRESPONDENCIA A:** Ángela Figueroa Sobrero  
Correo electrónico: figueroasobrero@arnet.com.ar

### INTRODUCCIÓN

La diabetes tipo 1 (DT1) es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia<sup>1</sup>. Su aparición plantea múltiples desafíos y temores en la vida de un individuo<sup>2</sup>, poniendo a prueba su fortaleza y vulnerabilidad y pudiendo transformarse en un obstáculo para su crecimiento y desarrollo.

La diabetes representa una auténtica problemática personal, familiar, social, económica y laboral, cualquiera sea su forma de expresión; todo el sistema familiar se ve sometido a un estrés considerable cuando a uno de sus miembros, en particular a un hijo, se le diagnostica esta enfermedad crónica<sup>3</sup>. El estado de vigilancia emocional, en forma de angustia y sentimiento de culpa, y la amenaza potencial de pérdida o invalidez plantean duras exigencias de confortación, información y apoyo mutuo a los integrantes del grupo familiar. Las necesidades consiguientes del hijo, que debe recibir cuidados y atención en una perspectiva de largo plazo, generan nuevos desafíos a la estabilidad familiar. Las reacciones adoptadas por los padres ante el estrés son muy

importantes para la adaptación psicológica de los niños a la enfermedad<sup>3</sup>.

Lazarus y Folkman<sup>4</sup> definen el estrés psicológico como "una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos, poniendo en riesgo su bienestar". Dichos autores afirman que la determinación de una situación o evento como estresante depende de la evaluación cognitiva. Mediante una evaluación primaria, el sujeto identifica lo que está en juego en cada situación, que puede ser clasificada como irrelevante, benigno-positiva o estresante. Entre las situaciones estresantes suelen ubicarse aquellas que significan daño o pérdida, porque implican algún perjuicio para el individuo y también las que conllevan amenaza, es decir, aquellas en las que se pueden prever daños o pérdidas futuras.

A través de la evaluación secundaria el sujeto valora las estrategias de afrontamiento disponibles frente a la situación dada. Las evaluaciones primarias y las secundarias interactúan entre sí, determinando el grado de estrés así como la intensidad y calidad de la respuesta emocional.

El comienzo de una DM puede estar asociado con reacciones de ajuste que a pesar de ser leves y transitorias, parecen indicar el incremento del riesgo hacia problemas psiquiátricos tardíos<sup>5</sup>. Esta aseveración es consistente con un reporte sobre el impacto del debut de la DM en niños y adolescentes<sup>2</sup> y el efecto del ajuste temprano a los problemas como factor predictor de las dificultades posteriores en la adherencia al tratamiento<sup>6,7</sup>.

Algunas publicaciones han sugerido que los jóvenes con DM no experimentan una menor autoestima<sup>8</sup>, ni mayor estrés sintomático<sup>9</sup>, ni alteraciones en la personalidad<sup>10</sup>; sin embargo, otras investigaciones denotaron un posible retraso en la maduración<sup>11</sup> y desórdenes psiquiátricos<sup>12</sup>, así como también una mayor prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria<sup>13,14</sup> y una menor red social<sup>15</sup>. Otros autores observaron un bienestar general inferior al de un grupo control<sup>16</sup>, un incremento de la depresión entre los adultos<sup>17</sup> y de las tasas de suicidio entre los jóvenes con DM<sup>18</sup>.

El tratamiento médico de la diabetes se basa en cuatro pilares fundamentales: plan alimentario, actividad física, insulino-terapia y educación diabetológica. Para incorporar dichos pilares es necesaria una cooperación activa entre el paciente, el equipo de salud y la familia fundamentalmente<sup>19,20</sup>.

Dado que los niños con DT1 constituyen una población de riesgo tanto de salud física como psicológica, es importante acompañar el tratamiento médico con herramientas complementarias aportadas por diversas disciplinas, entre ellas, la psicoterapia, que permite al paciente desarrollar un proceso de afrontamiento saludable de la enfermedad crónica<sup>21,22</sup>.

