



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CENTRO DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN SALUD COMUNITARIA**

**CAMBIOS EN EL ESTADO DE VIDA EN  
ADOLESCENTES (10-15 AÑOS), CON  
DIABETES MELLITUS TIPO 1 DE 1 A 3 AÑOS  
DE ANTIGÜEDAD**

**Autor:**  
Lic. Enf. Leonida De Franco

**Tutor:**  
Mg. Josefina Verde  
Dra. Zoraida Fort

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

**Montevideo, 2022**

<b>Índice</b>	
Índice.....	3
Resumen.....	5
Introducción.....	7
Fundamento y justificación.....	11
Antecedentes.....	14
Antecedentes nacionales.....	14
Antecedentes internacionales.....	16
Marco Conceptual.....	21
Adolescencia.....	21
Diabetes.....	27
Calidad de vida.....	31
Estilo de vida.....	32
Objetivos de la Investigación.....	34
General.....	34
Específicos.....	34
Metodología.....	35
Tipo de Estudio.....	35
Universo de estudio.....	35
Muestra.....	36
Criterios de inclusión y exclusión.....	36
Procedimientos para la recolección de información.....	37
Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.....	39

Plan de análisis de los resultados.....	40
Resultados.....	41
Conclusiones.....	60
Referencias bibliográficas.....	62
Anexos.....	66
Anexo1.....	66
Anexo 2.....	67
Anexo 3.....	68
Anexo 4.....	70
Presupuesto.....	71

## Resumen

La presente investigación se realizó con el objetivo de conocer los cambios que deben realizar en el estilo de vida y las emociones que surgen en el adolescente a partir del diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 1

El estudio es de naturaleza mixto con variables cuantitativas que caracterizan a la población objeto de estudio y cualitativo donde se analizaron las narraciones, sobre los cambios de hábitos de vida que produce el diagnóstico de diabetes tipo 1 en adolescentes. Para la recolección de los datos se utilizó la guía de entrevista semi estructurada y la pregunta orientadora fue **¿Qué cambios se producen en los estilos de vida de los adolescentes entre 10 y 15 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 1 de 1 a 3 años de antigüedad?**

La muestra estuvo representada por seis informantes haciendo uso de la técnica de saturación. El análisis de los datos incluyó procesos de descripción, reducción y comprensión fenomenológica. En los resultados se obtuvieron las siguientes categorías (temas):

1. Reacciones emocionales frente a una enfermedad crónica como la diabetes se ven manifestadas en una gama de sentimientos que vivencian día a día: rechazo a la enfermedad, miedo, cólera, tristeza

2. Cambios de estilo de vida que se tuvieron que realizar frente a la enfermedad, hábitos alimenticios, cambio de rutinas del día a día siendo estos cambios un pilar básico en el tratamiento y cuidado de la enfermedad.

**PALABRAS CLAVES:** Estilos de vida, Diabetes Mellitus tipo 1, Adolescencia

## Resumo

A presente pesquisa foi realizada com o objetivo de conhecer as mudanças que devem ser feitas no estilo de vida y emoções que surgem em adolescentes a partir do diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1

O estudo foi de natureza mista quantitativa com variáveis que caracterizam a população em estudo e qualitativa onde foram analisadas as narrativas, sobre as mudanças de hábitos de vida que o diagnóstico de diabetes tipo 1 em adolescentes produz. Para a coleta de dados, utilizou-se o roteiro de entrevista semiestruturada e a questão norteadora foi: Que mudanças ocorrem no estilo de vida de adolescentes entre 10 e 15 anos com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 de 1 a 3 anos? Onde a amostra foi representada por seis informantes utilizando a técnica de saturação. A análise dos dados incluiu descrição fenomenológica, redução e processos de compreensão. Nos resultados, foram obtidas as seguintes categorias (tópicos):

1. As reações emocionais a uma doença crônica como o diabetes se manifestam em uma variedade de sentimentos que experimentam todos os dias: rejeição da doença, medo, raiva, tristeza
2. Mudanças no estilo de vida que tiveram que ser feitas diante da doença, hábitos alimentares, mudança das rotinas do dia a dia, sendo essas mudanças um pilar básico no tratamento e cuidado da doença.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estilos de Vida, Diabetes Mellitus Tipo 1, Adolescência

## Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), se han tornado un problema en el sistema de salud. Dentro de las mismas la prevalencia de la Diabetes mellitus (DM) ha ido en aumento y se proyecta que para los próximos años seguirá con un ritmo tal de crecimiento propio de una pandemia a lo que se suma el impacto económico derivado de los costos del tratamiento de la patología y de sus complicaciones.

