



**UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**“FACTORES PSICOSOCIALES-FAMILIARES EN PACIENTES CON  
DIABETES MELLITUS TIPO I EN LA CASA DE LA DIABETES”**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

**Autoras:** Sofia Crespo y Jessica Criollo

**Director:** Dr. Juan Aguilera

**CUENCA-ECUADOR**

2019

## **DEDICATORIA**

A mi madre, por haberme apoyado en todo momento, por su motivación constante, por sus buenos consejos, por sus valores, por ayudarme siempre a cumplir mis objetivos y, sobre todo, por su paciencia y amor.

A mi padre, por el ejemplo de perseverancia y porque me ha infundido el valor para salir adelante.

A todos mis familiares, particularmente a mi abuelita Delma Villa, por su preocupación en la redacción y ortografía del trabajo de investigación.

A mi enamorado, Gustavo Álvarez por su permanente estímulo en la ejecución de este trabajo. A mis amigos, por sus valiosas sugerencias que enriquecieron esta tesis.

**Sofía Crespo Vega**

## **DEDICATORIA**

A mis padres Carlos y Ruth, por enseñarme lo que es el esfuerzo, la perseverancia y a enfrentar las adversidades, por apoyarme a cumplir hoy un sueño más, con su paciencia y amor.

A toda mi familia, de manera especial, a mi abuelita Ruth, porque siempre ha permanecido junto a mí, con su infinito cariño. A Lexi y Marlon, por su cariño y, a mi tía Maribel, por su constante motivación.

A todos mis amigos, sobre todo a Katy, por su lealtad y el cariño de cada día, y, especialmente a Cecy, cuyo recuerdo permanecerá siempre en nuestra memoria.

**Jessica Criollo**

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad del Azuay, a sus autoridades y docentes, particularmente al Dr. Juan Aguilera Muñoz, por su acertada dirección.

A la Casa de la Diabetes en la persona de su directora, Psicóloga Clínica Ana Fernanda Sánchez, por abrir las puertas de la Fundación para la ejecución del trabajo de investigación.

A los padres de familia, por su consentimiento en la participación de sus hijos en el desarrollo de la Tesis: “Factores Psicosociales-Familiares en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 en la Casa de la Diabetes”, actores fundamentales, sin cuyo aporte, no hubiese sido posible su ejecución.

**Sofía Crespo Vega**

## **AGRADECIMIENTO**

Primeramente, a Dios, por regalarme el don de la vida y guiar siempre mi camino.

A toda mi familia, particularmente a mis padres, Carlos y Ruth, por su apoyo y comprensión durante el desarrollo del Proyecto de Tesis.

A mis profesores, quienes con sus conocimientos, dedicación y paciencia me hicieron crecer día a día como profesional y como persona.

Al Dr. Juan Aguilera y a la Psicóloga Clínica Ana Fernanda Sánchez, principales colaboradores durante el proceso de investigación, quienes con su dirección, experiencia, y conocimiento, facilitaron el desarrollo de este trabajo.

**Jessica Criollo**

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iv
RESUMEN .....	x
ABSTRACT .....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO .....	3
DIABETES MELLITUS .....	4
1.1 Diabetes mellitus tipo 1 .....	5
1.1.1 Síntomas.....	6
1.1.2 Diagnóstico.....	6
1.1.3 Tratamiento.....	6
1.1.4. Complicaciones de la diabetes tipo 1 .....	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	12
FACTORES PSICOSOCIALES DE LOS NIÑOS CON DM1 .....	13
2.1 El niño y su familia .....	13
2.1.1 Clases de familia.....	15
2.2 El niño y sus amigos .....	18
2.3 El niño y las enfermedades crónicas .....	19
CAPÍTULO III: DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y METODOLOGÍA.....	22
3.1 Metodología .....	23
3.1.1 Diseño.....	23
3.1.2 Participantes.....	23
3.1.3 Procedimiento.....	23
3.1.4 Métodos y técnicas .....	24

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS .....	33
4.1 Perfil demográfico.....	34
4.2 Relaciones familiares de los pacientes con diabetes tipo 1 .....	36
4.3 Análisis de las respuestas emocionales frente a la enfermedad .....	38
4.4 Rasgos de personalidad predominantes presentados en los test proyectivos .....	41
 DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	48
DISCUSIÓN .....	49
CONCLUSIONES .....	53
RECOMENDACIONES .....	54
 BIBLIOGRAFÍA .....	55

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y CUADROS

Tabla 1: Análisis del perfil demográfico .....	35
Tabla 2: Tipos de familia encontrados .....	37
Tabla 3: Resultados generales del test HTP .....	44
Tabla 4: Resultados generales del test de la persona bajo la lluvia .....	45
Tabla 5: Resultados generales del test de dibujo de la figura humana .....	46
Tabla 6: Resultados generales del test de la familia .....	47
Cuadro 1: Indicadores generales de los test .....	27
Cuadro 2: Tipos de familia según su estructura .....	28
Cuadro 3: Tipos de familia según su funcionalidad .....	31
Cuadro 5: Perfil demográfico .....	34
Cuadro 6: Relaciones familiares.....	36
Cuadro 7: Resultados individuales .....	41
Gráfico 1: El Tratamiento de Hipoglucemia se especifica en el siguiente gráfico:9	
Gráfico 2: Tipos de familia encontrados .....	38



## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Carta de consentimiento informado e investigacion.....	61
Anexo 2. Historia clinica .....	62
Anexo 3. Hoja de observacion directa.....	63
Anexo 4. Familia integrada .....	64
Anexo 5. Familia aglutinada.....	71

## RESUMEN

Factores psicosociales-familiares en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 en la “Casa de la Diabetes” de la ciudad de Cuenca, 2017-2018, es una investigación transversal, cuantitativa, cualitativa, en la que se aplicó la batería de test: HTP, Persona bajo la lluvia, Figura humana y de la Familia a niños de 5 a 12 años que padecen DM1.

En la investigación, se aplicó el método estadístico, analítico y sintético; las técnicas aplicadas fueron la entrevista y la observación. Los resultados obtenidos revelan que los niños investigados pertenecen a una familia uniformada y la mayoría rechaza la diabetes, necesitan apoyo, autonomía y elevar su autoestima. Los rasgos predominantes de la personalidad de los niños con DM1 son: inseguridad, aislamiento, ansiedad y miedo.

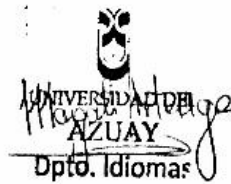
**Palabras Clave:** Diabetes Mellitus tipo 1, niños, factores psicológicos, familiares, sociales.

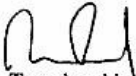
## ABSTRACT

### ABSTRACT

The aim of this research was to determine the psychosocial and family factors in patients with type 1 diabetes mellitus of the " Casa de la Diabetes" of Cuenca. This is a cross-sectional, quantitative and qualitative research where a test battery was applied to children from 5 to 12 years of age, who had DM1. The statistical, analytical and synthetic methods were conducted in this investigation. The research carried out interviews and direct observations. The obtained results revealed that the investigated children belonged to integrated families. Most of them rejected diabetes and needed support, autonomy and an improvement in their self-esteem. The predominant personality traits of children with DM1 were insecurity, isolation, anxiety and fear.

**Keywords:** Type 1 Diabetes Mellitus, children, psychological, family, social factors.



  
Translated by  
Ing. Paul Arpi

## INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad, cuyo índice crece en forma alarmante en todo el mundo, tal y como informa la 8<sup>va</sup> edición del Atlas de la Federación Internacional de la Diabetes (2017). Los indicadores hablan por sí solos: Casi 500 millones de personas viven con diabetes. El número estimado de casos de diabetes en América Latina fue de 13.3 millones, en el año 2000, una cifra que se espera aumente a 32.9 millones para el año 2030 (Federación Internacional de Diabetes, 2017).

El Ecuador no es una excepción, en el año 2016, la enfermedad crónica de la diabetes mellitus fue la segunda causa de mortalidad con el porcentaje del 7.27 %. Sin embargo, no existe una concientización dentro de la población sobre las consecuencias que trae la enfermedad, ni tampoco el Ministerio de Salud tiene un programa permanente de educación sobre alimentación saludable. Por el contrario, existe un permanente bombardeo de propaganda sobre la ingesta de la comida chatarra, que constituye uno de los factores de dicha enfermedad. Dentro del sistema educativo, tampoco se educa en este sentido, por lo que la mayor parte de la población, carece del conocimiento de una dieta saludable y de sensibilización frente al problema que se vuelve invisible dentro de las Unidades Educativas.

Es importante que familiares y maestros conozcan los riesgos, el diagnóstico y tratamiento de los niños con DM1 para hacer un verdadero acompañamiento y convertirse en factores de apoyo para el desarrollo personal, caso contrario, al desconocer el problema atentan contra los derechos humanos y, sobre todo, constituyen un verdadero obstáculo en el proceso de sobrellevar la enfermedad. La importancia de esta investigación radica en su enfoque, ya que se va a conocer las reacciones de los niños frente a la enfermedad, las mismas que se explican en base a la actitud de la familia y su entorno. El rechazo o la aceptación de la DM1 están sujetos al apoyo que puedan recibir por parte de los miembros de su familia, de su escuela y del entorno social. Al respecto, Skinner & Hampson (2000) demuestran que las personas con enfermedades crónicas como diabetes tipo 1 necesitan tener apoyo de sus padres, pares, familia y entorno para su mejoría o bienestar de su salud, sobre todo, en niños ya que son más dependientes y vulnerables debido a la etapa de desarrollo en la que se encuentran.

El presente trabajo de investigación está organizado en cuatro capítulos: Capítulos I y II enfocan el Marco Teórico, el primero trata sobre las características de la enfermedad DM1 y el segundo sobre los factores psicosociales de los niños con DM1; el Capítulo III explica la Metodología de la investigación; en este se presenta la muestra, el diseño, el procedimiento, los métodos, técnicas y la batería de test, y los recursos; el Capítulo IV plantea el análisis y discusión de los resultados. El estudio que se ha realizado con los niños registrados en la Fundación “Casa de la Diabetes” de la ciudad de Cuenca es de carácter transversal, cualitativo y cuantitativo, con estudio de casos. Las técnicas aplicadas son la entrevista y la observación *in situ*. El objetivo general es conocer los factores psicosociales-familiares de niños con diabetes mellitus tipo 1, de 5 a 12 años que asisten a la “Casa de la Diabetes” en la ciudad de Cuenca, con lo que se da respuesta a la interrogante ¿Cómo es la interacción del paciente con Diabetes tipo 1 dentro de su entorno psicosocial familiar?

Se puede afirmar que esta investigación es un proyecto pionero porque es la primera vez que se enfoca en la realidad psicosocial del niño en sus relaciones intrafamiliares y de su entorno. Esta ha sido factible gracias a la apertura brindada por la directora de la Institución. Este proyecto abre la posibilidad para futuras investigaciones dentro del sistema educativo nacional.

## **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO**

## DIABETES MELLITUS

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos factores se encuentran, la herencia, el ambiente, los estilos de vida y hábitos (tipo de alimentación), niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica (Montalvo, Cabrera, Quiñones, 2012). Para el año 2000, la prevalencia mundial de diabetes fue del 2,8 % y se proyecta que para el año 2030 esa cifra se va a duplicar. Estas estadísticas muy probablemente subestiman su prevalencia, ya que aproximadamente el 50 % de las personas que tienen diabetes no lo saben (Jiménez, Dávila, 2007).

La clasificación y el diagnóstico de la diabetes son complejos, pero hoy en día está generalmente aceptado que existen principalmente tres tipos de diabetes: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional (Federación Internacional de Diabetes, 2017): La diabetes mellitus tipo 1 es una afección crónica que se produce cuando se dan niveles elevados de glucosa en la sangre, debido a que el organismo deja de producir o no produce suficiente cantidad de la hormona denominada insulina, o no logra utilizar dicha hormona de modo eficaz. La insulina es una hormona esencial, fabricada en una glándula del organismo denominada páncreas, que transporta la glucosa desde la corriente sanguínea hacia las células del organismo, en donde la glucosa se convierte en energía. (Federación Internacional de Diabetes, 2017, p.16).

La diabetes tipo 2, usualmente afecta a las personas sobre los 35-40 años, se asocia a la herencia familiar y por el sobrepeso, también, se da en los niños y adolescentes que tienen sobrepeso. Las personas producen insulina, pero no es suficiente. Sus síntomas son: Sobrepeso, sedentarismo, herencia, cansancio, visión borrosa, sed, micción frecuente, hambre, en algunos casos, no hay síntomas (Hanas, 2010). Generalmente, no se diagnostica sino hasta que comienzan a presentarse los problemas de salud relacionados con un nivel elevado de glucosa en la sangre. Y en su tratamiento, comúnmente se utilizan pastillas. En algunos casos, en las etapas tardías de la diabetes tipo 2, se necesita insulina (Hanas, 2010).

La diabetes gestacional, según la Asociación Americana de Diabetes (2010), señala que el grado de intolerancia a la glucosa durante el embarazo, es el factor desencadenante; sin embargo, es catalogado como diabetes gestacional cuando en la primera consulta obstétrica las mujeres presentan diabetes. En algunas mujeres, la diabetes gestacional puede afectarles en más de un embarazo. Se la puede controlar a menudo con una alimentación saludable y ejercicio regular, pero algunas veces la madre, también, necesitará insulina. Puede desaparecer al concluir el periodo de gestación.

El diagnóstico de la diabetes gestacional se realiza durante el estudio prenatal de rutina. No se presentan síntomas en la mayoría de los casos. Pueden mostrar síntomas moderados, como demasiada sed o temblores. Habitualmente, en la mujer embarazada, estos síntomas no ponen en riesgo la vida. Entre la semana 24 y 28 del embarazo, todas las mujeres embarazadas deben recibir una prueba oral de tolerancia a la glucosa para detectar la afección. Este examen se puede realizar más temprano en el embarazo que tenga componentes de riesgo. En este caso de diabetes, se pretende que el feto esté saludable y las futuras madres conserven los niveles de azúcar en la sangre (glucosa) dentro de los límites normales. En cuanto al bebé, debe mantenerse bajo control mediante el monitoreo fetal. Y en relación a la madre, debe tener una dieta saludable, ejercicio y control del peso (Asociación Americana de Diabetes, 2018).

### **1.1 Diabetes mellitus tipo 1**

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es producida por una reacción autoinmune.” La insulina es una hormona producida por el páncreas por células especiales, llamadas células beta” (Valdez 2013.p.) que se encuentran en los islotes pancreáticos. Como resultado, el organismo no produce insulina, provocando una deficiencia relativa o absoluta de dicha hormona. Las causas de este proceso destructivo no se entienden plenamente, pero se sabe que los implicados son una combinación de susceptibilidad genética y unos desencadenantes medioambientales, como infecciones virales, toxinas o algunos factores dietéticos. Esta enfermedad puede desarrollarse a cualquier edad, pero la diabetes mellitus tipo 1 suele aparecer con más frecuencia en niños o adolescentes. Además, necesitan inyecciones diarias de insulina a fin de mantener el nivel de glucosa



dentro de un intervalo adecuado y sin esta hormona no serían capaces de sobrevivir (Valdés, 2013). La DM1 afecta al 5-10 % de la población con diabetes, diabetes tipo 1 se divide en: Autoinmune, Idiopática.

### **1.1.1 Síntomas**

De acuerdo con Hanas (2010), los principales indicios de dicha enfermedad son la fatiga, hambre, náuseas, sed excesiva, sudoración, pérdida de peso, visión borrosa, micción excesiva.

### **1.1.2 Diagnóstico**

Cuando la glucosa en la sangre está en una cantidad mayor a 126mg/dl en ayunas o mayor a 200mg/dl, a cualquier hora del día, o hemoglobina glucosilada mayor a 6.5 %, se determina la presencia de diabetes.

### **1.1.3 Tratamiento**

Consiste en proporcionar insulina al torrente sanguíneo imitando en la medida de lo posible la función normal del páncreas.

#### **1.1.3.1 Alimentación**

Su finalidad es aportar la cantidad adecuada de nutrientes que el organismo necesita. Es importante mantener hábitos regulares de alimentación y conocer el contenido de carbohidratos de los alimentos.