El afrontamiento se define como "aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo"<sup>4</sup>. El modo

de afrontamiento de un individuo viene determinado por los recursos de que dispone, las creencias existenciales, las convicciones generales sobre el control, los compromisos con una propiedad motivacional, los medios para la resolución de problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales<sup>4</sup>.

Billings y Moos<sup>4</sup> clasifican los modos de afrontamiento en las siguientes dimensiones (que no son mutuamente excluyentes):

- Afrontamiento centrado en la evaluación: Implica todos aquellos intentos por definir el significado de la situación. Incluye las siguientes dimensiones: a) análisis lógico; b) redefinición cognitiva; c) evitación cognitiva.
- Afrontamiento centrado en el problema: Requiere eliminar o modificar la fuente de estrés, tratar las consecuencias concretas del problema o cambiar activamente "el sí mismo" y desarrollar una situación satisfactoria. Aquí se presentan: a) requerimiento de información y asesoramiento; b) ejecución de acciones que resuelvan el problema; c) desarrollo de gratificaciones o recompensas alternativas.
- Afrontamiento centrado en la emoción: Incluye respuestas cuya función principal es manejar las emociones surgidas por los estresores y de ese modo mantener el equilibrio afectivo. Las dimensiones son: a) control afectivo; b) aceptación con resignación; c) descarga emocional.

Los interrogantes que guiaron el presente estudio fueron los siguientes: ¿Cómo afrontan las situaciones estresantes los niños con DT1 bajo tratamiento psicológico? ¿Hay diferencias significativas en el estilo de afrontamiento entre los niños con y sin intervención psicológica alguna? ¿Existen diferencias en el estilo de afrontamiento que adoptan los padres de ambos grupos?

Basado en la hipótesis de que los niños con DT1 bajo tratamiento médico-psicológico sistematizado, al igual que sus padres, presentan estilos de afrontamiento ante el estrés más funcionales (centrados en el análisis lógico, la reestructuración cognitiva y la acción sobre el problema) que aquellos que no lo reciben (y que presentan afrontamientos desadaptativos, como la negación, evitación y búsqueda de gratificaciones alternativas), este estudio se propuso evaluar los estilos de afrontamiento, comparando un grupo de niños con DT1 y progenitores sometidos a una intervención psicológica sistematizada con otro grupo de similares características sin dicha intervención.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio de intervención, prospectivo, observacional, comparativo, no aleatorizado y ex post facto en el Servicio de Endocrinología, Diabetes y Nutrición del Hospital Materno Infantil "San Roque", situado en la ciudad de Paraná, Entre Ríos.

Las unidades de análisis fueron los niños con DT1 y sus respectivos padres, que asistieron al Servicio con el objeto de recibir tratamiento estandarizado de la enfermedad.

Los criterios de inclusión fueron: presencia de DT1 con más de un año de evolución, 9 a 14 años de edad, resi-

dencia en la ciudad de Paraná o en localidades situadas a no más de 20 km de distancia de dicha ciudad y firma de consentimiento informado.

Como criterio de exclusión, se consideró el hecho de estar recibiendo medicación psiquiátrica.

Se reclutó a todos los niños elegibles con inicio del tratamiento en el Servicio entre febrero y noviembre de 2011. En forma no aleatorizada, se agrupó a los niños y sus padres en función de la aceptación o no del tratamiento psicológico sistematizado, del siguiente modo:

- Grupo de intervención: con tratamiento psicológico sistematizado.

Subgrupo niño: niño con DT1 en tratamiento médico nutricional cuyos padres aceptaron la asistencia psicológica sistematizada ofrecida por los investigadores.

Subgrupo padre/madre: progenitor del niño con DT1, que aceptó –como parte del tratamiento de su hijo– la asistencia psicológica sistematizada ofrecida por los investigadores.

- Grupo control: sin tratamiento psicológico sistematizado.

Subgrupo niño: niño con DT1 en tratamiento médico nutricional cuyos padres no aceptaron la asistencia psicológica sistematizada ofrecida por los investigadores.

Subgrupo padre/madre: progenitor del niño con DT1, que no aceptó –como parte del tratamiento de su hijo– la asistencia psicológica sistematizada ofrecida por los investigadores.

De un total de 112 niños que concurrieron al Servicio para el tratamiento de la diabetes, 17 (con su respectivo progenitor) aceptaron participar del estudio como grupo de intervención.