El diagnóstico de una enfermedad crónica es una noticia inesperada, traumática y desestabilizadora. (Grau, 2005) Es importante conocer que frente al diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 se desarrolla un proceso de adaptabilidad a la enfermedad que tendrá cambios importantes en los estilos de vida, como ser plan de alimentación, actividad física, monitoreo de glucosa y medicación

Las enfermedades crónicas pueden ser descritas como un evento estresante y un gran desafío adaptativo, en tanto implican realizar cambios en los estilos de vida, psicológicos, sociales. (Bishop, 2005; Han, Lee&Park, 2003)

La Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) es una de las enfermedades crónicas más frecuentes de la niñez y de la adolescencia. Esta enfermedad requiere un tratamiento para toda la vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2004 señala que la no adherencia a los tratamientos de enfermedades crónicas, tales como la DM1, constituye un problema de salud, por lo cual la existencia de diferentes programas basados en la prevención de enfermedades y promoción a la salud han llevado a la formación de equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios para el abordaje del usuario con diabetes con un enfoque integral y familiar. Es importante conocer como la familia participa, acompaña el crecimiento y cambios producidos por la adolescencia, el empoderamiento de la enfermedad logra paulatinamente un desprendimiento familiar con respecto al tratamiento junto a una autonomía progresiva del adolescente.

La adolescencia se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, hormonales, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, las cuales son esencialmente positivas. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. (1)

La adolescencia es un periodo durante el cual el adolescente adquiere identidad, desarrolla su autoestima y comienza a tomar decisiones, es la transición de la niñez a la juventud, que lo prepara para la vida adulta.

En la adolescencia se desarrolla el lenguaje, la percepción, el aprendizaje, el razonamiento que permiten al adolescente manejar lo desconocido, lo que implica una aceptación de su patología paulatinamente. Estos se deben adaptar y aceptar los cambios emocionales, físicos, la visión integral e identidad corporal. El adolescente con diabetes debe asumir su autocontrol, realizar auto monitoreo, tomar decisiones, realizar una dieta, no consumir alcohol, realizar actividad física, entre otros, lo que marca una diferencia con sus pares, eso conlleva a que viva un sentimiento de injusticia, rebeldía, negación. (2)

En la niñez existe una dependencia de padres y familia, pero al comenzar con la adolescencia, el joven comienza a independizarse, a “hacer su vida”. Empieza a plantearse sucesos para los cuales el vínculo parece debilitarse, pero esto es solo apariencia ya que el adolescente necesita y requiere que lo guíen. Por consecuencia, si tienen un buen concepto sobre sí mismos, es decir, una adecuada autoestima, afrontarán mejor la situación y lograrán su autocontrol. (3)

La familia provee al adolescente de un sinnúmero de recursos necesarios en cualquier momento de la vida y, además, la misma es el lugar donde la persona adquiere sus primeras habilidades sociales, que son las más importantes ya que serán las que generen la seguridad de relacionarse y enfrentarse a las nuevas situaciones de la vida. (Dreier, 1999).

La investigación se llevo a cabo con adolescentes que concurren a la Fundación de Diabetes del Uruguay (FDU). La Fundación está conformada por adultos y familias con hijos con diabetes de nuestro país, brindando beneficios a los mismos como ser, asesoramiento por un equipo multidisciplinario, descuento e insumos, actividades informativas y recreativas entre otros.

Por lo antedicho surge la necesidad de conocer:

**¿Qué cambios se producen en los estilos de vida de los adolescentes entre 10 y 15 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 1 de 1 a 3 años de antigüedad que concurren a la Federación de Diabetes del Uruguay?**

La fuente principal para poder conocer la respuesta a dicha interrogante son los relatos de los adolescentes. Según Plummer (2001) los relatos son narraciones sobre su vida, la vida de los otros, con sus propias palabras. Un relato se convierte en una historia de vida.