#### **1.1.3.2 Actividad física**

Esta ayuda a mantener los niveles de glucemia controlados, a mantener un peso adecuado y a estimular la circulación sanguínea.

### **1.1.3.3 Educación**

Es un proceso de enseñanza- aprendizaje a través del cual las personas con diabetes adquieren conocimiento y desarrollo de habilidades, y destrezas, a fin de resolver problemas relacionados con la concentración de glucosa en la sangre. Requiere de autocontrol y automonitoreo. El primero es definido como la concientización que adquiere el paciente a través de la educación; y el segundo, como el control de la glucosa mediante el glucómetro que mide el nivel de azúcar en la sangre.

### **1.1.3.4 Medicación**

El principal medicamento es la insulina, que se la aplica en forma inyectable cuando el páncreas no tiene la capacidad de producirla. Se denomina autoinyección de insulina cuando la persona sabe cómo y dónde inyectarse.

Existen varios tipos de insulina: Por su origen y por su función. La primera se clasifica en insulina de origen animal, humano y análogo; la segunda, por la rapidez con la que actúa, el tiempo que tarda en lograr su principal función, la duración del efecto, la concentración de las unidades, como se administra: intravenosa.

## **1.1.4. Complicaciones de la diabetes tipo 1**

### **1.1.4.1 Complicaciones agudas**

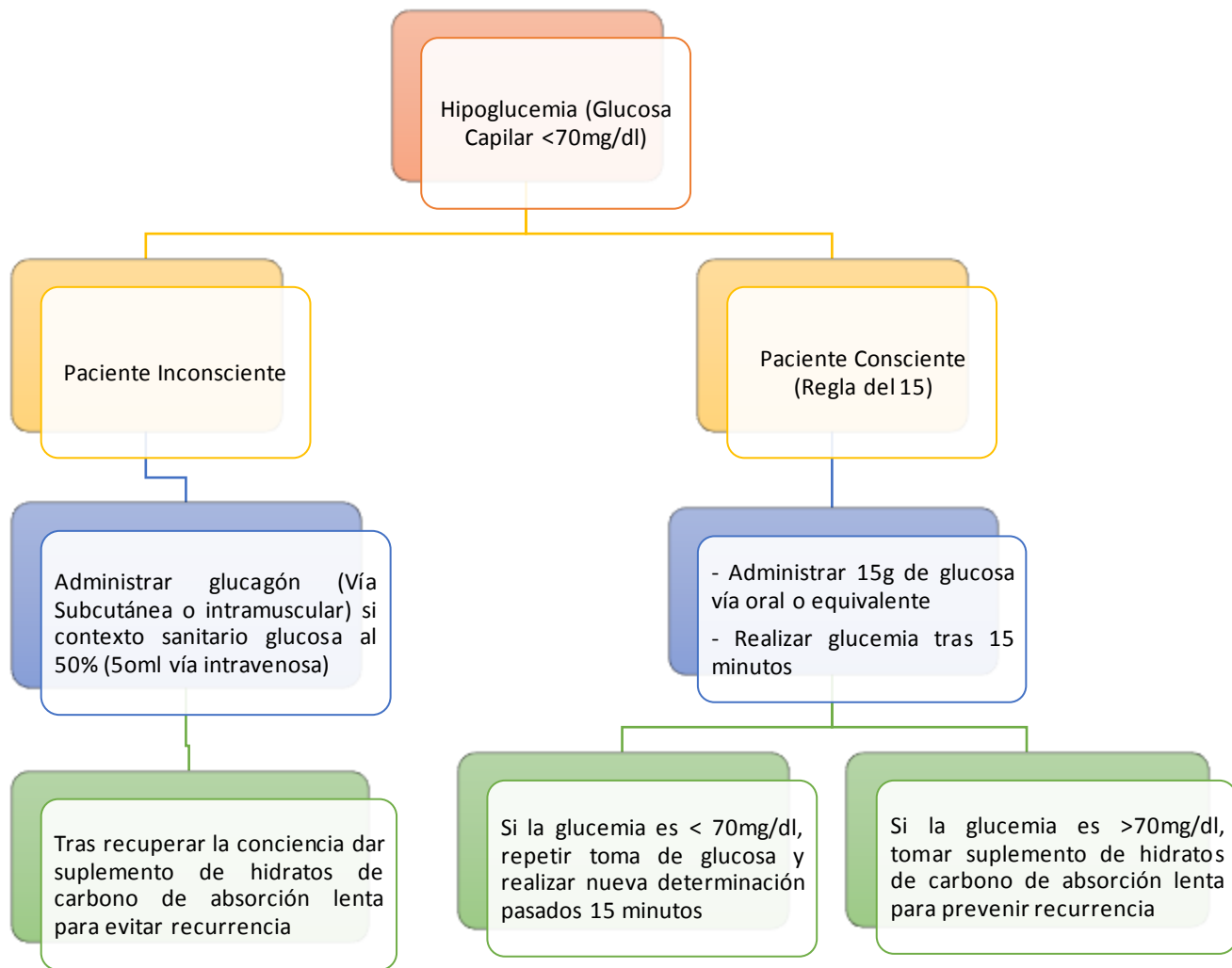
Las complicaciones agudas de la diabetes corresponden a la hipoglicemia y a la hiperglicemia o cetoacidosis diabética.

La **hipoglicemia**, definida por distintos autores como glicemia menores de 50 mg % o 60 mg %, se manifiesta por síntomas autonómicos y neuroglucopénicos, como palidez, temblor, sudoración fría, obnubilación; puede llegar a la pérdida de conocimiento, convulsiones y muerte. Requiere intervención rápida, administración de líquidos azucarados si el paciente está consciente y puede deglutir. Idealmente, estos líquidos deben ser sin proteínas ni grasas, para una absorción más rápida. Si el paciente no está consciente y/o no puede deglutir, se debe administrar glucagón I.M. (30 ug/kg con un máximo de 1 mg; 1 amp (1 mg) en mayores de 6 años y Vi amp (0,5 mg) en

menores de 6 años). Si el paciente está en un centro asistencial y dispone de vía venosa puede administrarse suero glucosado en bolo (2 cc/kg de suero glucosado al 10 %) y luego mantención suero glucosado (3 a 5 mg/kg/min), para mantener una glicemia cercana a 100 mg/dL (Asenjo, Muzzo, Perez, Ugarte, Willshaw, 2007).

Davis (2011) determina que las señales y síntomas de la hipoglicemia presentan tres niveles: leve, moderado y severo. Se considera leve cuando está por de 70mg/dL. Se caracteriza por una sensación de hambre, nerviosismo, temblores y transpiración. El nivel moderado, se halla por debajo de 55mg/dL. Sus principales factores son el mareo, somnolencia, confusión, dificultad para hablar, ansiedad y debilidad. Finalmente, el severo, que está por debajo de 35-40mg/dL; aquí se presentan convulsiones, pérdida del conocimiento y coma.

**Gráfico 1: El Tratamiento de Hipoglucemia se especifica en el siguiente gráfico:**



**Fuente:** (Sociedad Española de Médicos de atención primaria, 2015).

**Elaborado por:** Sofía Crespo y Jessica Criollo.

La **hiperglucemia** se refiere a altos niveles de glucosa en la sangre. Si la hiperglucemia es repetitiva, puede generar complicaciones a largo plazo (Diabetes tipo 1 Guía para tratar la diabetes tipo 1 de tu hijo, s.f.). Un paciente asintomático con valores de glucosa > 200 mg/dl y sin otras alteraciones metabólicas, debe medirse con una glucosa postprandial.

Las personas con diabetes tipo 1 pueden manifestar **hiperglicemia** o **cetoacidosis diabética** (CAD), Si el cuerpo no recibe suficiente insulina, el azúcar no puede llegar a las células para generar energía. Cuando esto sucede, entonces el cuerpo comienza a

metabolizar grasa acumulada para obtener energía, esta es una condición grave que raramente se presenta en las personas con diabetes tipo 2 (Kassel, 2015).

Se caracteriza por intensificación de los síntomas clásicos de la enfermedad, a lo que se agrega deshidratación, vómito, con o sin compromiso de conciencia. Su diagnóstico se confirma con una glicemia mayor de 250 mg/dL, un pH < 7,3, bicarbonato < 15 mEq/Lt, cuerpos cetónicos positivos en sangre y orina. Su manejo requiere hospitalización en UCI o cuidados intermedios. Se manifiesta por cefalea, náusea, vómito y compromiso sensorial y su tratamiento consiste en administrar manitol de 0,5 a 1 g/kg por vía endovenosa en 15-20 minutos y restricción de otros fluidos administrados por vía endovenosa (Asenjo, Muzzo, Pérez, Ugarte, Willshaw, 2007).

Los niveles de glucosa muy altos pueden, también, conllevar a complicaciones, potencialmente mortales, las cuales requieren atención médica inmediata; tales es el caso de las infecciones, que debilitan el sistema inmunológico y hacen que la persona sea propensa a contraerlas.

Puede, también, causar daño a los vasos sanguíneos, al presentarse pequeñas llagas o aberturas en la piel, que se convierten en llagas cutáneas más profundas (úlceras). A veces, es necesaria la amputación del miembro afectado, si las úlceras de la piel no sanan o se vuelven más grandes y profundas o se infectan. Se presentan daños en los pies porque se lesionan los nervios. Esto conlleva a que sean menos capaces de sentir presión, dolor, calor o frío. Una lesión en el pie puede llevar hasta una infección grave (Asociación Americana de Diabetes, 2018).

Existen otras complicaciones de carácter crónico, que surgen cuando la persona con diabetes no tiene un adecuado tratamiento y educación sobre la enfermedad. Estas son: las microvasculares y las macrovasculares. Las primeras, afectan a los pequeños vasos sanguíneos, siendo las más frecuentes: la Retinopatía diabética, la Nefropatía diabética, y la Neuropatía diabética.

La Retinopatía diabética afecta al sistema ocular y puede conducir a la ceguera; la Nefropatía diabética, al riñón y puede provocar insuficiencia renal, es decir, que los riñones dejen de funcionar; la Neuropatía diabética lesiona a los nervios y con el tiempo produce dolor en las piernas, sensación de hormigueo, problemas musculares, etc.; la

Nefropatía diabética afecta al riñón; y las afecciones al corazón y a los vasos sanguíneos, debido a la hiperglicemia (Mediavilla, 2001).

Las segundas o sea las complicaciones macrovasculares son las llamadas enfermedades cardiovasculares (Mediavilla, 2001). Esto incluye infartos, dolor torácico o angina y obstrucciones en las arterias que nutren de sangre tu corazón (Hanas, 2010). Un aspecto clínico importante de la diabetes son las hipoglucemias. Estas son poco toleradas por el sistema nervioso en desarrollo (Martínez, Lastra, Luzuriaga, 2002).

Varios estudios científicos han confirmado que dichos pacientes tienen un riesgo mayor de enfermedades cardiovasculares, mostrando un nivel de glucosa normal de ayuno, pero un nivel elevado de glucosa postprandial. Muchos pacientes no miden su glucosa después de ingerir alimentos, siendo fundamental conocer el índice de la hemoglobina glucosilada. Controlar la glucosa postprandial permite conocer el resultado de hemoglobina glucosilada, que ha permitido disminuir el 14 %, de riesgo de infarto al corazón; el 21 %, la posibilidad de muerte por diabetes, y hasta el 43 %, de riesgo de amputaciones (Diabetes Bienestar y Salud, 2014).

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

## **FACTORES PSICOSOCIALES DE LOS NIÑOS CON DM1**

Se han encontrado estudios en los cuales al hablar de los factores sociales, el apoyo de pares y de la familia está completamente relacionado con la buena adherencia al tratamiento y a una mejor calidad de vida. Una mayor respuesta psicosocial-familiar está relacionada con la prevención de las complicaciones de la enfermedad (Ortiz, 2004).

Los jóvenes con entornos familiares más cohesivos, expresivos, de apoyo y estructurados se adaptan mejor a la diabetes. Una disfunción familiar se asocia negativamente al control de la diabetes (Rybak, et al., 2016).

### **2.1 El niño y su familia**

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es un padecimiento que genera gran impacto emocional en la familia, ya que produce una huella en la vida del infante que es diagnosticado con diabetes y, desde luego, en sus familias; esto incluye estrés, dolor, miedo y ansiedad, por lo que se produce una limitación importante en la calidad de vida y el estado funcional. Este proceso crónico influye de forma permanente sobre la vida cotidiana, el proceso de cronicidad en niños afecta emocionalmente a toda la familia. El diagnóstico suele suponer un evento traumático para los padres, manifestado a través del enojo, culpa y preocupaciones. Por lo tanto, un adecuado apoyo familiar puede modular la presencia de una mejor calidad de vida, mayor bienestar emocional, mejor autocuidado y adherencia al tratamiento (Ochoa, Cardoso, Reyes, 2016).

El tratamiento de la DM1 implica la administración de insulina de por vida, así como cambios permanentes en la rutina diaria. El cuidado de la diabetes incluye tanto el tratamiento médico como la educación. La DM1 es comparada a una mesa que se sostiene en cuatro pilares: Tratamiento médico y medicación, educación, actividad física y alimentación saludable. En una persona que padece DM1 no puede ser considerada solo la condición de la enfermedad, sino la persona íntegra que tiene diferentes intereses, sentimientos, pensamientos, por lo tanto, es importante que se comprenda que para una mejor adaptación se debe enfocar los cuatro elementos citados anteriormente (Pérez, Gómez, Montoya, 2015).



La enfermedad no solo afecta a lo estrictamente endocrinológico, sino que repercute sobre toda la persona, en todas sus dimensiones: Biológica, psicológica y social. La diabetes afecta a la persona, pero repercute en el sistema familiar y la actitud de la familia, a su vez, incide en el control de la DM1. Esta puede crear dificultades aun en las familias más “normales” y equilibradas. La DM1, muchas veces, se desarrolla en niños que todavía no poseen habilidades cognitivas y madurez emocional que permitan la planificación y la toma de decisiones sobre los ajustes de su régimen terapéutico; esas habilidades serán desarrolladas solamente alrededor de los 12 años de edad. La infancia es un período de desarrollo constante asociado con problemas psicosociales y, en estos pacientes, se agrava con la aparición frecuente de síntomas de ansiedad-depresión, dificultades en la construcción de su identidad, declinación en el autocuidado y deterioro del control metabólico (Pérez, Gómez, Montoya, 2015).

Munguía (citado por Capella y Nuñez, 2012) señala que la diabetes es una enfermedad que genera dependencia del niño respecto de los adultos que lo rodean. Lo que se intensifica debido a la etapa de desarrollo en que se encuentran los niños. En este mismo sentido, Silverstein et al. (citado por Capella y Nuñez, 2012) afirma que el apoyo de los adultos es fundamental durante el desenvolvimiento de la enfermedad.

En el estudio titulado Reflexiones sobre la diabetes tipo 1 y su relación con las emociones, se describe que la diabetes genera miedo, ansiedad y baja autoestima. Se afirma que cada individuo responde de manera diferente a su enfermedad, ya que cada estructura mental es única, por lo tanto, el área emocional es uno de los pilares para el buen control de la enfermedad. No expresar o reprimir las emociones que surgen a partir del diagnóstico puede llevar a potencializar la ira, la ansiedad, el miedo que se encuentran acumuladas en la persona (Marcelino & Carvalho, 2005).

Las familias con infantes se ven sumergidas en un período de rápidos cambios físicos, psicológicos y sociales; la presencia de DM1 puede influir significativamente en su adaptación a esta época evolutiva. Son muchos los factores asociados que pueden interrumpir el normal funcionamiento familiar. El diagnóstico de DM1 en esta etapa, su posterior curso crónico, la aparición de complicaciones y su complejo tratamiento suponen una sobrecarga significativa para el niño y su familia e implican un funcionamiento personal y familiar diferente, además de la adquisición de mayores conocimientos sobre la enfermedad y el desarrollo de hábitos necesarios para su control eficaz. El mantenimiento de un control metabólico adecuado, la conservación de la

calidad de vida y de un estilo flexible parecen encontrarse entre los principales retos para los pacientes con DM1 y sus familias (Pérez, Gómez, Montoya, 2015).