El tamaño muestral del grupo control se equiparó intencionalmente al grupo de intervención, buscando lograr un par en género y edad por cada integrante. Los grupos de los respectivos padres se consideraron en idénticos tamaños e incluyeron solamente un progenitor por niño.

Como punto de partida del estudio, se solicitó a todos los integrantes (grupo de intervención y grupo control) completar los cuestionarios de afrontamiento para niños<sup>23</sup> y para adultos<sup>4</sup>. Este cuestionario inicial tuvo como finalidad reconocer el estado de situación de los sujetos en estudio y, además, guiar la intervención psicológica del grupo experimental.

Para evaluar las estrategias en los niños se utilizó el Cuestionario Argentino de Afrontamiento<sup>23</sup> adaptado para niños de 9 a 12 años, que constó de 27 ítems con tres posibilidades de respuesta: No (1), A veces (2) y Sí (3). Presentó tres dimensiones, cada una de las cuales compuesta por tres subdivisiones. La primera dimensión, correspondiente a estrategias focalizadas en la evaluación, estuvo subdividida en análisis lógico, reestructuración cognitiva y evitación cognitiva. Las estrategias focalizadas en el problema comprendieron búsqueda de apoyo, acción sobre el problema y desarrollo de gratificaciones alternativas. Por último, las estrategias centradas en la emoción abarcaron control emocional, inhibición generalizada y descontrol emocional.

A su vez, las estrategias se reagruparon en dos tipos de afrontamientos: a) funcionales (acción sobre el problema, búsqueda de apoyo, análisis lógico y reestructuración cogniti-

va) y b) disfuncionales (evitación cognitiva, búsqueda de gratificaciones alternativas, paralización y descontrol emocional).

Este instrumento fue administrado en una entrevista cara a cara con el niño. En primer término, se le solicitó que describiera un problema, algo que le molestara o preocupara mucho en relación con la enfermedad. Luego se le pidió que contestara los ítems del cuestionario, indicando el grado en que utilizaba las estrategias enunciadas frente al problema mencionado.

Para evaluar los estilos de afrontamiento en los padres, se les administró la Escala de Estrategias de Afrontamiento de Lazarus y Folkman<sup>4</sup> para adultos. El instrumento en cuestión apuntó a que las personas reconstruyeran situaciones estresantes en referencia a la diabetes de sus hijos y describieran lo que habían pensado, sentido y hecho desde que tomaran conocimiento de la enfermedad. El cuestionario incluyó 67 ítems con cuatro opciones de respuesta: en absoluto (0), en alguna medida (1), bastante (2) y en gran medida (3). La lista midió modos de afrontamiento dirigidos a la emoción y la resolución de problemas. También se incluyeron cuatro formas básicas: acción directa, inhibición de la acción, búsqueda de información y una categoría compleja designada como afrontamiento intrapsíquico o cognitivo. El análisis de los modos de afrontamiento distinguió factores dirigidos a la resolución del problema (desarrollo de estrategias cognitivas y conductuales: conseguir varias soluciones, buscar información y realizar un plan de acción y seguirlo) y otros dirigidos a la emoción (que incluyeron la búsqueda de apoyo social emocional, el distanciamiento, la evitación, la acentuación de los aspectos positivos de la situación y el autorreproche).

Cada categoría de respuesta recibió un puntaje, que luego se sumó al valor final de las dimensiones que conformaban los estilos de afrontamiento, según lo detallado con anterioridad. Aunque el instrumento era autoadministrable, en esta investigación fue aplicado a modo de entrevista cara a cara con los padres.

El tratamiento psicológico sistematizado consistió en consultas semanales de una hora de duración, realizadas durante nueve meses por la psicóloga del Servicio. Se basó en la corriente cognitiva y en la teoría de Lazarus y Folkman. La intervención estuvo dirigida al aprendizaje de modos de afrontamiento más funcionales y adaptativos frente al manejo del estrés y la resolución de conflictos.