El impacto psicológico que genera una condición crónica en el ciclo vital de los adolescentes, y en cierto modo, en el propio curso de la enfermedad, está relacionado con el tipo de estrategia de afrontamiento frente los miedos, preocupaciones, recursos negativos, pensamientos y las sensaciones ante el tratamiento.

A partir del diagnóstico los adolescentes sufren cambios psicológicos y sociales, en su estilo de vida y también en su vida espiritual, que no sólo le afectan a él, sino a toda su familia, (Gonzales Y. 2011). Por lo tanto, la pérdida de salud, se constituye como una crisis circunstancial y que no tiene que ver con el proceso natural de maduración de las personas, estas crisis son impredecibles y tienen poca o ninguna relación con la edad, o etapa de desarrollo, en consecuencia, pueden afectar a cualquiera en cualquier momento. Estas personas, en el curso de la enfermedad, actúan con negación, aislamiento, enojo, discusión, depresión, aceptación; no necesariamente en ese orden, (Ramírez P. 2005).

Se ha podido observar que los adolescentes con el diagnóstico de diabetes mellitus refieren ser víctimas de alteraciones emocionales como miedo, culpa, negación, angustia, tristeza influyendo negativamente en el control adecuado de la glucemia

El establecer un acercamiento más profundo a la vida de los adolescentes con diabetes permite conocer su experiencia cotidiana con la enfermedad y su disposición a los nuevos cambios en el estilo de vida, cuanto, a la actividad física, dieta terapia, controles de glucosa. A partir de estos cambios del día a día se pueden rescatar elementos que contribuyan en el desarrollo de una mejor atención y prevención para los adolescentes que cursan con esta enfermedad.

## Fundamento y justificación

La diabetes como condición crónica afecta los estilos de vida de las personas, debido a cambios sociales, personales y familiares. El diagnóstico de diabetes desencadena una serie de reacciones que varían según la edad, sexo y el conocimiento que se tiene de la enfermedad, también pueden manifestarse estados emocionales como ser, miedo, preocupación, incertidumbre, ansiedad sobre su salud y pronóstico que puede llegar a la depresión. (2)

La adolescencia se caracteriza por la búsqueda del yo, así como la vida de relación con grupos de amigos, los adolescentes tienen contradicciones en la conducta, con cambios del humor y estado de ánimo. Cuando el adolescente afronta una enfermedad crónica, esta etapa del desarrollo se torna diferente. El trastorno de tener una condición crónica se ve como un hecho biopsicosocial, con cambios corporales, psicológicos y sociales. Son importantes los pensamientos, sentimientos, conductas en relación con la enfermedad (2)

Cuando el adolescente cuenta con redes de apoyo positivas éstas refuerzan las conductas adecuadas con respecto a su tratamiento, pero cuando el apoyo social potencia comportamientos inadaptados de salud, el efecto funcional producirá una influencia negativa. Así pues, es necesario distinguir entre los efectos funcionales positivos de los negativos (Reyes, Garrido y Torres, 2001). La familia, la pareja, los compañeros de trabajo o de estudios, el personal de salud y las relaciones sociales en general son fuentes importantes de apoyo (Portilla, Romero y Román, 1991). Anderson, Goebel-Fabbri y Jacobson (2005) especifican que tanto el ambiente social como el familiar son el tercer mediador psicosocial de adaptación para la diabetes y el mantenimiento de la salud. (3)

El estilo de vida es un constructo complejo que desempeña un papel central en el proceso salud enfermedad de las personas. Algunos de sus componentes como ser tipo de alimentación, actividad física, consumo de tabaco, ingesta de alcohol y estrés, se asocian a la aparición, al curso clínico y control de la diabetes mellitus y sus complicaciones. La modificación de estos factores puede cambiar la historia natural de esta enfermedad. Mejorar la adhesión ayuda a disminuir el stress y esto también contribuye a mejorar el control metabólico. (4)

## **Antecedentes**

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de Scielo, Timbo, utilizando los descriptores “Estilos de vida, “Diabetes tipo 1”, “Adolescencia”, en idioma inglés, español y portugués; publicados desde 2006 a 2016.