Son pocos los estudios que han enfocado el tema de las emociones intrafamiliares cuando uno de sus miembros padece DM1. Para la familia, no es sencillo asumir un nuevo estilo de vida. Todos sus miembros deben conocer los riesgos que trae la enfermedad si esta no es tratada a tiempo y en forma conjunta. Al detectarse la presencia de dicha enfermedad, se experimenta emociones como miedo y temor, producto de la incertidumbre de no saber si serán capaces de sobrellevar los cuidados que implica la diabetes (Ochoa, Cardoso, & Reyes, 2016).

Puede que los padres sientan que se encuentran fuera de sincronía entre sí, cuando uno de ellos ha permanecido más tiempo con el niño afectado. Es esencial que ambos padres participen tanto como les sea posible en el cuidado diario del niño al que recién se le ha diagnosticado su diabetes.

La familia es una institución social básica y fundamental que cumple funciones sociales insustituibles, que van desde la procreación y la socialización primaria de los hijos hasta las funciones económicas como unidad básica de consumo, el hogar. El propósito de una familia es proveer de un contexto que apoye los logros necesarios para todos sus miembros individuales.

### **2.1.1 Clases de familia**

Para Minuchin (citado por Barbado, et al., 2004) existen varios tipos de familia, entre ellas las familias aglutinadas, las desligadas, las alianzas y la coalición.

#### **2.1.1.1 Familia aglutinada**

Este tipo de familia es la que encierra en sí misma, desconectada del exterior, con límites difusos entre sus miembros, fijando su atención y los intercambios comunicativos casi exclusivamente entre ellos.

### 2.1.1.2 Familia desligada

Los miembros de subsistemas o familias desligadas pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen desproporcionado sentido de independencia y carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia. Es la familia de puertas cerradas entre sus miembros. Suele desarrollar límites rígidos y la comunicación se hace extremadamente difícil.

Todas las familias tienen algún aspecto aglutinado o rígido en sus esquemas o relaciones, algo que puede variar a lo largo del ciclo vital.

### 2.1.1.3 Alianza

Es la proximidad afectiva entre dos miembros de la familia. Las alianzas son frecuentes, incluso necesarias, en la familia. Suelen ser cambiantes, forzadas por los acontecimientos del ciclo vital, es decir, funcionales.

Los problemas pueden aparecer cuando se vuelven rígidas y sirven de refuerzo y mantenimiento a secuencias sintomáticas.

### 2.1.1.4 Coalición

Es un triángulo de dos contra uno, este tipo de estructura genera estrés familiar.

Barbado, et al. (2004) considera que la familia puede influir de acuerdo con el tipo de familia que pertenezca: funcional, disfuncional, aglutinada y rígida.

**Funcional:** Es la familia que ayuda al enfermo, brindándole apoyo en cuanto a su tratamiento, además crecen como familia.

**Disfuncional:** Cuando la enfermedad de un miembro de la familia afecta de inmediato a los otros.

**Aglutinada:** “Si la enfermedad afecta a uno de sus miembros y no se atraviesa los límites inadecuadamente rígidos, pues, la familia rígida o desligada tiende a no responder cuando es necesario” (p. 8)

**Rígida:** Cuando se requiere un cambio necesario no se da paso a la flexibilidad.

Mendizábal, Pinto (2006) señala que el sistema familiar posee una triangulación y ante la diabetes plantea dos posibilidades: perversa y rígida.

**Triangulación perversa:** Es la relación que se mantiene entre tres personas, en la que dos de ellas que poseen diferentes niveles jerárquicos constituyen una coalición contra la tercera.

**Triangulación rígida:** Es la triangulación conformada por los padres en la que uno de los hijos es usado para evitar los conflictos.

Los niños con diabetes están con la enfermedad las 24 horas del día, por lo que deben hacerse amigos de su condición o, al menos, evitar ser su enemigo, ya que será difícil continuar la vida normal sin verse afectado negativamente por ella. Las familias tienen que adaptarse a un nuevo estilo de vida lo que les produce estrés, miedo, ansiedad generando una resistencia por parte de los niños al control de la enfermedad (Hanas, 2010).

La diabetes afecta mucho más que sólo al individuo, ya que, es una patología familiar y social; en los niños, se sienten vulnerados en su entorno, sus estudios, su participación en la comunidad, etc. Existen registros que evidencian la discriminación que enfrentan cuando se los diagnostica. El impacto psicológico de conocer que están enfermos es una de las razones por la que se ven excluidos o se autoexcluyen (Rosas, 2014).

A consecuencia de la DM1 la familia se ve sometida a cambios en su estructura, que implican un reajuste a la nueva situación: recargo de funciones en la madre, mayor atención hacia el paciente y dependencia de este hacia el grupo, limitación de expectativas familiares respecto al paciente.

Paralelo al diagnóstico, se generan cambios en padres y familiares hacia la atención del paciente que se manifiestan desde la sobreprotección al abandono. Asimismo, en el paciente se generan cambios en su conducta, que implican mayor atención por parte de su familia.

Los pacientes sufren alteraciones en su proceso de socialización, conductas, actitudes, desarrollo físico, formación educativa, que requieren tratamiento permanente, a fin de disminuir los reingresos hospitalarios, entre otros (Montoya, 1988).

Según Faulker y Chang (2006) el niño al percibir el espacio familiar como satisfactorio, con adecuada comunicación, adaptabilidad frente a las dificultades y resolución de conflictos puede enfrentar de mejor manera las tensiones ocasionadas por la enfermedad o provenientes de situaciones cotidianas, encontrando un espacio de contención. Si por el contrario la familia es percibida como disfuncional, las interacciones familiares son otra fuente de estrés, encontrándose los miembros menos atentos a las necesidades emocionales del niño.

## **2.2 El niño y sus amigos**

Las interacciones del niño con DM1 y sus amigos presentan actitudes positivas y negativas; de igual manera del niño frente a sus amigos. El que padece DM1 muestra sentimientos negativos, e inclusive vergüenza de revelar su diagnóstico a sus amigos; teme las reacciones de estos (Sparapani, Borges, Dantas, Pan, Nascimento, 2012).

En los estudios de Novales y colaboradores (2015) y de Sarcinelli & Franklin (2011), los niños con DM1 poseen una autoestima disminuida respecto a sus compañeros. Cuando la enfermedad se inicia en edad temprana se disminuye la posibilidad de que los niños la comprendan tal y cómo debe ser. Por este motivo, la actitud de apoyo los padres es fundamental, sin llegar a sobreprotegerlo.

El estímulo de los amigos constituye uno de los elementos esenciales en el tratamiento y manejo de la DM1. La valorización del papel de la familia, de la experiencia del niño, de la identificación del apoyo y de la red social y del trabajo del equipo de salud, constituyen elementos esenciales en el manejo de la enfermedad en la infancia. Para los niños con DM1, el apoyo de los amigos facilita la convivencia con la enfermedad en la vida de ambos, lo cual contribuye en el automanejo. Los amigos son elementos centrales de la socialización del niño, sea este saludable o con una enfermedad crónica. La enfermedad se tornará más difícil si no existe comprensión y cariño (Sparapani, Borges, Dantas, Pan, Nascimento, 2012).

Algunos estudios refuerzan la importancia del conocimiento de la DM1 por los compañeros de escuela e incentivan la existencia de un amigo de referencia o de un mejor amigo en este espacio. Sin embargo, la realidad en nuestro país es dolorosa, ya que las mismas autoridades educativas no visibilizan la enfermedad en su real

dimensión. Se conoce el caso de un niño de 5 años con DM1 en la ciudad de Quito, quien tuvo dificultades para ingresar a la escuela, ya que el desconocimiento por parte de sus directivos, influyó para que le negaran el acceso a la institución por considerar a la DM1, una enfermedad complicada que exigiría un mayor egreso por el apoyo extra que debería asumir.

Los amigos asumen diversas actitudes negativas de los amigos debido, también, al desconocimiento sobre dicha enfermedad; esto exige que se dé a conocer el diagnóstico, los riesgos y el cuidado que se refieren para que los compañeros se conviertan en elementos positivos para el desenvolvimiento del niño que padece DM1. De ahí que una campaña de educación sobre la DM1 dirigida a los padres, comunidad educativa y sociedad en general es prioritario.

La integración del niño con DM1 a su grupo de amigos, la comprensión de su enfermedad y los cuidados de su tratamiento por sus pares son cuestiones extremadamente válidas para el manejo adecuado de la enfermedad. Muchos niños con DM1 creen que los cuidados que deben asumir interfieren con sus actividades sociales, se sienten diferentes frente a sus compañeros, piensan que pierden tiempo en su cuidado al tener que interrumpir sus actividades. Sparapani, Borges, Dantas, Pan, Nascimento (2012) en su estudio apunta que la depresión relacionada a las dificultades con los compañeros en las escuelas puede colaborar para la menor adhesión al tratamiento, perjudicando el autocuidado y, consecuentemente, contribuyendo para el apareamiento de las complicaciones a largo plazo.

### **2.3 El niño y las enfermedades crónicas**

Los diferentes aspectos psicosociales que son parte de los cuidados en las enfermedades crónicas surgen de las respuestas individuales de los pacientes, la familia, los amigos y la sociedad, frente al diagnóstico y al pronóstico. Cualquiera que sea el resultado de la enfermedad, el objetivo es mejorar la calidad de vida (CV). Esta abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. Por consiguiente, la calidad de vida se define mejor desde el individuo. Según Bayes (citado por Vinaccia & Orozco, 2005), evaluar la calidad de vida del paciente crónico es importante porque permite conocer el impacto de la enfermedad y/o el tratamiento, a un nivel relevante, diferente y

complementario al del organismo; conocer mejor al enfermo, su evolución y su adaptación a la enfermedad; conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos. Schwartzmann (citado por Vinaccia & Orozco, 2005) habla de calidad de vida y una de las características que más emplea es la capacidad del ser humano para satisfacer sus necesidades y para sobrevivir.

Diferentes estudios muestran que la autoestima puede verse alterada ante la presencia de una enfermedad grave. Una autoestima no saludable/baja puede ser un factor de riesgo de aparición temprana de complicaciones y de una reducción de la calidad de vida. Una autoestima saludable/alta en estos niños con diabetes mellitus insulino dependiente puede ser un gran factor de protección ante las dificultades que encuentren a lo largo de su historia de vida, y así también con los estresores típicos del ciclo evolutivo (Bilbao, et al., 2014).

En una investigación realizada en España, la muestra constó de 23 sujetos evaluados, todos ellos niños y adolescentes entre 8 y 16 años de edad. Los resultados mostraron que el 30 % de los niños poseen un autoconcepto muy bajo. La mayoría de los sujetos presentó una conducta poco adaptativa ante su enfermedad (Bilbao, et al., 2014).

En el estudio de Tsao, Meldrum, Kim y Zeltzer (2007) se observó que una mayor sensibilidad a la ansiedad se asociaba a una menor autoestima, en niños que presentan dolor crónico. La experiencia de enfermedad lleva al sujeto a vivir situaciones que los demás no experimentan.

El diagnóstico de DM1 suele venir acompañado de una crisis psicológica de intensidad leve; cerca del 36 % de pacientes presentan algún problema psiquiátrico durante el primer año. A pesar de la intensidad leve de esta crisis inicial, ésta suele presagiar el posterior desarrollo de ansiedad y/o depresión, así como de una autoestima más baja. A lo largo del segundo año, el paciente comienza a ser más consciente de la cronicidad de su enfermedad, existe una tendencia a desarrollar niveles de dependencia, aislamiento y depresión. La DM1 pediátrica constituye un grave motivo de estrés, que afecta al conjunto del sistema familiar. Se podría afirmar que la DM1 como una “enfermedad familiar”; cuanto mayor es el estrés y peor aún su adaptación a la enfermedad y viceversa (Pérez, Gómez, Montoya, 2015).

Los niños con diabetes presentan un desarrollo psicosocial menor, se manifestaron diferencias significativas en el área de autonomía y de adaptación social; el

involucramiento excesivo de los padres en las tareas diarias del niño con diabetes entorpece su desarrollo y limita áreas que no tienen relación con la enfermedad (Capella & Núñez, 2012).

La existencia de problemas psiquiátricos en la infancia y la adolescencia de las personas con DM1 es un hecho confirmado, lo que hace imprescindible aplicar un control sistemático y la instauración de un tratamiento especializado en forma temprana. Lo que más preocupa a las personas con diabetes y a sus familias es la posibilidad de complicaciones crónicas. La diabetes, a diferencia de otras enfermedades crónicas, requiere un extraordinario esfuerzo para el autocontrol, lo que puede producir un estrés psicosocial y psicológico, que afectaría de manera desfavorable a quien padece de esta patología.

Según Betschart (2005) uno de los grandes deseos de los niños es no parecer distintos a otros, observándose mayor sensibilidad en algunos escolares a las diferencias que puedan presentar debido a las demandas ocasionadas por la enfermedad, temiendo el mostrar síntomas de hipo e hiperglicemia, lo que puede afectar de manera importante al niño sintiéndose aislado y triste.

La DM1 puede representar un obstáculo para alcanzar determinados hitos en el desarrollo, como la resolución de la ansiedad de separación y el desarrollo de la autoconfianza, ya que la ansiedad parental sobre la seguridad física del niño puede inhibir la autonomía apropiada. Los niños con DM1 deben ser incentivados por el equipo de salud a compartir su diagnóstico con sus amigos. Deberán informarles que su apoyo es fundamental para que el niño con DM1 se sienta seguro y pueda contar con ellos en cualquier momento.



### **CAPÍTULO III: DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y METODOLOGÍA**

## **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y METODOLOGÍA**

La Fundación Los Fresnos “Casa de la Diabetes” es una organización social sin ánimo de lucro, que atiende a personas que padecen diabetes. Proporciona atención psicológica y médica. Funciona desde hace 15 años. La muestra de la presente investigación fue seleccionada del universo de niños que reciben atención psicológica y se hallan registrados en la mencionada institución (32).

### **3.1 Metodología**

#### **3.1.1 Diseño**

La presente investigación es de tipo transversal porque la información corresponde a un momento específico 2017-2018, cualitativa y cuantitativa porque proporciono una serie de datos que se sistematizaron en tablas estadísticas. Pertenece al estudio de casos. Se sistematizo la información en cuadros estadísticos para luego ejecutarse el análisis correspondiente, que describe las características de los pacientes, resultado de la aplicación de los test proyectivos aplicados. Finalmente, se definen las características psicosociales-familiares que predominan.

#### **3.1.2 Participantes**

El universo de participantes es de 32 pacientes registrados en la Fundación Los Fresnos “Casa de la Diabetes” de la ciudad de Cuenca que reciben atención psicológica. La muestra que se extrajo es de 7 pacientes que cumplen con los parámetros de inclusión: diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1, tiempo de duración igual o mayor a un año, la edad de los participantes comprendidos entre 5-12 años. La recolección de esta muestra fue aleatoria. Se consideraron criterios de exclusión, las personas adolescentes, adultas, que padecen diabetes tipo dos y gestacional.

#### **3.1.3 Procedimiento**

Primero, se comunicó a los padres de familia y/o representantes de los niños registrados en la Fundación el objetivo de la investigación y de la evaluación

psicológica a la que serán sometidos los niños. Se informó sobre el carácter confidencial de la información, la misma que será manejada únicamente por los profesionales de la “Casa de la Diabetes” y por las investigadoras que realizan el presente estudio, como requisito previo al título de pregrado de la Universidad del Azuay. Posteriormente se dio lectura a la carta de consentimiento informado, documento mediante el cual se autoriza la participación de los niños en la investigación (Anexo I).

Posteriormente, se estableció un cronograma para la entrevista personal con cada paciente. Se estructuró el guión de la entrevista y se aplicó la batería de test. Además, se realizó la entrevista con los padres, con el objeto de constatar y complementar la información. Finalmente, se realizó la observación *in situ*.

### **3.1.4 Métodos y técnicas**

Los métodos que se utilizaron en el estudio de casos son los siguientes: el método estadístico mediante el cual se expresa la información en porcentajes y visualiza la realidad investigada. El método analítico y sintético se utilizan al establecer las relaciones entre los distintos resultados luego de las aplicaciones de la batería de test.