Previamente se diagnosticó la situación particular de cada niño, para lo cual se realizaron entrevistas cara a cara, con ellos y con sus padres por separado. Se trabajó con técnicas proyectivas (*HTP: House Tree Person*) y pruebas de afrontamiento al estrés. Se propuso, además, un espacio de escucha para lograr la confianza de los niños y detectar posibles creencias negativas que pudieran obstaculizar su adherencia al tratamiento.

Una vez evaluada la situación general del paciente y detectados los estresores más relevantes, se proporcionaron estrategias específicas para obtener un afrontamiento más funcional (como el análisis lógico, la reestructuración cognitiva, la búsqueda de apoyo y la resolución de conflictos)

y minimizar el enfoque disfuncional (como la evitación cognitiva, la paralización, la búsqueda de gratificaciones alternativas, el excesivo control o el descontrol emocional).

Luego de la sesión realizada por el niño perteneciente al grupo de intervención, el respectivo progenitor participó en una entrevista con el profesional de salud mental a cargo. Allí, mediante la aplicación de diferentes técnicas educativas, recibió un entrenamiento para el empleo de estrategias saludables y funcionales referidas a la adherencia al tratamiento del niño.

Los niños del grupo control y sus padres recibieron tratamiento médico-nutricional de acuerdo con la modalidad establecida en el protocolo del Servicio: entrevistas (semanales el primer mes, quincenales el segundo y mensuales a partir del tercero) con endocrinóloga, nutricionista, enfermera y profesora de educación física para el aprendizaje y control de la enfermedad.

El procesamiento de los datos se llevó a cabo con el software estadístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versión 17.0. Para establecer la existencia de diferencias en los puntajes medios en las distintas dimensiones de los estilos de afrontamiento, obtenidos entre los grupos de niños con DT1 con y sin tratamiento psicológico y entre los respectivos grupos de padres, se efectuaron pruebas de comparación de dos medias de poblaciones independientes, en las que se consideró significativo un valor inferior a 0,05.

A fin de garantizar los aspectos éticos de la investigación, se solicitó el consentimiento informado a los padres, previa explicación de la naturaleza del estudio, así como de su rol y el de sus hijos como participantes. Se suministró información sobre los responsables de la investigación y la meta del estudio; asimismo, se dejó en claro que la participación era estrictamente voluntaria y se tomaron los recaudos necesarios para asegurar la confidencialidad de los datos. Avaló

la presente investigación el Comité de Ética perteneciente al Hospital de Niños "San Roque" de Paraná, Entre Ríos.

## RESULTADOS

Las muestras quedaron conformadas por 17 niños en el grupo de intervención y 17 en el grupo control, con igual cantidad de progenitores en sendos grupos de padres.

La edad promedio de los niños y su variabilidad fueron:  $11,09 \pm 2,5$  años en el grupo de intervención y  $11,12 \pm 2,8$  años en el de control. El 47% de los niños del grupo experimental eran varones, algo similar a lo que ocurrió en el grupo control (46%).

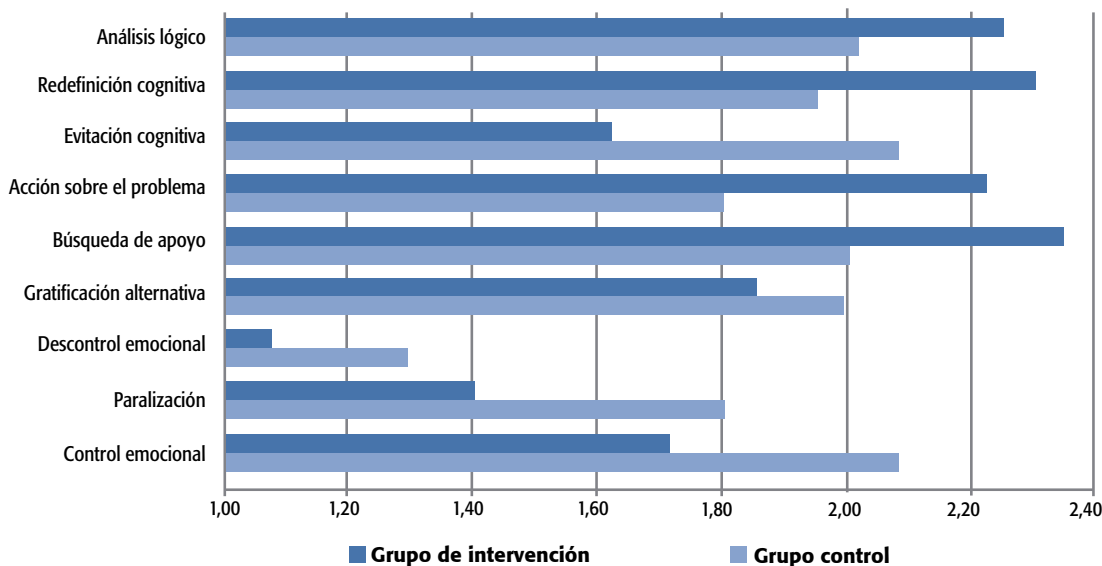
En los grupos de intervención y control, la mayoría de los progenitores que cumplieron con el compromiso de acompañar a sus hijos y mantener el contacto con los profesionales de la salud fueron madres (94% y 93%, respectivamente).