En la búsqueda en antecedentes nacionales se pudo encontrar tres trabajos uno referente a la encuesta de ECNT y dos trabajos uno realizado en la Universidad de la República Facultad de Enfermería y otro de la Universidad Católica.

Con respecto a la búsqueda internacional, en los antecedentes hallados se pudo observar la importancia del tratamiento fármaco-dietético de la diabetes en los adolescentes, como el mismo puede verse afectado con los cambios físicos, psíquicos, metabólicos y con los conflictos propios de la adolescencia. La importancia de la familia, amigos su aceptación, colaboración, el realizar diferentes estrategias, permite al adolescente su propia aceptación y adhesión al tratamiento

### **Antecedentes nacionales**

En Uruguay en el año 2011 se realizó la segunda encuesta nacional del Ministerio de Salud Pública (MSP) sobre Factores de Riesgo de (ECNT).

Fue publicada en el año 2013. Se realizó en el marco del Proyecto del Programa de Prevención de Enfermedades No Transmisibles (PPENT), tomando como población de estudio a mujeres y hombres entre 15 y 64 años, Montevideo e interior.

Al discriminar por edad la franja etérea comprendida entre 15 y 24 años, la cual toma algunas edades que involucran este estudio, muestra que un 1,3% de los hombres encuestados tuvieron glucemias elevadas y 0,4% de mujeres también con glucemias elevadas. Tomando como rango  $\geq 126$  mg/dl y/o tratamiento medicamentoso para diabetes. (5)

Año	País	Autor	Tema	Hallazgo
2011	Uruguay	Br. Balarini, Mariana Br. Barboza, Cinthia Br. Bremermann, Ma. Noel Br. Rizzo, Mauricio Br. Rodríguez, Silvia	Como perciben las familias que integran la Fundación de Diabéticos del Uruguay la calidad de vida de sus hijos adolescentes diabéticos tipo 1	Este estudio reveló que para los familiares la mayoría de las necesidades que hacen a la calidad de vida de sus hijos se satisfacen. Destaca la necesidad de subsistencia (entendiendo como el acceso necesario para el sustento de la vida humana), no se satisface, independiente de la estructura familiar. La educación para salud brindada a las familias es fundamental para el apoyo y el rol de la misma frente al adolescente diabético. (6)
2013	Uruguay	Lic.Nut. Camacho Barcia, Lucia. Lic.Nut.Lucero Vazquez, Lucia Mag.Nut. Agazzi, Beatriz Lic.Edu. Fernandez, Alvaro Dr.Enf.Ferreira, Augusto	Adherencia al tratamiento en adolescentes con diabetes tipo1 Un enfoque desde las perspectivas de los actores	Se encontraron factores que inciden en la adherencia al tratamiento de todos los pilares de este, incluyendo los aspectos psicosociales y de auto monitoreo. Los jóvenes destacan el efecto positivo que ejerce el apoyo recibido por parte de sus familiares, de sus amigos y del equipo de salud. En el grupo estudiado, se observaron los factores personales, familiares, entorno social y medio ambiente y la incidencia en la adherencia

				al tratamiento, las principales dificultades que los jóvenes percibieron fueron aquellas asociadas a la alimentación. (7)
--	--	--	--	---

### Antecedentes internacionales

Año	País	Autor	Tema	Hallazgo
2006	Chile	Ortiz M.	Estrés, Estilo de Afrontamiento y Adherencia al Tratamiento de Adolescentes Diabéticos Tipo 1.	La relación entre estrés, estilo de afrontamiento y Diabetes Mellitus Tipo 1, ha sido ampliamente documentada. Por tratarse de una enfermedad crónica con un tratamiento altamente demandante. Los adolescentes que la padecen pueden ver sobrepasadas sus competencias para afrontar correctamente la patología, generando altos niveles de estrés y bajas tasas de adherencia. (8)