Las técnicas aplicadas son la entrevista y la observación.

#### **3.1.4.1 Instrumentos de investigación**

En la presente investigación se aplicaron varios test, con el fin de conocer los factores psicosociales-familiares, de los niños involucrados en el estudio (7).

**Test HTP:** El propósito principal de la HTP es medir aspectos de la personalidad a través de la interpretación de sus dibujos, que proporcionan información relevante entorno a la actitud de un individuo. Este test es susceptible de aplicarse a todas las personas en cualquier edad. Los gráficos obtenidos se evalúan mediante hipótesis interpretativas sobre cada dibujo en particular, pero éstas no deben utilizarse por sí solas. Deben correlacionarse con los datos de la entrevista (o Historia Clínica) y con datos obtenidos mediante otros instrumentos de evaluación (Buck, 1995).

**Test de la familia:** Prueba de personalidad que se aplica tanto a niños como adultos. Posibilita la libre expresión de los sentimientos de los investigados hacia sus familiares. Refleja, además, la relación afectiva y emotiva con los miembros de su familia. El test del dibujo de la familia es de gran importancia debido a los diferentes estudios que se han ido realizando sobre él, se evalúa como una prueba proyectiva, sin embargo su validez debe relacionarse con otras fuentes de información como entrevistas, instrumentos de evaluación (Font, 1978).

**Test de la persona bajo la lluvia:** Este test tiene el propósito de hacer que la persona exteriorice su mundo interno, cómo se ve con respecto al mundo. Se puede aplicar a cualquier edad. Validez y confiabilidad, de los 100 individuos que participaron en la evaluación de este test, 64 graficaron el paraguas y 36 no lo hicieron. Esto es comprensible pues en esta etapa los niños están organizando sus defensas.

Si se considera que de la cantidad de individuos que dibujaron el paraguas el 42, 2 % lo han ubicado en el lado derecho, podemos inferir que existe una leve tendencia a ampliar el mundo social, tratándose de una etapa cronológica en la que se comienzan a fortalecer los grupos de pares. Un porcentaje también considerable, 37,5 %, dibujaron el paraguas con orientación izquierda, lo que indicaría que este subgrupo se mantiene aún ligado con mayor fuerza al grupo primario que al entorno social. La diferencia entre ambos porcentajes no resulta significativa. El 10,9 % presenta una defensa nivelada entre el grupo familiar y el mundo social.

Las formas atípicas, 9,4 %, se corresponden a individuos con conflictos emocionales o patologías orgánicas que no han logrado implementar defensas suficientemente adaptativas. Sería el grupo que, con mayor probabilidad, requiera terapia.

La proporción de niños que dibujarán paraguas estará entre un 56,1 % y un 71,9 % con un nivel de confiabilidad del 95 % (Querol & Paz, 2005).

**Test de dibujo de la figura humana:** El dibujo de la figura humana pertenece al conjunto de las denominadas técnicas proyectivas en las que la persona no solo se limita a efectuar un simple dibujo, sino que se espera que plasme de forma indirecta, la esencia de su propia personalidad. También, se puede generar hipótesis, según los elementos y

características del dibujo, acerca de sus capacidades y competencias cognitivas e intelectuales. Puede aplicarse de forma colectiva o a nivel individual, a todo tipo de persona.

Elizabeth Koppitz evaluó y validó en 1968 el test de Dibujo de Figura Humana (DFH) en dos áreas, ajustadas a la edad de los niños: su nivel de desarrollo y los indicadores emocionales. En el primero, los indicadores se evalúan en forma diferenciada entre hombres y mujeres, ya que habitualmente las niñas los presentan uno a dos años antes que los niños. También se describió 4 grupos de indicadores, para cada edad; los indicadores mínimos: presentes en más del 86% de los dibujos, indicadores comunes: presentes entre un 51 a un 85% de los dibujos, indicadores frecuentes: presentes en un 16 a 50% frecuentes de los dibujos e indicadores excepcionales: presentes en menos del 15% de los dibujos. En el segundo, los indicadores emocionales propuestos para evaluar el dibujo infantil se caracterizan por: tener validez clínica; es decir, ser capaz de diferenciar dibujos de niños con problemas emocionales de los que no los presentan, ser inusuales; o sea su omisión y/o presencia en el dibujo no es frecuente en la mayoría de los niños y no relacionarse con la edad del niño ni con su nivel madurativo (Koppitz, 1995).

Los indicadores emocionales evalúan actitudes interpersonales, actitudes hacia las tensiones y exigencias de la vida, su modo de enfrentarlas, miedos y ansiedades. Si en la evaluación se encuentran dos indicadores emocionales en el dibujo, sugiere que pueden presentarse perturbaciones emocionales o relaciones insatisfactorias en el niño.

**Cuadro 1: Indicadores generales de los test**

<b>Recursos Expresivos</b>	<b>Recursos de contenido</b>
<p><b>Tamaño:</b> Introversión, timidez, aislamiento, grandiosidad, baja autoestima.</p>	<p><b>Techo:</b> Fantasía, aislamiento.</p> <p><b>Ventanas y puertas:</b> Apertura, la voluntad de interactuar con los demás y las ideas sobre el medio ambiente.</p>
<p><b>Borrones:</b> Ansiedad, negación de alguna parte del cuerpo (en caso de figuras humanas).</p>	<p><b>Ramas y raíces:</b> Relación del sujeto con el mundo exterior, percepción de la realidad, inseguridad.</p>
<p><b>Sombreado:</b> Presión, ansiedad.</p>	<p><b>Cabeza:</b> Grandiosidad, introversión, sentimiento de inseguridad, impulsividad, auto concepto.</p> <p><b>Cuello:</b> Su omisión representa inmadurez, impulsividad, pobre control interno.</p>
<p><b>Calidad de la línea:</b> Tensión, presión, timidez, depresión.</p>	<p><b>Brazos y manos:</b> Necesidad emocional, inseguridad, como nos comunicamos con el ambiente.</p> <p><b>Omisiones:</b> Pérdida de autonomía, impulsividad, desamparo.</p>
<p><b>Ubicación:</b></p> <p>(UI): Inseguridad, depresión.</p> <p>(US): Lucha no realista, fantasía, frustración.</p> <p><b>Margen:</b> Timidez, concreto, depresión.</p>	<p><b>Piernas:</b> Autonomía, autodirección, estabilidad emocional.</p> <p><b>Pies:</b> Dependencia.</p>
<p><b>Rotación:</b> Oposición.</p>	<p><b>Paraguas/Lluvia:</b> Presión, ansiedad, defensas.</p>
<p><b>Presión:</b> Agresividad, estrés, tensión.</p>	<p><b>Detalles:</b> Fantasía, ansiedad.</p>

**Cuadro 2: Tipos de familia según su estructura**

<b>Familias de <i>pas de deux</i>:</b>	Esta familia está compuestas por dos personas. Se presenta el síndrome del nido vacío, ya que en la mayoría de casos los hijos han dejado el hogar y quedan los dos ancianos solos; otro caso está constituido por un progenitor y un hijo adulto.
<b>Familia de tres generaciones:</b>	Es considerada la más habitual en todo el mundo; está compuesta por la madre, la abuela y el hijo, quienes mantienen una estrecha relación entre ellos.
<b>Familia con soporte:</b>	Este tipo de familia era muy común años atrás, donde los hijos mayores adoptan responsabilidades de los padres.
<b>Familia acordeón:</b>	Las familias de los migrantes son claro ejemplo, ya que uno de los progenitores permanecen alejados durante largo tiempo y, en otros casos, los dos se ausentan del hogar donde el cónyuge que se queda o una tercera persona asume funciones adicionales en el cuidado de los niños.

<p><b>Familia cambiantes:</b></p>	<p>Esta familia se caracteriza por el cambio constante de domicilio, donde la familia permanece aislada por lo que pierde su red de apoyo familiar y comunitario, aquí los niños pierden a sus compañeros y amigos.</p>
<p><b>Familias huéspedes:</b></p>	<p>La familia ofrece alojamiento y es incorporado temporalmente un niño dentro de la estructura familiar; los lazos temporales que se crean entre los miembros de la familia son rotos cuando el niño debe regresar con su familia de origen.</p>
<p><b>Familia con padrastro o madrastra:</b></p>	<p>Cuando ingresa un padre adoptivo a la familia y debe integrarse en un tiempo más o menos prolongado.</p>
<p><b>Familia con un fantasma:</b></p>	<p>La familia que ha sufrido la muerte de uno de sus cónyuges se puede tropezar con problemas para asignar las tareas del miembro faltante donde nadie puede asumir las tareas que realizaba el padre o la madre fallecida por deslealtad a su memoria, en ocasiones, pueden vivir a la luz de un duelo no superado.</p>



<p><b>Familia descontrolada:</b></p>	<p>Es aquella en la que uno de sus miembros presenta síntomas al ejercer el control; los problemas se presentan en uno o varios miembros entre determinados campos.</p>
<p><b>Familia psicósomática:</b></p>	<p>Esta familia funciona excelentemente cuando algún miembro está enfermo, los cuidados son excesivos y las características que presenta esta familia es de sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia.</p>

**Fuente:** Minuchin & Fishman (2004).

**Elaborado por:** Sofía Crespo y Jessica Criollo.

**Cuadro 3: Tipos de familia según su funcionalidad**

<b>Familia aglutinada:</b>	Tienen dificultad para la individualización. El rol materno es desmedido y las normas maternas siempre deben llevarse a cabo, mientras que el rol paterno es casi inexistente. Se comportan de una manera similar a un clan. En esta familia, existe poca comprensión social.
<b>Familia uniformada:</b>	Tienden a centrarse en sí mismos; el rol paterno es absoluto. La interacción de esta familia es rígida, estereotipada. Se observa incomunicación con los hijos. La ideología que sobresale es “ser el primero para sobresalir”.
<b>Familia aislada:</b>	Esta familia se caracteriza por presentarse como personas aisladas, distantes y rígidas. Tienen una identidad grupal y, en consecuencia, existe el deterioro de la identidad individual. Cada uno hace su vida. No existe un contenido afectivo que los haga sentirse cómodos.
<b>Familia integrada:</b>	Son familias estables, con flexibilidad en los roles así como en las normas y reglas. Los problemas que surgen son resueltos sin ser reprimidos, como sucede en las familias uniformadas, sin negarlos como ocurre en las familias aglutinadas y sin avergonzarse de ellos como en las familias aisladas.

**Fuente:** Tomasone (2018).

**Elaborado por:** Sofía Crespo y Jessica Criollo.

### **3.1.5 Recursos**

#### **3.1.5.1 Recursos humanos**

Los recursos humanos lo constituyen los siete niños que padecen diabetes mellitus tipo 1, la directora de la fundación y las investigadoras.

#### **3.1.5.2 Recursos materiales**

La investigación ha utilizado lo siguientes materiales:

- **Impresos:** Test HTP, Test de la persona bajo la lluvia, Test de dibujo de la figura humana y Test de la familia.
- **Fotocopias:** De los test que se aplicaron a los niños.
- **Material de oficina:** Esferográficos, papel bond, lápices, etc.

#### **3.1.5.3 Recursos tecnológicos**

Entre estos están los siguientes: computadora e internet.

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS**

## RESULTADOS Y ANÁLISIS

Los resultados obtenidos luego de la aplicación de la batería de test revelan los factores psicosociales-familiares relacionados con los pacientes de la DM1. Mediante la observación directa y el análisis de los test, se determinó las características psicológicas sobresalientes en el grupo de investigados.

### 4.1 Perfil demográfico

**Cuadro 4: Perfil demográfico**

NOMBRE	EDAD	SEXO	TIEMPO DE ENFERMEDAD	ESCOLARIDAD	PROCEDENCIA
<b>E. A</b>	11 años	Femenino	1 año y 1 mes	6to de Básica	Cuenca
<b>J. Q</b>	8 años	Femenino	1 año y 5 meses	4to de Básica	Cuenca
<b>E. P</b>	11 años	Masculino	8 años	6to de Básica	Cuenca
<b>M. O</b>	11 años	Femenino	7 años	6to de Básica	Cuenca
<b>P. H</b>	10 años	Masculino	1 año y 8 meses	5to de Básica	Cuenca
<b>A. U</b>	10 años	Femenino	5 años	5to de Básica	Cuenca
<b>D. Q</b>	9 años	Masculino	5 años	5to de Básica	Cuenca

La media de edad de los siete niños es de 10 años.

**Tabla 1: Análisis del perfil demográfico**

	<b>Número de participantes</b>		<b>Porcentaje</b>
<b>Edad</b>	3	11 años	42.85 %
	2	10 años	28.57 %
	1	8 años	14.28 %
	1	9 años	14.28 %
<b>Sexo</b>	3	Hombres	42.85 %
	4	Mujeres	57.14 %
<b>Tiempo de enfermedad</b>	3	1 año	42.85 %
	2	5 años	28.57 %
	1	8 años	14.28 %
	1	7 años	14.28 %
<b>Escolaridad</b>	3	6to de Básica	42.85 %
	3	5to de Básica	42.85 %
	1	4to de Básica	14.28 %
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>		<b>100 %</b>

## 4.2 Relaciones familiares de los pacientes con diabetes tipo 1

**Cuadro 5: Relaciones familiares**

<b>Participante</b>	<b>Edad</b>	<b>Tipo de familia, según su estructura</b>  (Minuchin & Fishman, 2004).	<b>Tipo de familia, según su funcionalidad</b>  (Tomasone, 2018).	<b>Características, según su funcionalidad</b>
<b>E. A</b>	11 años	Familia nuclear	Familia uniformada	Poca comunicación, normas rígidas, y sobreprotección.
<b>J. Q</b>	8 años	Familia nuclear	Familia integrada	Cumplen con sus responsabilidades, reglas flexibles, buena comunicación, intentan evitar la frustración y existe sobreprotección.
<b>E. P</b>	11 años	Familia nuclear	Familia aglutinada	Evitan a su hijo cualquier problema, resuelven todo por ellos, bloquean su iniciativa y su autonomía.
<b>M. O</b>	11 años	Familia nuclear	Familia integrada	Flexibilidad en los roles, enfrentan los

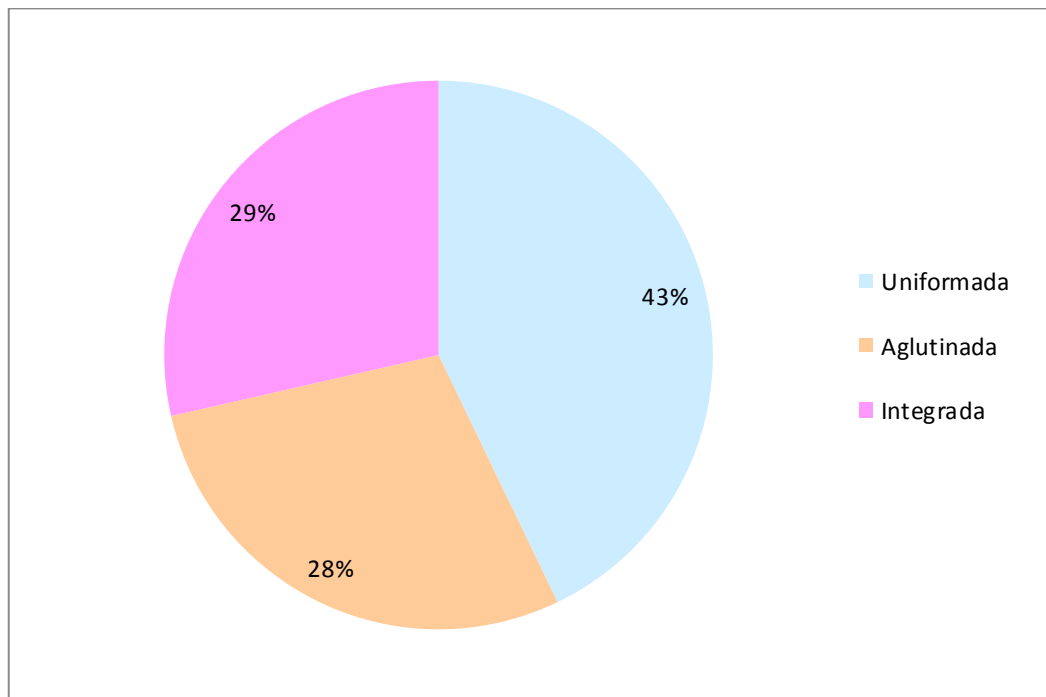
				problemas y flexibilidad en los límites.
<b>P. H</b>	10 años	Familia nuclear	Familia uniformada	Desproporcionado sentido de independencia, límites rígidos y comunicación extremadamente difícil.
<b>A. U</b>	10 años	Familia de tres generaciones	Familia uniformada	Se denota límites poco claros y jerarquía difusa.
<b>D. Q</b>	9 años	Familia con padrastro/madrastra	Familia aglutinada	Límites flexibles y características de sobreprotección.