Tras la intervención experimental programada en el estudio, se compararon las medias de los puntajes de las diferentes dimensiones de afrontamiento entre los grupos de niños (con y sin tratamiento psicológico), y se hallaron diferencias estadísticamente significativas en reestructuración cognitiva ( $p=0,01$ ), evitación cognitiva ( $p=0,02$ ), acción sobre el problema ( $p=0,002$ ), búsqueda de apoyo ( $p=0,03$ ), paralización ( $p=0,01$ ), control emocional ( $p=0,004$ ) y descontrol emocional ( $p=0,004$ ).

Los niños bajo tratamiento psicológico obtuvieron niveles significativamente más altos en las estrategias saludables (como la reestructuración cognitiva, la acción sobre el problema y la búsqueda de apoyo), mientras que el grupo control evidenció puntajes estadísticamente significativos más altos en las estrategias no saludables (como la evitación cognitiva, el descontrol emocional, la paralización y el control emocional excesivo). Gráfico 1.

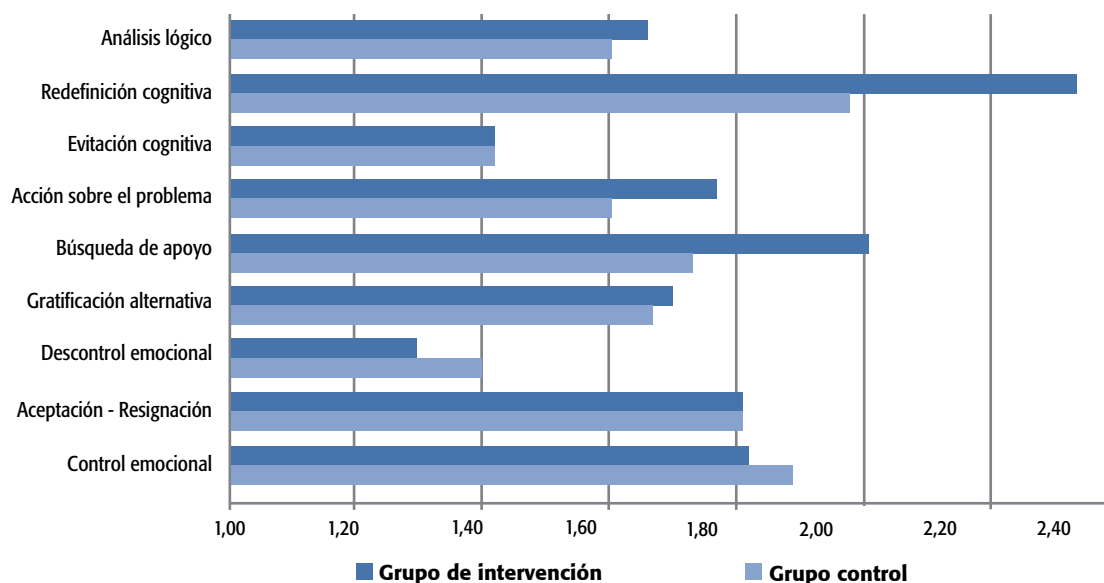
Con respecto a los padres de los niños con y sin trata-

**GRÁFICO 1.** Comparación de las estrategias de afrontamiento de ambos grupos de niños, nueve meses después de haber recibido o no tratamiento psicológico.