2007	Venezuela	Dávila A.	Adolescentes diabéticos	<p>La DM1 se desarrolla principalmente en los menores de 15 años. Produce un gran impacto a nivel individual, familiar y social. Se determinó el nivel de conocimiento, autoestima y apoyo social en 39 participantes niños y adolescentes DM1. La mitad de los pacientes (51%) provienen de una familia nuclear. El 28% tiene red de apoyo nula o escasa. Más de la mitad tienen mal control glicémico a pesar de tener un buen nivel de conocimiento y una autoestima media y más de las tres cuartas partes tienen apoyo social y control glicémico regular. Más de la cuarta parte presentan disfunción familiar en la dimensión cohesión y cerca de la mitad en la dimensión adaptabilidad. Hay un predominio de familias disfuncionales desvinculadas y caótica. Hubo significancia estadística entre el nivel de conocimiento y la asistencia al campamento, el nivel de conocimiento y el nivel de hemoglobina glicosilada, la funcionalidad familiar y el nivel de hemoglobina glicosilada. (9)</p>
------	-----------	-----------	-------------------------	--

2007	México	Martínez B Torres L.	Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino-dependiente	A fin de conocer la relación que tiene el paciente con su familia, las cogniciones y los problemas que enfrentan tanto la familia como el paciente en la diabetes, el objetivo del presente estudio fue explorar y analizar la importancia de la familia del adolescente DM1 para su tratamiento y control. En la muestra estudiada se halló una relación favorable entre el paciente y su familia, así como confianza y apoyo familiar y cuidado. Se propone realizar futuros estudios para analizar si la protección de los padres hacia sus hijos es efectiva en edades posteriores a los 16 años. (2)
2008	Chile	Avendaño Monje, Maria Jose.Barra Almagiá Enrique	Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas	Como objetivo examinar la relación existente entre la calidad de vida reportada por pacientes adolescentes con enfermedades crónicas y dos variables consideradas relevantes para el bienestar y la salud, la auto eficacia y el apoyo social percibido. (10)
2010	Venezuela	Guerrero Montoya, Luis Ramón;	Estilo de vida y salud	Esta es una aproximación conceptual al constructo estilo de vida; se constata que el

		León Salazar, Aníbal Ramón		estilo de vida, bajo un enfoque socioeducativo, no se limita a una conducta exterior, el estilo de vida lleva implícitamente una forma de conocer, de aprender, de adueñarse del conocimiento y, en último término, de la realidad aparente. Se parte del concepto holístico de salud, que contempla al individuo en su totalidad y en su entorno global, acentuando tanto la dimensión física, como la psicológica y espiritual. Estas dimensiones no deben percibirse aisladamente, un desequilibrio psicológico (como el estrés) al deprimir el sistema inmunológico, incrementa el riesgo de infección; sin embargo, el estado de bienestar aumenta la resistencia a la enfermedad en esta visión ecosistema. (11)
2012	México	Sánchez O. Romero A Rodríguez V	Adolescentes diabéticos: el problema de la no adherencia al tratamiento	El adolescente diabético es un paciente en riesgo potencial de no tener un control adecuado de su cuadro metabólico, lo cual puede afectar su desarrollo mental y aun puede ser fatal. La valoración debe incluir: la estimación clínica de su nivel intelectual, su estilo de enfrentar el estrés, datos psicopatológicos como

				<p>ansiedad o depresión, así como la evaluación del grupo familiar:</p> <p>acuerdo entre los padres para el tratamiento; participación previa en el control de la glucemia; apoyo al paciente para dicho control; participación de ambos padres en las tareas cotidianas familiares; posibilidad de separar la atención al paciente de la atención a los hermanos. En el caso de adolescentes con diabetes de reciente diagnóstico, la valoración debe realizarse simultáneamente con los pasos iniciales del tratamiento.</p> <p>En los pacientes diagnosticados durante la infancia, deberá valorarse la forma de adaptación de la familia, para saber si se espera que haya problemas especiales. (12)</p>
--	--	--	--	---

## Marco Conceptual

En este marco conceptual, se desglosan los siguientes aspectos:

**Adolescencia** sus cambios físicos y hormonales, características, factores protectores y de riesgo.

A continuación, se trabaja sobre **Diabetes**, tipos, síntomas, características de enfermedades crónicas, actitud del adolescente frente al diagnóstico de patología crónica.