**Tabla 2: Tipos de familia encontrados**

<b>Tipos de familia</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Uniformada	3	42.85 %
Aglutinada	2	28.57 %
Integrada	2	28.57 %
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>



**Gráfico 2: Tipos de familia encontrados**



Se encontró que el 42.85 % de los niños pertenecen a una familia uniformada que está caracterizada por la falta de comunicación, rigidez, represión de los problemas y predominancia del rol paterno. El 28.57 % de los niños pertenece a una familia aglutinada en la cual existe sobreprotección, el rol materno es exagerado, niegan la existencia de los problemas y tienen dificultad para la individualización. Un 28.57 % pertenece a una familia integrada que se caracteriza por la estabilidad, y flexibilidad; afrontan los problemas y tienen una mejor adaptación a la enfermedad y estabilidad emocional en relación a los tipos de familias anteriores.

#### **4.3 Análisis de las respuestas emocionales frente a la enfermedad**

**E. A:** Muestra una mala relación con su entorno debido al ambiente restrictivo que se produce por el aislamiento, inseguridad y miedo; debido a esto, se genera una necesidad de apoyo y dependencia. Presenta una baja autoestima corroborada por los sentimientos de inferioridad, inseguridad, miedo y falta de autonomía. Se observa conflictos familiares por la poca comunicación existente, causando tensión en el ambiente produciendo ansiedad, inseguridad y dependencia. Además, en las consultas se pudo observar un alto nivel de ansiedad, ya que era el único momento que la paciente podía

expresar todo lo que sentía: la represión de sus emociones, sentimientos frente a la diabetes; se pudo comprobar en la entrevista con sus padres la poca comunicación dentro del hogar y la poca confianza en el manejo de su enfermedad. Por lo tanto, rechaza su diabetes.

**J. Q:** Es flexible lo que le permite una buena relación con su entorno, sin embargo, presenta inseguridad, dependencia, gratificación inmediata y ansiedad; como resultado de un excesivo cuidado de la familia, se produce falta de autonomía. Tiene inseguridad y aislamiento como resultado de la dependencia y usa la fantasía como fuente de satisfacción. En las entrevistas, se pudo observar conductas de fantasía que le ayudaban a escapar de su entorno familiar por el excesivo cuidado parental, que se comprobó con la entrevista a sus padres, quienes dejaron entrever la preocupación que ellos mostraban ante un evento o pequeña dificultad ante la que reaccionaban nerviosos o inquietos, sin embargo, trataban de controlarse para evitar que la niña sienta inseguridad. A pesar de todo, su carácter es alegre, sociable, flexible, con lo que existe una aceptación de su diabetes.

**E. P:** Se observa timidez, confía poco en las personas, es inseguro, se enoja con facilidad, tiende a huir de la realidad por el miedo que le causa la enfermedad; como consecuencia, existe una preocupación por sí mismo, causándole tensión, ansiedad y aislamiento. El excesivo cuidado de los padres sobre él, le produce una falta de autonomía, a no enfrentar su realidad, lo que ocasiona una baja autoestima, por lo que la tensión y presión que siente de su ambiente le genera falta de defensas y necesidad de apoyo. En las consultas, se observó una actitud poco colaboradora y una total evasión al tema de su diabetes, lo que le lleva a reaccionar tapándose los oídos, no habla sobre su enfermedad ya que le causa temor de no ser aceptado; rechaza la sobreprotección y las reacciones desmedidas de su madre frente a la enfermedad. En la entrevista con sus padres, su madre comentó el miedo que tiene a que algo malo le suceda a su hijo. Este temor genera que el niño rechace al tratamiento y tenga ansiedad extrema, al mismo tiempo que se niega a aceptar la enfermedad; sin embargo se pudo observar que mientras se encuentra en un ambiente lejos de la presión parental, su actitud cambia completamente, es más activo, conversa, participa en toda actividad y le es más fácil convivir con su diabetes.

**M. O:** Demuestra una buena adaptación en su entorno, sin embargo, existe una falta de autonomía generada por el miedo, ansiedad e inseguridad; a la vez, presenta una necesidad de atención de sus padres, que se relaciona con su falta de autonomía dentro del hogar, lo que origina ansiedad. Se pudo observar, durante las consultas, una actitud extrovertida que le facilita desenvolverse en cualquier entorno; la entrevista con los padres verificó que su comportamiento es continuo, pero en su hogar mostraba conductas de dependencia referente a su enfermedad que no se expresaba en otros entornos. Sin embargo, existe una aceptación de su enfermedad.

**P. H:** Presenta una baja autoestima, lo que produce en él sentimiento de inferioridad, inseguridad e indecisión. Se observó una mala relación con su entorno debido al aislamiento y rigidez; existe regresión en su comportamiento lo que genera necesidad de apoyo. La familia le trasmite ansiedad, inseguridad y frecuentemente eleva su ego. El niño expresa dependencia y sentimientos de culpa proyectando esa culpa hacia su familia. Durante las consultas, se pudo percibir una actitud fantasiosa; es reservado, tímido, callado e inseguro; no mantiene contacto visual con su interlocutor al hablar. En las entrevistas con sus padres, se percibió un carácter sobreprotector por parte de su madre y una actitud desinteresada frente a la enfermedad por parte de su padre, lo que le lleva a evitar su entorno familiar, refugiándose con sus amigos y en sus actividades escolares. Así mismo, se pudo observar que no existe una buena comunicación en el núcleo familiar y no existe aceptación de su diabetes.

S. **U:** Hay tensión y rigidez en su ambiente familiar, lo que le genera miedo, inseguridad y necesidad de apoyo. Debido a la sobreprotección, existe tensión, presión, dependencia y un alto nivel de ansiedad. Tiene rasgos egocentristas que la llevan a ser impulsiva y rígida en las relaciones con sus pares. En las entrevistas, mostró una actitud pasiva-agresiva, conducta caprichosa, necesidad de atención que la lleva a actuar de manera egoísta frente a las necesidades de los demás. Durante la entrevista con sus padres, se pudo observar una actitud sobreprotectora de toda su familia. Las peleas de sus padres producen tensión en su ambiente, lo que le genera ansiedad y tristeza, consecuentemente no acepta su diabetes.

**D. Q:** No existe una buena relación con su entorno debido al aislamiento y generalmente su conducta es regresiva, existe una sobreprotección por su enfermedad, lo que ocasiona ansiedad, pérdida de autonomía. Presenta una baja autoestima debido a la inseguridad, miedo, rigidez y sentimientos de inferioridad. Conjuntamente la sobreprotección y la baja autoestima lo conducen a necesitar apoyo y por tanto, dependencia. En las consultas, se observó una actitud de timidez, lo que dificulta entablar nuevas relaciones; es poco colaborador, cortante y prefiere hablar de temas diferentes a los que se trata en la entrevista. Se muestra inquieto y desinteresado, no habla abiertamente de su enfermedad; en la entrevista con su madre, se pudo constatar una actitud sobreprotectora hacia el manejo de la diabetes de su hijo; manifestaba ansiedad si no era ella quien manejaba el control de la enfermedad, lo que impide que él se sintiera seguro con su enfermedad; le transmitía ansiedad y miedo a equivocarse. Esto contribuye a que el niño no acepta su diabetes.

#### 4.4 Rasgos de personalidad predominantes presentados en los test proyectivos

A continuación, se presentan los resultados individuales de la batería de test.

**Cuadro 6: Resultados individuales**

Niños	HTP	Persona Bajo la Lluvia	Figura humana	Familia
<b>E. A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aislamiento</li> <li>- Regresión</li> <li>- Tensión</li> <li>- Miedo</li> <li>- Necesidad de apoyo</li> <li>- Dependencia</li> <li>- Inseguridad</li> <li>- Falta de afecto en el hogar</li> <li>- Ambiente restrictivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aislamiento</li> <li>- Tensión</li> <li>- Ansiedad</li> <li>- Inseguridad</li> <li>- Dependencia</li> <li>- Sentimientos de inferioridad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inseguridad</li> <li>- Dependencia</li> <li>- Falta de autonomía</li> <li>- Énfasis en el pasado</li> <li>- Lucha por ser intelectual</li> <li>- Necesidad de apoyo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependencia</li> <li>- Tensión</li> <li>- Inseguridad</li> <li>- Sentimientos de inferioridad</li> <li>- Aislamiento</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitación al ambiente</li> </ul>			
<b>J. Q</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aislamiento</li> <li>- Regresión</li> <li>- Necesidad de apoyo</li> <li>- Tensión</li> <li>- Oposición</li> <li>- Dependencia</li> <li>- Inseguridad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad</li> <li>- Oposición</li> <li>- Agresividad</li> <li>- Inseguridad</li> <li>- Tensión</li> <li>- Necesidad de Apoyo</li> <li>- Aislamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad</li> <li>- Aislamiento</li> <li>- Inseguridad</li> <li>- Necesidad de apoyo</li> <li>- Fantasía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inseguridad</li> <li>- Aislamiento</li> <li>- Regresión</li> <li>- Fantasía</li> <li>- Dependencia</li> </ul>
<b>E. P</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inseguridad</li> <li>- Aislamiento</li> <li>- Impulsividad</li> <li>- Regresión</li> <li>- Indecisión</li> <li>- Miedo</li> <li>- Evitación al ambiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad</li> <li>- Necesidad de apoyo</li> <li>- Impulsividad</li> <li>- Presión sobre él</li> <li>- Falta de defensas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inseguridad</li> <li>- Aislamiento</li> <li>- Regresión</li> <li>- Miedo</li> <li>- Evitación del ambiente</li> <li>- Presión</li> <li>- Impulsividad</li> <li>- Necesidad de apoyo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad</li> <li>- Miedo</li> <li>- Evitación del Ambiente</li> <li>- Tensión</li> <li>- Falta de autonomía</li> <li>- Fantasía</li> </ul>
<b>M. O</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Miedo</li> <li>- Dependencia</li> <li>- Necesidad de apoyo</li> <li>- Tensión</li> <li>- Ansiedad</li> <li>- Inseguridad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad</li> <li>- Tensión</li> <li>- Depresión</li> <li>- Grandiosidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Miedo</li> <li>- Inseguridad</li> <li>- Ansiedad</li> <li>- Necesidad de apoyo</li> <li>- Fantasía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad</li> <li>- Necesidad de apoyo</li> <li>- Timidez</li> <li>- Perdida de la autonomía</li> <li>- Grandiosidad</li> </ul>
<b>P. H</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inseguridad</li> <li>- Aislamiento</li> <li>- Regresión</li> <li>- Organicidad</li> <li>- Miedo</li> <li>- Rigidez</li> <li>- Indecisión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Timidez</li> <li>- Inseguridad</li> <li>- Dependencia</li> <li>- Ansiedad</li> <li>- Falta de defensas</li> <li>- Oposición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inseguridad</li> <li>- Depresión</li> <li>- Sensación de debilidad</li> <li>- Culpa</li> <li>- Rigidez</li> <li>- Indecisión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad</li> <li>- Regresión</li> <li>- Inseguridad</li> <li>- Culpa</li> <li>- Sentimientos de grandiosidad</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de apoyo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depresión</li> </ul>		
<b>A. U</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aislamiento</li> <li>- Indecisión</li> <li>- Rigidez</li> <li>- Necesidad de apoyo</li> <li>- Impulsividad</li> <li>- Miedo</li> <li>- Inseguridad</li> <li>- Tensión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad</li> <li>- Organicidad</li> <li>- Presión</li> <li>- Pérdida de autonomía</li> <li>- Dependencia</li> <li>- Angustia</li> <li>- Necesidad de apoyo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inseguridad</li> <li>- Ansiedad</li> <li>- Impulsividad</li> <li>- Necesidad de apoyo</li> <li>- Dependencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad</li> <li>- Necesidad de apoyo</li> <li>- Pérdida de autonomía</li> <li>- Tensión</li> <li>- Presión</li> </ul>
<b>D. Q</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aislamiento</li> <li>- Organicidad</li> <li>- Regresión</li> <li>- Dependencia</li> <li>- Ansiedad</li> <li>- Pérdida de autonomía</li> <li>- Necesidad de apoyo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inseguridad</li> <li>- Aislamiento</li> <li>- Ansiedad</li> <li>- Presión</li> <li>- Timidez</li> <li>- Retraimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inseguridad</li> <li>- Impulsividad</li> <li>- Miedo</li> <li>- Rigidez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad</li> <li>- Pérdida de autonomía</li> <li>- Inseguridad</li> <li>- Sentimientos de inferioridad</li> </ul>

A continuación, se presentan los resultados generales de la batería de test, pertenecientes a los 7 participantes.

**Tabla 3: Resultados generales del test HTP**

<b>HTP</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Inseguridad</b>	7	100 %
<b>Aislamiento</b>	6	85.71 %
<b>Necesidad de apoyo</b>	6	85.71 %
<b>Miedo</b>	5	71.42 %
<b>Dependencia</b>	4	57.14 %
<b>Regresión</b>	4	57.14 %
<b>Tensión</b>	4	57.14 %
<b>Falta de afecto en el hogar</b>	3	42.85 %
<b>Indecisión</b>	3	42.85 %
<b>Ansiedad</b>	2	28.57 %
<b>Rigidez</b>	2	28.57 %
<b>Organicidad</b>	2	28.57 %
<b>Evitación del ambiente</b>	2	28.57 %
<b>Impulsividad</b>	2	28.57 %

**Fuente:** Test HTP, aplicado a los niños de la “Casa de la Diabetes”.

Los rasgos más prominentes del Test HTP son la inseguridad con un porcentaje del 100 %, ya que se presenta en los 7 niños; aislamiento y necesidad de apoyo con el 85.71 %, que corresponde a 6 niños, y el miedo, con el 71.42 %, presente en 5 niños.

**Tabla 4: Resultados generales del test de la persona bajo la lluvia**

<b>Persona bajo la lluvia</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Ansiedad</b>	7	100 %
<b>Inseguridad</b>	4	57.14 %
<b>Asilamiento</b>	3	42.85 %
<b>Necesidad de apoyo</b>	3	42.85 %
<b>Dependencia</b>	3	42.85 %
<b>Tensión</b>	3	42.85 %
<b>Presión</b>	3	42.85 %
<b>Depresión</b>	2	28.57 %
<b>Oposición</b>	2	28.57 %
<b>Falta de defensas</b>	2	28.57 %
<b>Timidez</b>	2	28.57 %

**Fuente:** Test de la persona bajo la lluvia, aplicado a los niños de la “Casa de la Diabetes”.

Los rasgos más significativos, según los resultados de la aplicación del test de la persona bajo la lluvia son: ansiedad, con el porcentaje del 100 %, que corresponde a los 7 niños, e inseguridad con el 57.14 % presente en los 4 niños.



**Tabla 5: Resultados generales del test de dibujo de la figura humana**

<b>Figura humana</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Inseguridad</b>	7	100 %
<b>Necesidad de apoyo</b>	5	71.42 %
<b>Impulsividad</b>	3	42.85 %
<b>Miedo</b>	3	42.85 %
<b>Ansiedad</b>	3	42.85 %
<b>Aislamiento</b>	2	28.57 %
<b>Dependencia</b>	2	28.57 %
<b>Rigidez</b>	2	28.57 %
<b>Fantasía</b>	2	28.57 %

**Fuente:** Test de dibujo de la figura humana, aplicado a los niños de la “Casa de la Diabetes”.

Los rasgos predominantes son: la inseguridad con el 100 %, en 7 niños, y la necesidad de apoyo con el 48.85 %, que corresponde a 5 niños.