Fuente: elaboración propia

**GRÁFICO 2.** Comparación de las estrategias de afrontamiento de ambos grupos de *padres*, nueve meses después de haber recibido o no tratamiento psicológico.



Fuente: elaboración propia

miento psicológico, se hallaron diferencias significativas en la reestructuración cognitiva ( $p=0,001$ ), la acción sobre el problema ( $p=0,001$ ), la búsqueda de apoyo ( $p=0,002$ ), el descontrol emocional ( $p=0,02$ ) y el análisis lógico ( $p=0,01$ ). Gráfico 2.

Los padres de niños con tratamiento psicológico puntuaron más alto en las estrategias saludables (reestructuración cognitiva, acción sobre el problema y búsqueda de apoyo), mientras que los padres del grupo control mostraron niveles superiores en el descontrol emocional.

Los niños de grupo de intervención presentaron un puntaje medio más alto en las estrategias saludables, centradas en la evaluación y en el problema, más que en la emoción; también puntuaron más alto en la reestructuración cognitiva (pensar de otra manera el problema) que los niños del grupo control. Estos últimos, en cambio, presentaron puntajes medios más elevados en las estrategias de afrontamiento no saludables focalizadas en la emoción, como el descontrol emocional, la paralización, el control emocional excesivo y la evitación cognitiva.

## DISCUSIÓN

Las demandas tanto físicas como emocionales y sociales a las que se somete a un niño desde el debut de una DM pueden representar un gran desafío. La negligencia en el autocontrol, en la dieta y en la insulino terapia depende, en gran parte, de los estilos de afrontamiento asumidos por los pacientes, lo que determina el control metabólico, las hospitalizaciones y las complicaciones futuras<sup>7</sup>.

Los jóvenes que responden a la DM con depresión y que la afrontan evitándola corren mayor riesgo de presentar dificultades, tanto en la esfera del bienestar psicosocial como en la del control metabólico<sup>6,21</sup>.

Durante la primera evaluación del presente estudio, realizada con el objeto de determinar el tipo de abordaje psicológico a aplicar en el grupo de intervención (pero realizada a la totalidad de los niños y padres participantes del estudio para no crear sesgos por conocimiento del instrumento), ni los niños ni sus padres difirieron estadísticamente en las puntuaciones medias alcanzadas en las distintas estrategias de afrontamiento. Sin embargo observamos que los padres que aceptaron que sus hijos recibieran tratamiento psicológico, tendieron a obtener mayor puntuación en la reestructuración cognitiva, la búsqueda de apoyo y la aceptación con resignación, evidenciando así una propensión a la centralización en el problema. Los padres del grupo control, por su parte, mostraron mayor predisposición al descontrol emocional.

La instancia evaluatoria de este estudio fue realizada luego de un período de nueve meses de tratamiento psicológico recibido por cada niño del grupo experimental. En ella, los infantes evidenciaron diferencias significativas en los estilos de afrontamiento; en el grupo experimental, centrados en la evaluación y en el problema más que en la emoción; en el grupo control, focalizados en la emoción: descontrol emocional, paralización, control emocional excesivo y evitación cognitiva.

El afrontamiento centrado en la emoción puede ser muy adaptativo en situaciones donde hay poco control o donde el sujeto tiene escaso margen para modificar el estresor, pero puede ser poco adaptativo y generar mucho malestar e impotencia si se lo usa durante un largo período de tiempo<sup>2</sup>. El hecho de que luego de la intervención el grupo bajo tratamiento psicológico se focalizara más en el problema y el grupo control en la emoción, demuestra que los niños asistidos adquieren herramientas, recursos psicológicos y mayor autoconfianza, lo que deriva en el empleo de técnicas

centradas en el problema. En contraposición, aquellos sin asistencia psicológica, se limitan al uso de estrategias internas centradas en la emoción, poco funcionales, que contribuyen pobremente a solucionar el problema, aumentan el malestar y la impotencia, y dan lugar a la continuidad en la utilización de recursos poco adaptativos.