Por último, encontraremos **Estilo de vida**.

### Adolescencia

“La adolescencia es una etapa que se encuentra entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.”

La OMS define "la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años". (1)

Adolescencia temprana entre los 10 y los 14 años, en esta etapa comienza el crecimiento y los cambios corporales, entre los cuales se encuentran, el crecimiento corporal, la aparición de vello en axilas y pubis, el desarrollo de los senos y el aumento del tamaño de los testículos. Estos cambios corporales pueden generar curiosidad y ansiedad. En esta etapa no existen muchas veces los matices las cosas están bien o mal, fantásticas o terribles, es normal que los jóvenes se vuelven "egocentristas", se cohiben por su apariencia y sienten que pueden ser juzgados por sus pares, tienen necesidad de privacidad. Es posible que comiencen a explorar formas de ser independientes. En este proceso, es probable que exploren los límites establecidos y reaccionen frente a padres, familiares o tutores cuando quieran reafirmar los mismos. Adolescencia media se produce entre los 15 y los 19 años, los cambios físicos que comenzaron en la adolescencia temprana continúan durante la adolescencia media. Surge el interés en las relaciones sexuales y de pareja. Se cuestionen su identidad sexual y la exploren, luchan por tener más independencia. Pasan menos tiempo con la familia y más tiempo con los

amigos. Les preocupa mucho su aspecto y la presión de los pares (compañeros), comienzan a tomar decisiones complejas, el control de los impulsos y la capacidad de tener en cuenta varias opciones sobre una misma problemática y evalúan sus consecuencias. En la adolescencia media tienen más capacidad de pensar en forma abstracta y tener una visión más general. Si bien es posible que sigan la lógica de evitar riesgos fuera de estas situaciones, las emociones fuertes a menudo siguen rigiendo sus decisiones cuando entran en juego los impulsos.

Al inicio de la juventud completaron el desarrollo físico y alcanzaron la altura definitiva, comienzan a tener más control de sus impulsos y valoran mejor y con más precisión los riesgos y las recompensas de sus actos.

Tienen un sentido más firme de su propia individualidad y pueden identificar sus propios valores, basan sus decisiones en sus ilusiones e ideales. Las amistades y las relaciones románticas se tornan más estables, se separan más de su familia física y emocionalmente, no obstante, muchos restablecen una relación adulta con sus padres, considerándolos personas de su mismo nivel a quienes pedir consejos y con quienes hablar de temas serios, en vez de una figura de autoridad. (1)

Independientemente de las influencias sociales, culturales y étnicas, la adolescencia se caracteriza por los siguientes eventos.

- ▯ Crecimiento corporal (aumento de peso, estatura y cambio de las formas y dimensiones corporales), denominado estirón puberal.
- ▯ Aumento de la masa y de la fuerza muscular, mayoritariamente en el varón
- ▯ Cambios fisiológicos (aumento de la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, maduración pulmonar y el corazón), lo cual produce un mayor rendimiento y recuperación frente al ejercicio físico.
- ▯ Aumenta la velocidad del crecimiento, cambian las formas y dimensiones corporales, de manera no armónica, por lo que es común que se presenten trastornos como: torpeza motora, des coordinación, fatiga, trastornos del sueño, lo que puede ocasionar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.

- Desarrollo sexual caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, aparición de caracteres sexuales secundarios y se inicia la capacidad reproductiva.

Los aspectos psicológicos están dados fundamentalmente por:

- Búsqueda de su identidad
- Necesidad de independencia
- Tendencia a formar grupos.
- Evolución del pensamiento preciso al abstracto.
- Desarrollo de la identidad sexual
- Contradicciones en las manifestaciones de la conducta y estado anímico cambiante
- Relación conflictiva con los padres
- Actitud social reivindicativa, son más analítico, formulan hipótesis, modifican falsos preceptos, piensan alternativas y llegan a conclusiones propias.
- Necesidad de pensar y dar respuesta para un proyecto de vida.