**Tabla 6: Resultados generales del test de la familia**

<b>Familia</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Ansiedad</b>	5	71.42 %
<b>Inseguridad</b>	4	57.14 %
<b>Pérdida de autonomía</b>	4	57.14 %
<b>Tensión</b>	3	42.85 %
<b>Necesidad de apoyo</b>	2	28.57 %
<b>Dependencia</b>	2	28.57 %
<b>Sentimientos de inferioridad</b>	2	28.57 %
<b>Aislamiento</b>	2	28.57 %
<b>Fantasía</b>	2	28.57 %

**Fuente:** Test de la familia, aplicado a los niños de la “Casa de la Diabetes”.

En lo referente a los resultados de la aplicación del test de la familia, los rasgos relevantes son ansiedad con el porcentaje de 71.42 %, que representa a 5 niños, y con el 57.14 %, inseguridad y pérdida de autonomía, que pertenecen a 4 niños; tensión, con el 42.85 %, que corresponde a 3 niños.

## **DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como propósito conocer los factores psicosociales-familiares de niños con DM1, de 5 a 12 años que asisten a la “Casa de la Diabetes” en la ciudad de Cuenca. Este estudio es importante ya que dichos factores influyen en forma determinante en el desarrollo de la enfermedad crónica y en la manera cómo se relaciona la persona en su entorno. Además, constituye un aporte en el conocimiento de la realidad de los niños que padecen esta enfermedad y que el sistema de salud pública debería enfocarse en esta etapa, para hacerla llevadera.

Son pocos los estudios que han enfocado el tema de las emociones intrafamiliares cuando uno de sus miembros padece DM1. Para la familia, no es sencillo asumir un nuevo estilo de vida. Todos sus miembros deben conocer los riesgos que trae la enfermedad si esta no es tratada a tiempo y en forma conjunta. Al detectarse la presencia de dicha enfermedad, se experimenta emociones como miedo y temor, producto de la incertidumbre de no saber si serán capaces de sobrellevar los cuidados que implica la diabetes (Ochoa, Cardoso, & Reyes, 2016).

En el estudio titulado Reflexiones sobre la diabetes tipo 1 y su relación con las emociones, se describe que la diabetes genera miedo, ansiedad y baja autoestima. Se afirma que cada individuo responde de manera diferente a su enfermedad, ya que cada estructura mental es única, por lo tanto, el área emocional es uno de los pilares para el buen control de la enfermedad. No expresar o reprimir las emociones que surgen a partir del diagnóstico puede llevar a potencializar la ira, la ansiedad, el miedo que se encuentran acumuladas en la persona (Marcelino & Carvalho, 2005).

Los resultados obtenidos en la presente investigación, luego de la aplicación del test HTP, revelan similitud con lo que plantean los autores anteriormente citados: Inseguridad, aislamiento, necesidad de apoyo y miedo son las emociones presentes en los investigados.

El miedo estuvo presente en 5 de ellos, que corresponde al 71.42 %; la tendencia al aislamiento es mayor en el grupo, que se manifiesta con el 85.71 % (6 niños). En el mismo porcentaje, se encuentra el factor necesidad de apoyo y con el 100% (7 niños) se expresa la inseguridad que se halla en todos los niños investigados.

Munguía (citado por Capella y Nuñez, 2012) señala que la diabetes es una enfermedad que genera dependencia del niño respecto de los adultos que lo rodean. Lo que se intensifica debido a la etapa de desarrollo en que se encuentran los niños. En este mismo sentido, Silverstein et al. (citado por Capella y Nuñez, 2012) afirma que el apoyo de los adultos es fundamental durante el desenvolvimiento de la enfermedad.

En esta investigación, se encontró que las características predominantes son el aislamiento, la necesidad de apoyo, el miedo, la ansiedad y la inseguridad, que conllevan a la presencia de baja autoestima y dependencia.

El aislamiento y la necesidad de apoyo se presentó en los 6 niños (85.71 %) quienes ignoran su enfermedad, rechazan los encuentros con el equipo de salud y se niegan a interactuar con las personas que abordan el tema de la diabetes; ignoran su responsabilidad. Frente a la tensión y presión de su hogar, utilizan diferentes mecanismos de defensas como la negación, el aislamiento y evasión; se aíslan de su entorno social por el miedo a que los vean inyectándose, y que se los considere diferentes por no consumir los mismos alimentos de los otros niños.

Se observó que padecer una enfermedad crónica como la diabetes, los niños tienen mayor necesidad de apoyo que los demás niños, ya que se observó que se sienten indefensos y diferentes a sus pares, necesitan que sus padres le den más cariño y seguridad, y que su enfermedad sea vista como parte de su persona y no algo extraño.

Los rasgos más significativos según el test de la Persona bajo la lluvia, aplicado en el presente estudio coinciden con las investigaciones antes mencionadas. Es la ansiedad, la que está presente en los 7 niños, es decir, el 100 %; la mayoría experimenta presión por parte de sus padres en lo que se refiere a su cuidado, por tanto, la sobreprotección, les lleva a una dependencia y falta de autonomía causándoles estrés; se sienten incapaces de manejar su enfermedad y tener autocontrol.

La inseguridad presente en 4 niños, (57.14 %) se expresa en la incapacidad de hacer frente a sus problemas o conflictos cotidianos y a la falta de confianza por parte de su entorno. Esta inseguridad se ve reforzada en los resultados obtenidos en el test de Dibujo de la Figura humana, en el cual la inseguridad se encuentra en el 100 %, es decir en todos los 7 niños. Confían poco en sí mismos, carecen de autoestima y sienten mucho miedo.

La necesidad de apoyo según el test de Dibujo de la Figura humana, está presente en 5 niños, que representan al 71.42 %, esta se refiere a la ayuda psicológica y motivacional para que el niño se adapte, poco a poco, a su situación y haga llevadera su enfermedad, de la cual desconoce la causa de su origen.

Los resultados, luego de la aplicación del test de la Familia fueron ansiedad en el porcentaje de 71.42 %, (5 niños). Esta se debe a la sobreprotección de los padres y familiares, quienes inconscientemente transmiten duda y temor; más aún, se tiende a generar problemas con sus hermanos, que pueden sentir celos frente a la atención esmerada de los padres hacia el niño enfermo. La inseguridad y la pérdida de autonomía se refleja en el 57.14 %, que corresponde a 4 niños. Conlleva el cuidado excesivo favoreciendo la dependencia y falta de confianza.

La tensión se halla expresada en 3 niños, es decir, el 42.85 %. Esta es generada por los conflictos que surgen en el ambiente familiar y por los desacuerdos entre la pareja o los representantes debido a la mala comunicación y el desconocimiento del tratamiento de la enfermedad, lo que provoca incertidumbre en el entorno.

En una investigación realizada en España, la muestra constó de 23 sujetos evaluados, todos ellos niños y adolescentes entre 8 y 16 años de edad. Los resultados mostraron que el 30 % de los niños poseen un autoconcepto muy bajo. La mayoría de los sujetos presentó una conducta poco adaptativa ante su enfermedad (Bilbao, et al., 2014). En forma similar se expresa en el análisis individual, de este estudio, que la falta de autoestima e identidad personal es un factor generalizado.

Los niños con diabetes presentaron un desarrollo psicosocial menor, se encontraron diferencias significativas en el área de autonomía y adaptación social; el involucramiento excesivo de los padres en las tareas diarias del niño con diabetes entorpece su desarrollo y limita áreas que no tienen relación con la enfermedad (Capella & Núñez, 2012). De la misma manera si se observa el cuadro de indicadores individuales es factor común la dependencia y falta de autonomía, así como también la dificultad de entablar nuevas relaciones.

Según Betschart (2005) uno de los grandes deseos de los niños es no parecer distintos a otros, observándose mayor sensibilidad en algunos escolares a las diferencias que puedan presentar debido a las demandas ocasionadas por la enfermedad, temiendo el mostrar síntomas de hipo e hiperglicemia, lo que puede afectar de manera importante

al niño sintiéndose aislado y triste. Esta situación se replica en la actitud de los niños involucrados en la presente investigación; pues, el aislamiento y la evasión a abordar el tema por temor a sentirse rechazados, es una actitud generalizada.

En el estudio de Tsao, Meldrum, Kim y Zeltzer (2007) se observó que una mayor sensibilidad a la ansiedad se asociaba a una menor autoestima, en niños que presentan dolor crónico. La experiencia de enfermedad lleva al sujeto a vivir situaciones que los demás no experimentan. En el análisis del estudio de los niños de la Casa de la diabetes se evidencia que la ansiedad va acompañada de inseguridad, timidez, sentimientos de inferioridad.

Según el test de la familia, el mayor porcentaje (42.85 %) de los niños pertenecen a una familia uniformada, en la que hay falta de comunicación, rigidez, represión de los problemas y predominancia del rol del padre. El 28.57 % de los niños pertenece a una familia aglutinada, en la que existe sobreprotección, primacía del rol materno; se ocultan los problemas y tienen dificultad para la autonomía. Un 28.57 % pertenece a una familia integrada, es decir, estable, con flexibilidad, que afronta los problemas y, por tanto, tienen una mejor adaptación a la enfermedad; posee estabilidad emocional en relación a las dos familias anteriores.

Según Faulker y Chang (2006) el niño al percibir el espacio familiar como satisfactorio, con adecuada comunicación, adaptabilidad frente a las dificultades y resolución de conflictos puede enfrentar de mejor manera las tensiones ocasionadas por la enfermedad o provenientes de situaciones cotidianas, encontrando un espacio de contención. Si por el contrario la familia es percibida como disfuncional, las interacciones familiares son otra fuente de estrés, encontrándose los miembros menos atentos a las necesidades emocionales del niño.

Considerando lo antes expuesto, el presente estudio revela que los niños se ven afectados de manera directa con el comportamiento de la familia ante la enfermedad del infante generando las bases para una buena adaptación o, por el contrario, creando barreras en su desarrollo personal.

Un adecuado apoyo familiar puede modular la presencia de una mejor calidad de vida, mayor bienestar emocional, mejor autocuidado y adherencia al tratamiento. Los niños con diabetes necesitan contar con el apoyo de los padres, pares y de su entorno, para así comprender su diabetes y aceptar el cambio de vida al que se enfrentan.

## CONCLUSIONES

Luego del análisis y discusión sobre los resultados de la aplicación de la batería de test, en los niños que padecen diabetes tipo 1 que se hayan registrados en la Fundación Los Fresnos “Casa de la Diabetes” de la ciudad de Cuenca, durante el año 2017-2018, se puede llegar a las siguientes conclusiones después de cumplir con los objetivos propuestos:

1. El tipo de familia al que pertenece la mayor parte de los niños involucrados en el estudio, es la uniformada; esta se caracteriza por tender a centrarse en sí mismos, el rol paterno es absoluto, por tanto, no hay integración debido a la rigidez y al estereotipo. Los niños se sienten incomunicados y prima el significado de la frase: “ser el primero para sobresalir”.
2. La mayoría de los niños rechazan su diabetes debido a la sobreprotección de su familia, que conlleva a una mayor necesidad de apoyo e independencia. Los niños se muestran inseguros, sienten temor al rechazo, tienen vergüenza de que sus pares conozcan su enfermedad; evaden el tema y su responsabilidad en su manejo. Además, tienen dificultad para relacionarse, debido a su incomunicación y falta de confianza. Posee un sentimiento de culpa el mismo que se lo proyecta a la familia. Posee una autoestima baja debido a los sentimientos de inferioridad. Se aísla y se siente presionado por los padres que lejos favorecer el desarrollo personal de los niños se convierte en un verdadero obstáculo.
3. Los rasgos predominantes de la personalidad de los niños investigados en torno a la presencia de la DM1, son los siguientes: inseguridad, aislamiento, ansiedad y miedo.



## RECOMENDACIONES

En base a la información obtenida y a la realidad que refleja la investigación, se puede hacer las siguientes recomendaciones:

1. Desarrollar una campaña de educación a la familia sobre el diagnóstico, tratamiento y los riesgos que conlleva la DM1, con el fin de convertirse en un apoyo al desarrollo del niño que padece la enfermedad, para pasar de una familia uniformada a una integrada, donde exista flexibilidad en los roles y enfrenten los problemas en forma conjunta.
2. Los niños deberían contar con un equipo multidisciplinario, al que tengan acceso permanentemente, con el fin de que el apoyo del nutricionista, psicólogo, médico y podólogo, logren estimularlos a aceptar su enfermedad y a establecer diálogo con su familia y su entorno, los cuales deben tener una actitud positiva al respecto.
3. Un trabajo de concientización a través de los medios de comunicación a toda la comunidad para lograr que se entienda que la DM1 es una enfermedad que requiere del apoyo de todos quienes están vinculados a los pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

Aguilar Valdés, Abner. (2013). Diferencias en el Control Metabólico entre Adolescentes y Adultos con Diabetes Mellitus Tipo 1 en el Hospital San Juan De Dios, de Marzo a Agosto 2007. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 3(2), 15-27.

American Diabetes Association. (2010). *IntraMed*. Recuperado de IntraMed: <https://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenidoID=66337>

American Diabetes Association. (2018). 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes 2018. *American Diabetes Association*, 41 (1), S13-S27.

American Diabetes Association. (2018). 13. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes 2018. *American Diabetes Association*, 41 (1), S137-S143.

Asenjo, S.; Muzzo, S.; Perez, M.; Ugarte, F.; Willshaw, M. (2007). Consenso en el diagnóstico y tratamiento de la diabetes tipo 1 del niño y del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 78 (5), 534-541

Barbado A., et al. (2004) Habilidades en salud mental. *Revista de la SEMG*, 62, 169-175.

Betschart, J. (2005). Understanding emotional and psychological considerations of children with diabetes: Tips for School Nurses. *School Nurse News*. 6-8.

Bilbao-Cercós, A., & Beniel-Navarro, D., & Pérez-Marín, M., & Alcón-Sáez, J., & Prado-Gascó, V. (2014). El autoconcepto y la adaptación a la enfermedad en pacientes diabéticos pediátricos. *Clínica y Salud*, 25 (1), 57-65.

Buck, J. (1995). *Manual y Guía de Interpretación : Casa-Árbol-Persona, Técnica proyectiva de dibujo*. México: El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Capella, S. C., & Núñez, H. L. (2012). *Investigaciones en Psicología Clínica Infanto Juvenil*. Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Cubero, A. I. (1988). *BINASSS*. Recuperado de BINASSS:

<http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v12n301988/art03.pdf>

Diabetes tipo 1 Guía para tratar la diabetes tipo 1 de tu hijo. (s.f.). Recuperado de Centro para la innovación de la diabetes infantil Sant Joan de Dèu: <https://www.diabetes-cidi.org/es/diabetes-tipo-1/debut>

Domínguez, S. (2016). Necesidad del establecimiento de programas de salud dirigidos a proporcionar información y técnicas de adaptación a los niños con diabetes tipo 1. *Universidad de La Laguna, España*.

Faulker, M. & Chang, L. (2007). Family influence on self-care, quality of life, and metabolic control in school-age children and adolescents with type 1 diabetes. *J Pediatr Nurs*, 22 (1), 59-68.

Federación Internacional de Diabetes. (2017). *Diabetes Atlas de la FID*. P.16.

Recuperado de:

<https://www.idf.org/component/attachments/attachments.html?id=1407&task=download>

Font, J. M. (1978). *Test de la familia*. Barcelona: oikos-tau, s. a. –ediciones.

Hanas, R. (2010 ). Aspectos Psicologicos. En R. Hanas, *Diabetes tipo 1 en niños, adolescentes y adultos jovenes* (pág. 489). España: Ediciones Diaz de Santos.

Hanas, R. (2010). Diabetes: algunas nociones básicas. En R. Hanas, *Diabetes tipo 1 en niños, adolescentes y adultos jovenes* (págs. 30-33). Suecia: Ediciones Diaz de Santos.

Jiménez Chafey, María I., & Dávila, Mariel. (2007). Psicodiabetes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 126-143.