El panorama es bastante similar para los padres; los progenitores de niños bajo tratamiento psicológico puntuaron más alto en las estrategias centradas en el problema, como la acción sobre el problema y la búsqueda de apoyo; también mostraron niveles más altos en el análisis lógico y en la reestructuración cognitiva, es decir, tratar de ver el problema desde otro punto de vista o darle otro significado. El grupo de padres control, en cambio, presentó mayor descontrol emocional, evidenciando carencias en el aprendizaje de estrategias psicológicas saludables para el afrontamiento de la enfermedad.

En un estudio no aleatorio como el presente, las inferencias realizadas pueden tener sesgos y no son generalizables a toda la población de niños con DT1. Además existió un sesgo inicial en la conformación de los grupos, tanto de niños como de padres: las personas no fueron asignadas aleatoriamente a uno u otro grupo, sino que hubo una selección de pertenencia no controlada y supeditada al hecho de que los padres aceptaran la participación y se comprometieran a cumplir las actividades programadas para el estudio. Este criterio de inclusión del niño a uno u otro grupo llevó un sesgo intrínseco de características psicológicas asociadas a los diferentes grupos de padres, que no se dio en la misma medida entre los niños, ya que en ellos no recayó la decisión de participar.

En conclusión, los pacientes que recibieron una intervención psicológica sistematizada presentaron estilos de afrontamiento más saludables que aquellos que no la recibieron. Esto reafirma la importancia del apoyo psicológico tanto

para el paciente como para su núcleo familiar, y sugiere que en el cuidado de la diabetes no se debe subestimar este aspecto para el afrontamiento saludable de la enfermedad y la reducción de potenciales riesgos futuros.

#### RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

La presente investigación puede servir de inspiración para las políticas sanitarias públicas y para estudios de intervención. La Psicología puede realizar importantes aportes para afrontar una enfermedad crónica más adaptativamente, proporcionando pautas claras y delineando estrategias de manejo para enseñar a los niños y a sus padres.

#### RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

El presente trabajo permite capacitar a psicólogos en temas relacionados con enfermedades crónicas. Genera un espacio de actuación interdisciplinaria en el que se pueden optimizar estrategias o desarrollar nuevas propuestas, dirigidas a mejorar el afrontamiento de esta patología.

#### RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

La presente investigación realiza interesantes aportes sobre la importancia de la herramienta psicológica para mejorar el afrontamiento de la DM. Abre así nuevas puertas a otras investigaciones sobre variables potenciales de riesgo. Asimismo, puede ser útil para evaluar resultados en pacientes con más de nueve meses de tratamiento psicológico.

#### AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Patricia Evangelista por la lectura crítica de este artículo, por su apoyo incondicional y por su generosidad intelectual.

**Cómo citar este artículo:** Figueroa Sobrero A, Nerone N, Walz F, Panzitta S. Estrés en niños con diabetes tipo 1 y sus padres: estilos de afrontamiento con y sin tratamiento psicológico. *Rev Argent Salud Pública*. 2013; Dic; 4(17):24-30.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disorders (NIDDK). *Diabetes in America*. Bethesda, MD: NIH Publication; 2002.
- Jacobson AM, Hauser ST, Wertlieb D, Wolfsdorff JI, Orleans J, Vieyra M. Psychological Adjustment of Children with Recently Diagnosed Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 1986;9:323-329.
- Rossmann B. El desarrollo familiar y el impacto de la enfermedad crónica de un hijo. En: Falicov CJ (comp.). *Transiciones de la familia*. Buenos Aires: Amorrortu; 1995.
- Lazarus R, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 1986.
- Kovacs M, Ho V, Pollock MH. Criterion and Predictive Validity of the Diagnosis of Adjustment Disorder: A Prospective Study of Youths with New-Onset

- Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *Am J Psychiatry*. 1995;152:523-528.
- Jacobson AM, Hauser S, Lavori L, Wolfsdorf J, Herskowitz R, Milley J, et al. Adherence among Children and Adolescents with IDDM over a Four-Year Longitudinal Follow-Up: The Influence of Patient Coping and Adjustment. *J Pediatr Psychol*. 1990;15:511-526.
- Dumont R, Jacobson AM, Cole C, Hauser ST, Wolfsdorf JI, Willet JB, et al. Psychosocial Predictors of Acute Complications of Diabetes in Youth. *Diabet Me*. 1995;12:612-618.
- Lloyd CE, Robinson N, Andrews B, Elston MA, Fuller JH. Are the Social Relationships of Young Insulin-Dependent Diabetic Patients Affected by their Condition? *Diabet Me*. 1993;10:481-485.
- Jacobson AM, Hauser ST, Noam G, Powers S. The Influences of Chronic

Illness and Ego Development on Self-Esteem among Adolescent Diabetic and Psychiatric Patients. *Journal of Youth and Adolescence*. 1984;13:489-507.

<sup>10</sup> Dunn SM, Turtle JR. The Myth of the Diabetic Personality. *Diabetes Care*. 1981;4:640-646.

<sup>11</sup> Hauser ST, Jacobson AM, Noam G, Powers S. Ego Development and Self-Image Complexity in Early Adolescence: Longitudinal Studies of Psychiatric and Diabetic Patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40:325-332.

<sup>12</sup> Blanz B, Rensh-Riemann B, Fritz-Sigmund D, Schmidt M. IDDM is a Risk Factor of Adolescent Psychiatric Disorders. *Diabetes Care* 16:1579-1587,1993.

<sup>13</sup> Evangelista P, Eandi ML, Kovalskys I, Hercovici C, Bay L, Mazza C, et al. Pesquisa de trastornos alimentarios en jóvenes con diabetes tipo 1: estudio comparativo con población normal. *Medicina Infantil*. 2010;17:16-26.

<sup>14</sup> Figueroa Sobrero A, Evangelista P, Mazza C, Basso P, López S, Scaiola E, et al. Seguimiento a 3 años del control metabólico en pacientes DT1 con y sin trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes*. 2006;40(3):129.

<sup>15</sup> Figueroa Sobrero A, Basso P, Orzuza N, Cernuda JC, Laporta A, Baraballe E, et al. Redes Sociales en niños diabéticos tipo 1. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes*. 2008;40(3):147.

<sup>16</sup> Tebbi C, Bromberg C, Sills I, Cukierman J, Piedmonte M. Vocational Adjustment and General Well-Being of Young Adults with IDDM. *Diabetes*

*Care*. 1990;13:98-103.

<sup>17</sup> Mayou R, Peveler R, Davies B, Mann J, Fairburn C. Psychiatric Morbidity in Young Adults with Insulin Dependent Diabetes Mellitus. *Psychol Med*. 1991;21:639-645.

<sup>18</sup> Kyvik K, Stenager E, Green A, Svendsen A. Suicides in Men with IDDM. *Diabetes Care*. 1994;17:210-213.

<sup>19</sup> Figueroa Sobrero A, Basso P, Orzuza N, Baraballe E, Laporta A, Cernuda JC, et al. Assessment of the Different Educational Variables Influencing the Metabolic Control in Type 1 Young Patients. *Hormone Research*. 2009;72(S3):187.

<sup>20</sup> Figueroa Sobrero A, Walz F, Orzuza N, Baraballe E, Pérez A, Panzitta S. Intervening Variables in the Acceptance of a Diabetes Educational Program in Children and its Impact on the Pillars of the Treatment. Repercussion over Metabolic Control. *Pediatr Diabetes*. 2010;11(Supl. 4):1-16.pag 26.

<sup>21</sup> Grey M, Boland EA, Davidson M, Li J, Tamborlane WV. Coping Skills Training for Youth with Diabetes Mellitus Has Long-Lasting Effects on Metabolic Control and Quality of Life. *Journal of Pediatrics*. 2000;137:107-13.

<sup>22</sup> Ambrosino J, Fenie K, Whittemore R, Jaser S, Dowd M, Grey M. Short-Term Effects of Coping Skills Training in School-Age Children with Type 1 Diabetes. *Pediatric Diabetes*. 2008;9:74-82.

<sup>23</sup> Richaud de Minzi MC. Evaluación del afrontamiento en niños de 8 a 12 años. *Revista Mexicana de Psicología*. 2006;23(2):193-201.