Kassel, K. S. (Septiembre de 2015). *Cancer Care of Western New York*. Recuperado de Cancer Care of Western New York:  
<https://www.cancercarewny.com/content.aspx?chunkiid=123757>

Koppitz, EM (1995) El dibujo de figura humana en los niños. Ed. Guadalupe, Buenos Aires

La diabetes y bajo nivel de glucosa (hipoglucemia). (2011). Recuperado de Hormone Health Network:  
[https://www.hormone.org//media/hormone/files/spanish/questions-and-answers/diabetes/fs\\_dia\\_diabetes\\_lbglucose\\_sp-web.pdf](https://www.hormone.org//media/hormone/files/spanish/questions-and-answers/diabetes/fs_dia_diabetes_lbglucose_sp-web.pdf)

- Marcelino, D. & Carvalho, M. (2005). Reflexiones sobre la diabetes tipo 1 y su relación con lo emocional. *Psicología: reflexión y crítica*, 18(1), 72-77.
- Martínez Chamorro, M.J., Lastra Martínez, I., Luzuriaga Tomás, C. (2002). Perfil psicosocial de niños y adolescentes con diabetes mellitus. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 42(180): 114-119.
- Mediavilla Bravo, J. J. (2001). Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento. *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)*, 27, 132-145.
- Mendizábal, O., & Pinto, B. (2006). Estructura Familiar y Diabetes. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 4(2), 31-51.
- Minuchin, S. & Fishman, H. C. (2004). *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires: PAIDOS.
- Montalvo Prieto, A., Cabrera Nanclares, B., Quiñones Arrieta, S. (2012). *Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura*. Recuperado de:  
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2120/2926>
- Novales, R., García, A., Hernández, J., Novales, A., García, M., & Hernández, Y. (2015). Caracterización psicológica de escolares con diabetes mellitus tipo 1 a través de sus representaciones gráficas. *Revista Cubana de Endocrinología*, 26(3).
- Ochoa, M., Cardoso, M., & Reyes, V. (2016). Emociones de la familia ante el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 en el infante. *Enfermería Universitaria*, 13(1): 40-46.

O. Tomasone, Andrés. (s.f.). Ciclo vital Familiar. *FMED*, 13. Recuperado de <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/pdf/2.pdf>

Pérez Marín, M., Gómez Ricoa, I., Montoya Castilla, I. (2015). Diabetes mellitus tipo 1: factores psicosociales y adaptación del paciente pediátrico y su familia. *Archivos Argentinos de pediatría*, 113(2): 158-162.

Qué es la glucosa postprandial. (2014). Recuperado de Diabetes juntos x Ti \* tu Asesor en salud: <https://www.diabetesjuntosxti.mx/prevencion/que-es-la-glucosa-posprandial/2014/01/#>

Querol, S. M., & Paz, M. I. (2005). *Test de la persona bajo la lluvia*. Buenos Aires: Lugar Editorial S. A.

Rosas, M. C. (2014). *América Latina en Movimiento*. Recuperado de América Latina en Movimiento: <https://www.alainet.org/es/active/79165>

Rybak, et al. (2016). Patrones de funcionamiento familiar y conflicto específico de la diabetes en relación con el control glucémico y la calidad de vida relacionada con la salud entre los jóvenes con diabetes tipo 1. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(1), 40-51.

Salvador Ortiz, Manuel. (2004). Factores Psicológicos y Sociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento en Adolescentes Diabéticos Tipo 1. *Psykhé (Santiago)*, 13(1), 21-31.

Sarcinelli, E., & Franklin, E. (2011). 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.

S.E.M.E.R.G.E.N. (2015). Guías Clínicas. Diabetes Mellitus. Recuperado de: [https://www.semergen.es/resources/files/SEMERGENDoc/guia\\_rapida\\_semergen\\_diabetes.pdf](https://www.semergen.es/resources/files/SEMERGENDoc/guia_rapida_semergen_diabetes.pdf)

Sparapani, V., Vilela, A., Ribeiro, I., Pan, R., Castanheira, L. (2012). El niño con diabetes mellitus tipo 1 y sus amigos: la influencia de esta interacción en el manejo de la enfermedad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 1-9.

Tsao J., Meldrum M., Kim, S. & Zeltzer, LK. (2007). Anxiety sensitivity and health-related quality of life in children with chronic pain. *J Pain*, 8(10), 814-823.

Vinaccia, S., Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), 125-137.

Zúñiga, F., Inzunza, C., Ovalle, C., Ventura, T. (2009). Diabetes Mellitus Tipo 1 y Psiquiatría Infanto-Juvenil. *Revista Chile*, 80(50): 467-474.

**ANEXO 1**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO E INVESTIGACIÓN**



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO E INVESTIGACIÓN

Los resultados del presente estudio ayudarán a conocer Las Relaciones Psicosociales-Familiares en pacientes con Diabetes tipo 1 (5-21 años), e identificar que el apoyo de su familia, entorno social, pares, es necesario para el bienestar de su salud, sobre todo en niños debido a la etapa de desarrollo en la que se encuentran.

El paciente deberá cumplir con 3 visitas con Psicología, así como, su representante/padre/tutor deberá asistir a una cita con Psicología, además, se realizará una actividad de observación directa en un ambiente fuera de la Casa de la Diabetes.

Durante el proceso mantendremos estrecha confidencialidad de su información e iremos recopilándola para cumplir con lo planificado.

A través de los test proyectivos aplicados conoceremos el estado inconsciente del paciente con respecto a su entorno psicosocial-familiar, esta información será obtenida y analizada por los profesionales de psicología para que se cumplan con los requisitos adecuados, y en caso necesario se conservará la información adquirida para futuras comparaciones.

Yo, \_\_\_\_\_, en calidad de representante legal (padre/madre/tutor del paciente), \_\_\_\_\_, hemos comprendido la información dada a mí (nosotros) de forma personal, por parte de la Fundación Los Fresnos Casa de la Diabetes de Cuenca, organización social sin fines de lucro, y mis preguntas y/o dudas han sido respondidas y aclaradas satisfactoriamente. He (hemos) sido informado (s) y entiendo (entendemos) claramente que si en algún momento abandono el estudio será mi responsabilidad.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal, Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Ciudad y Fecha

N. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Testigo2:

\_\_\_\_\_  
Testigo 1:

## **ANEXO 2**

### **HISTORIA CLÍNICA**



**ANTECEDENTES FAMILIARES:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**EXAMEN MENTAL:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**SINTOMAS Y SIGNOS:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**IMPRESIÓN CLINICA O HIPOTESIS DIAGNOSTICA:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**DIAGNOSTICO:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**SUGERENCIA DE TERAPIA:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **ANEXO 3**

### **HOJA DE OBSERVACIÓN DIRECTA (Niños)**

### HOJA DE OBSERVACIÓN DIRECTA (Niños)

Nombre del paciente:

Sexo:

Edad:

Escolaridad:

Hora:

GRADO DE DESARROLLO ALCANZADO	ESCALA		OBSERVACIONES
	SÍ	NO	
Niños alegres y comunicativos			
Utiliza los servicios higiénicos con autonomía			
Se expresa con claridad con diferentes interlocutores			
Poca iniciativa propia			
Se molesta con las situaciones nuevas o inesperadas			
Acepta sin molestarse las bromas de sus compañeros			
Acepta los elogios de sus compañeros			
Le gusta hacer bromas a sus compañeros			
Se enoja fácilmente			
Participa activamente en la conversación			
Tiene dificultad para concentrarse			
Participa en juegos grupales: respeta normas y reglas			
Participa en grupo compartiendo los materiales			
Trabaja de forma individual			
Está atento a las explicaciones			
Participa de forma activa			
Sigue correctamente las asignaciones dadas			
Pregunta si tiene dudas			

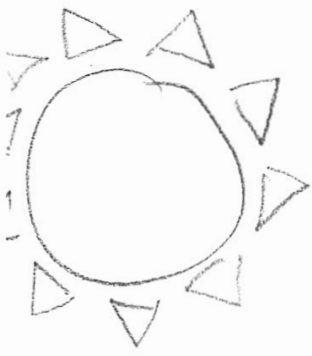
**TOTAL:**

**ANEXO 4**

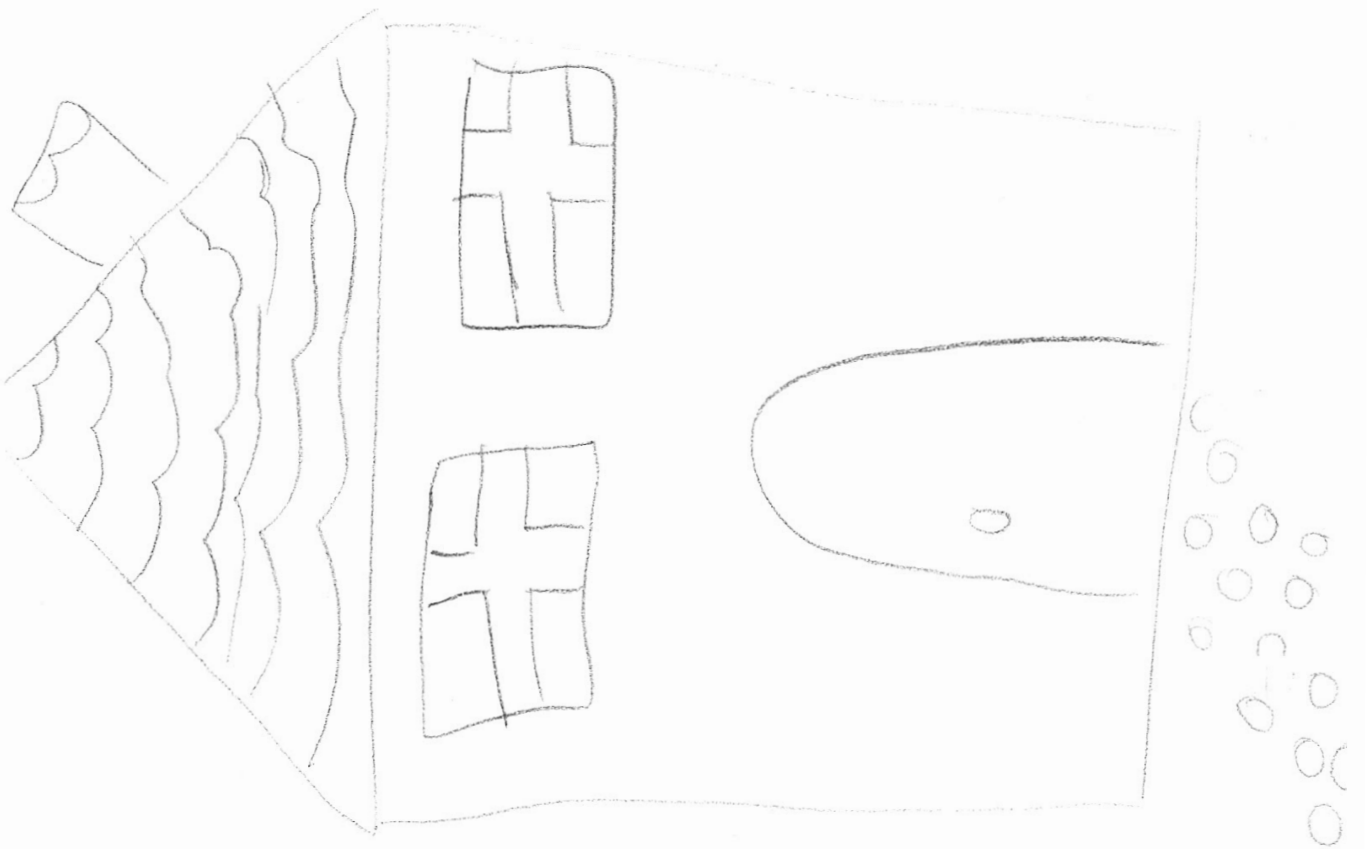
**MG.O**

**Familia Integrada**





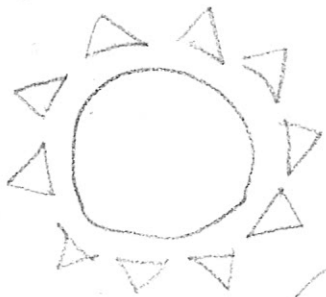
Le soleil est le plus grand  
des astres que nous voyons.



## Test HTP

CASA	
<b>Grande:</b>	Ambiente restrictivo, Tensión, Compensación.
<b>Línea débil:</b>	Indecisión, Miedo, Inseguridad.
<b>Ubicación central:</b>	Rigidez.
<b>Margen superior:</b>	Miedo o Evitación del ambiente.
<b>Puerta grande:</b>	Dependencia.

La persona evaluada presenta miedo e inseguridad como principales respuestas al ambiente restrictivo que percibe y como resultado genera dependencia a las figuras parentales.



Como restrictio, tension, grito,  
ansiedad, registro, imprecacion  
dependencia madre.



<b>ÁRBOL</b>	
<b>Grande:</b>	Ambiente restrictivo, tensión, compensación.
<b>Margen inferior:</b>	Necesidad de apoyo.
<b>Ubicación central:</b>	Rigidez.
<b>Borrones:</b>	Ansiedad.
<b>Detalles frutales:</b>	Dependencia.
<b>Copa en forma de nube:</b>	Fantasía.

Presenta ansiedad y fantasía en su comportamiento, para sobrellevar un ambiente restrictivo, junto a esto se observa dependencia que aumenta la ansiedad en ella.



<b>PERSONA</b>	
<b>Línea débil:</b>	Indecisión, miedo, inseguridad.
<b>Línea fragmentada:</b>	Organicidad.
<b>Margen inferior:</b>	Necesidad de apoyo.
<b>Ubicación central:</b>	Rigidez.
<b>Cabeza grande:</b>	Regresión, grandiosidad.
<b>Pies pequeños:</b>	Dependencia.
<b>Piernas separadas:</b>	Agresión, reto a la autoridad.
<b>Dedos en forma de pétalos:</b>	Inmadurez.
<b>Brazos extendidos:</b>	Necesidad de apoyo emocional.

La persona se percibe insegura, con miedo e inmadura generando una gran necesidad de apoyo por parte de su familia y amigos lo que lleva a la dependencia y rigidez en su pensamiento.

Necesidad de mostrarse, de ser reconocido, pérdida de contacto con la realidad, falta de imaginación, optimista, constante, persona sana, dispuesta a enfrentar al mundo, ansiedad, persona manipuladora, oposicionismo o deficiencia de la figuración y de las pulsiones infantiles: deseo de poder, vanidad, impulsividad.



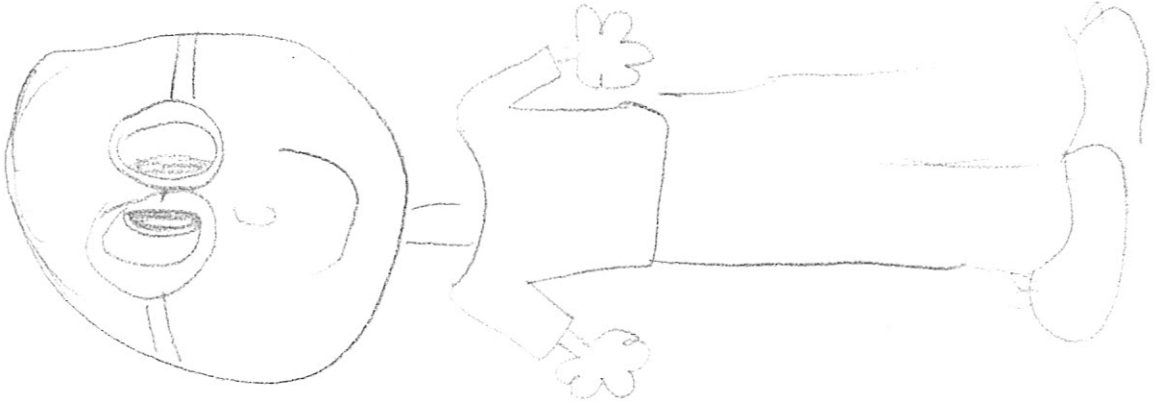
### Test de la Persona bajo la lluvia

<b>Línea recta con ondulaciones:</b>	Tensión, ansiedad.
<b>Margen inferior:</b>	Apegados a lo concreto, falta de imaginación.
<b>Ubicación central:</b>	Equilibrio entre introversión y extroversión.
<b>Borrones:</b>	Ansiedad.
<b>Cabeza grande:</b>	Grandiosidad.
<b>Brazos extendidos:</b>	Necesidad de apoyo emocional.
<b>No hay lluvia:</b>	Manipulación, oposición, negación.

En este test se demuestra un alto nivel de ansiedad lo que se relaciona con su necesidad de apoyo señalada anteriormente, al recibir una sobreprotección en lo referente a su diabetes se encuentra en tensión al percibir que disminuye la atención a la que estuvo acostumbrada por lo que recurre a la oposición y a la negación como mecanismos de respuesta.



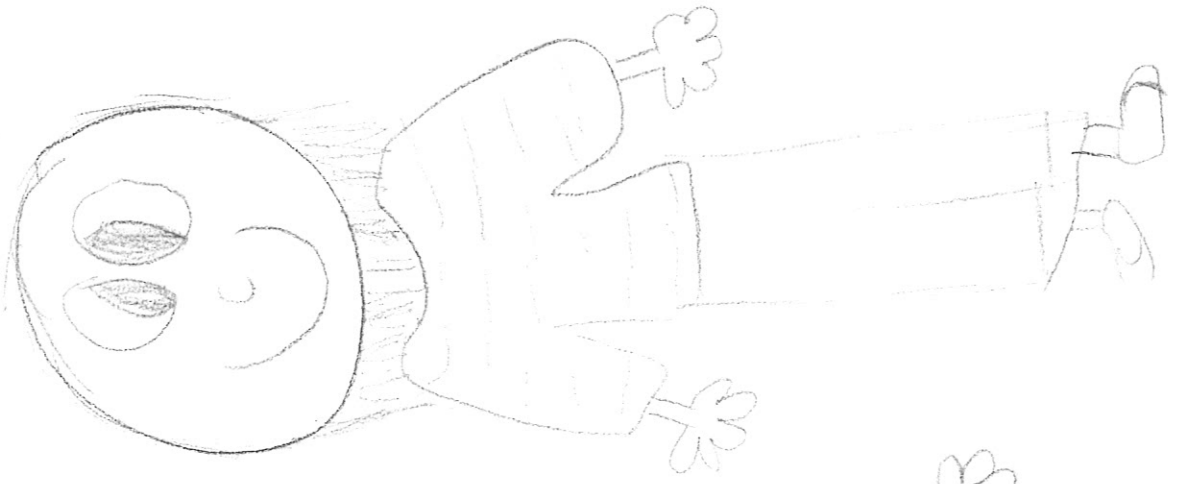
Papá, 39.



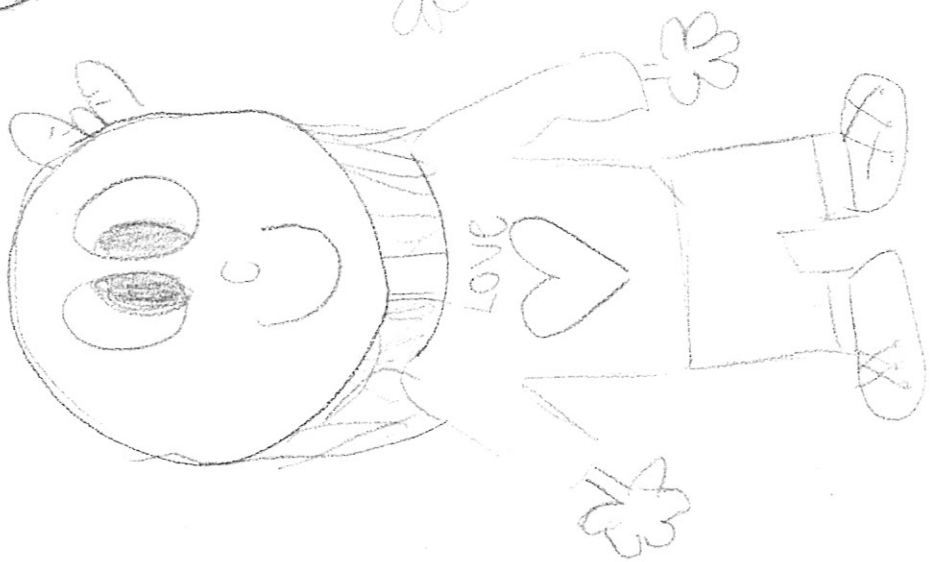
Hno. 6.  
3



Mamá, 37.  
2



Yo. 10.  
1



## Test de la Familia

<b>Grande:</b>	Responde de manera agresiva ante las presiones.
<b>Línea fragmentada:</b>	Inhibición.
<b>Presión débil:</b>	Timidez.
<b>Margen inferior:</b>	Depresión, apatía.
<b>Borrones:</b>	Ansiedad.
<b>Cabezas grandes:</b>	Grandiosidad.
<b>Brazos extendidos:</b>	Necesidad de apoyo emocional.
<b>Dedos en forma de pétalos:</b>	Inmadurez.
<b>Pies pequeños:</b>	Pérdida de la autonomía.

Presenta timidez e inhibición, así como ansiedad e inmadurez lo que explica la pérdida de su autonomía y la necesidad de apoyo que siente hacia su núcleo familiar.

Etiana

- Tiene 12 años, esta en Bio.
- Ser una gran fanática
- Mejor parte: su corazón
- Otra parte: no tiene
- Le molesta q' no le dejen ir con las amigas
- No tiene malas costumbres



### Test de Dibujo de la Figura humana

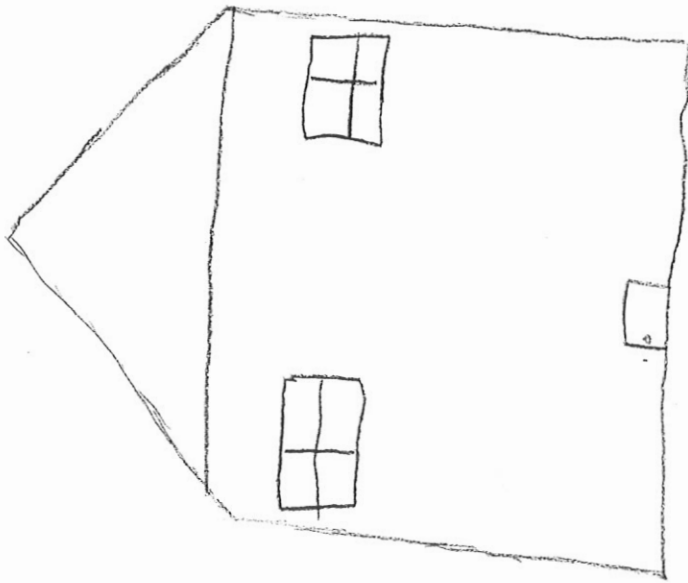
<b>Línea fragmentada:</b>	Miedo, inseguridad, inadecuación.
<b>Margen inferior:</b>	Inseguridad, inadecuación con algo de depresión, concreto.
<b>Ubicación central:</b>	Grandiosidad.
<b>Cabeza grande:</b>	Fantasía, inseguridad.
<b>Brazos extendidos :</b>	Necesidad de apoyo emocional.
<b>Dedos en forma de pétalos:</b>	Inmadurez.
<b>Piernas juntas:</b>	Rigidez.

Como distracción usa la fantasía, presenta rasgos de inmadurez que solo son observables dentro de su hogar, ya que fuera de este presenta una adecuada autonomía, también se percibe miedo, inseguridad y rigidez como parte de su personalidad que se ven ocultas por una actitud de grandiosidad con la que se presenta ante los demás.

**ANEXO 5**

**E.P**

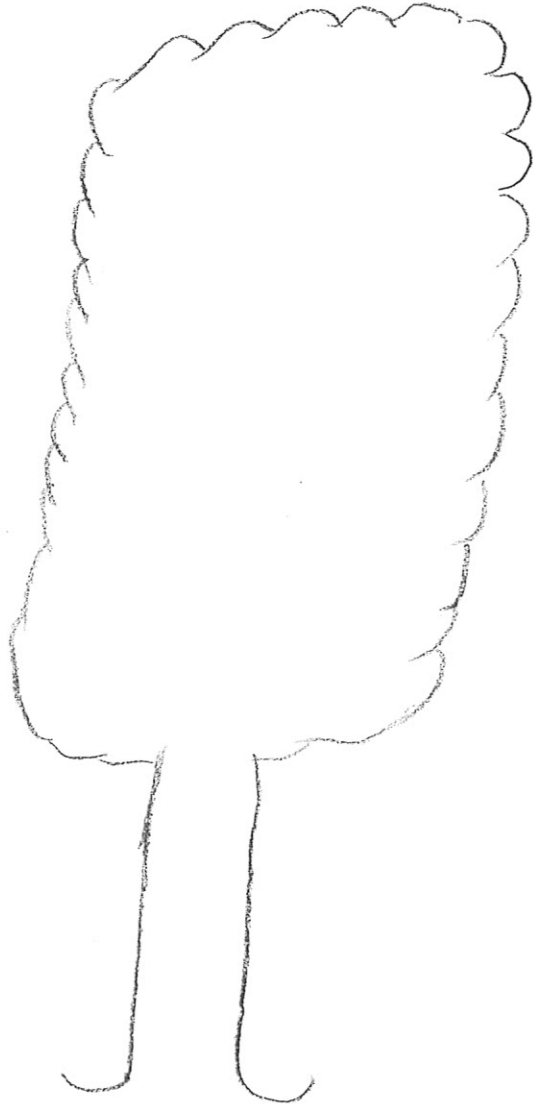
**Familia Aglutinada**



## Test HTP

CASA	
<b>Tamaño Pequeño:</b>	Inseguridad, aislamiento.
<b>Ubicación izquierda:</b>	Aislamiento, regresión.
<b>Margen izquierdo:</b>	Frustración, fantasía.
<b>Puerta pequeña:</b>	Indecisión, inadecuación.
<b>Ventana pequeña:</b>	Aislamiento.
<b>Pocos detalles:</b>	Aislamiento.
<b>Tamaño Pequeño:</b>	Inseguridad, aislamiento.

Presenta aislamiento, inseguridad y descontento por la presión que siente de su madre por el cuidado de su enfermedad, tiende a la fantasía para huir de su entorno e indecisión en la toma de decisiones.

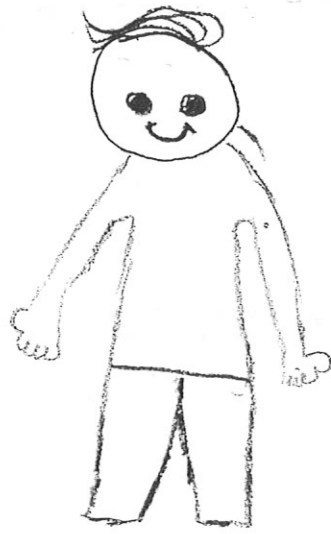


Handwritten text, possibly a signature or name, located at the bottom left of the page.



<b>ÁRBOL</b>	
<b>Margen superior:</b>	Miedo o evitación al ambiente.
<b>Línea débil:</b>	Inseguridad, miedo, indecisión.
<b>Carencia de detalles:</b>	Aislamiento.

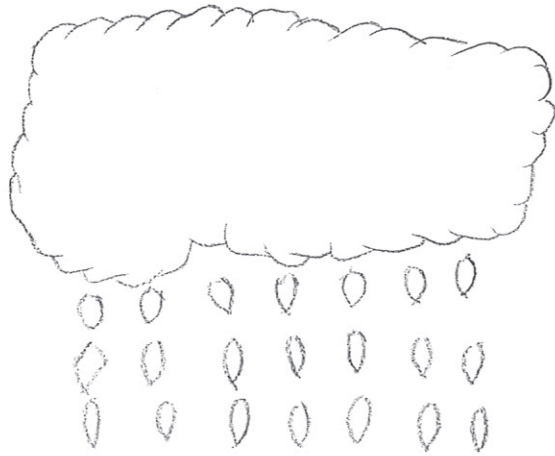
Presenta aislamiento ya que tiende a huir de la realidad es decir la sobreprotección de su madre y su enfermedad, también presenta presión en su ambiente.



Miss. Maria

<b>PERSONA</b>	
<b>Tamaño pequeño:</b>	Inseguridad, aislamiento, regresión.
<b>Margen superior:</b>	Miedo o evitación al ambiente.
<b>Omisión:</b>	<p>Piernas: pérdida de autonomía, desamparo.</p> <p>Manos: culpa.</p> <p>Cuello: impulsividad.</p>
<b>Carencia de detalles:</b>	Aislamiento.

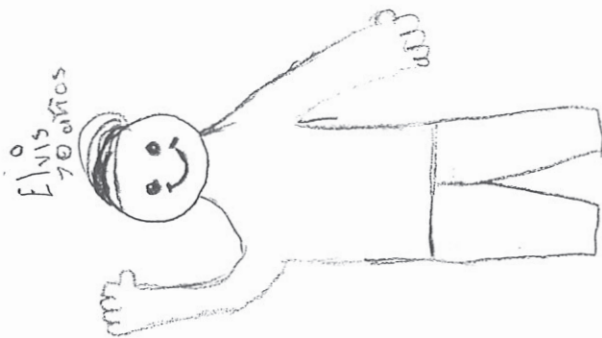
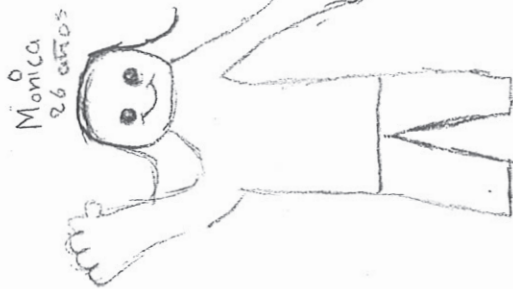
Presenta temor o miedo a su enfermedad lo que le causa ser una persona insegura y ansiosa, llevándole a huir de la realidad con lo que le causa, ansiedad, culpa. El cuidado excesivo de sus padres produce en él una falta de autonomía.



### Test de la Persona bajo la lluvia

<b>Margen inferior:</b>	Tendencia instintiva, falta de imaginación.
<b>Presión débil:</b>	Simplificación, organicidad.
<b>Omisiones:</b>	Cuello: impulsividad.  Pies: pérdida de autonomía, dependencia.  Paraguas: falta de defensas.
<b>Lluvia en un solo lugar:</b>	Presión sobre él, angustia.
<b>Nubes:</b>	Presión.

El cuidado excesivo de su madre por el cuidado de su enfermedad le lleva a él a no enfrentar su realidad lo que ocasiona una baja autoestima, por la presión que siente de su ambiente le genera falta de defensas e inseguridad.



## Test de la Familia

<b>Margen superior:</b>	Huida de la realidad, fantasía.
<b>Tamaño pequeño:</b>	Inseguridad, aislamiento.
<b>Distancia física con la familia:</b>	Distancia emocional con su familia.
<b>Trazos fuertes:</b>	Fuertes pulsiones.
<b>Omisiones:</b>	Pies: Inseguridad, dependencia.  Cuello: impulsividad.

La sobreprotección y las reacciones desmedidas de su madre genera temor en el niño, hace que rechace al tratamiento y tenga exagerada ansiedad, también, la tensión que siente hace que se enoje con facilidad, presenta falta de confianza en sí mismo, llevándolo a no enfrentar la realidad, produciendo una baja autoestima. Su poca comunicación con su familia le hace sentir desplazado.





## Test de Dibujo de la Figura humana

<b>Tamaño pequeño:</b>	Inseguridad, preocupación de cómo manejar el ambiente, aislamiento, sentimientos de inferioridad.
<b>Sombreado:</b>	Ansiedad, inseguridad.
<b>Margen superior:</b>	Trabaja metas inalcanzables.
<b>Brazos Largo:</b>	Ambición y lucha por el triunfo.
<b>Dedos:</b>	Pétalos: emotividad infantil.
<b>Omisiones:</b>	Cuello: impulsividad.

Presenta inseguridad, preocupación de cómo manejar el ambiente por el miedo a su enfermedad, sintiendo ansiedad y necesidad de apoyo para el manejo de esta, la presión ambiental le produce que sea agresivo y poco confiado en sí mismo.