Las conductas que puede presentar el adolescente sobre su salud están relacionadas con los aspectos biopsicosociales, y los determinantes sociales del mismo. El abordar al adolescente desde una manera integral, biológico, psicológico, social y cultural nos permite conocer los factores de riesgo, de protección o resiliencia con que cuenta. Siendo factores de riesgo todo aquello que está involucrado con la conducta de los adolescentes, el grado de vulnerabilidad depende de las características personales, sus experiencias, debilidades o fortalezas, en esta etapa se ven influenciados por el medio físico y humano. (Bronfenbrenner1979)

Los adolescentes están expuestos a riesgos, que pueden ocasionar problemas de salud, se tornan más vulnerables.

Los factores de riesgo pueden ser considerados como productores de daños o resultados no deseados. Los principales factores de riesgo son las conductas de riesgo, las familias disfuncionales, deserción escolar, accidentes, consumo

de sustancias psicoactivas, enfermedades de transmisión sexual, prácticas de riesgo, aspectos sociales y ambientales marginales e insalubres.

Los factores protectores son los recursos personales, sociales e interinstitucionales que tiene el adolescente, estos promueven o disminuyen un buen desarrollo mediante la utilización de diferentes herramientas que lo ayuden a enfrentar las dificultades. (Bronfenbrenner1979)

Existen también los factores protectores de la salud, éstos son determinadas características y propiedades que facilitan la salud y en el caso de los adolescentes propician la calidad vida, el desarrollo y el bienestar social. Como factores externos se encuentran la familia, el apoyo de un adulto significativo para el adolescente, los vínculos sociales y laborales. Internos son, tener empatía, seguridad en sí mismo, autoestima, buena comunicación. Estos factores son susceptibles de modificarse y no ocurren necesariamente de manera espontánea o al azar.

Los factores protectores son:

- ▯ Estructura y funciones de la familia
- ▯ Políticas sociales a la atención de la niñez y la adolescencia con acciones específicas que permiten la salud integral, el desarrollo y el bienestar social.
- ▯ Ambientes y seguros para ambos sexos.
- ▯ Promoción del auto -cuidado en la salud reproductiva.
- ▯ Autoestima y sentido de pertenencia familiar y social.
- ▯ Promoción de mecanismos que permitan la identificación y refuerzo de la defensa endógenas frente a situaciones traumáticas y de resiliencia conociendo la capacidad de recuperación ante condiciones adversas

Para alcanzar un futuro saludable se hace imprescindible el desarrollo de los factores protectores, empeño en el cual es fundamental el papel de los adultos y de acciones colectivas de promoción y prevención de salud para otorgarle a este grupo una participación social más activa y protagónica, es decir abrirle el espacio como verdaderos actores sociales, creativos y productivos. Como unidad social primaria encontramos a la familia, esta ocupa un papel fundamental en la comprensión del adolescente, el apoyo es fundamental aún

en situaciones donde no se compartan los mismos puntos de vista, ya que se debe recordar que este adolescente está sometido a varias tensiones. Las características de la familia en las últimas décadas han sufrido cambios importantes que están dados esencialmente por la pérdida de la figura paterna y un mayor papel de la madre, incremento de las familias monoparentales, esto unido a que algunas de las funciones que eran de la familia han pasado al estado y a la comunidad. Le corresponde por tanto a la familia garantizar la alimentación, higiene, salud, seguridad entre otros. (13)

Por último, la resiliencia es un proceso que permite al adolescente superar los efectos negativos y explorar sus capacidades para enfrentar los mismos. (Fergus & Zimmerman 2005)

La adolescencia, en sí misma representa un desafío para cualquier niño, por los cambios hormonales, sexuales y emocionales a los que se enfrenta. A esta situación le sumamos la diabetes, por lo cual no solo deben enfrentarse a sus desafíos del desarrollo normal, sino que deben abordar las demandas de una enfermedad crónica, la mayoría de estos adolescentes durante su infancia han ido aprendiendo a vivir con su enfermedad y han sido responsables, pero llega la adolescencia esta situación puede cambiar, por estar atravesando un periodo de negación de la enfermedad, de rebeldía hacia todo y por supuesto también hacia la diabetes. Manejar la adolescencia y la diabetes es una tarea complicada, tanto para los padres como para el propio adolescente. El adolescente busca ser independiente y eso preocupa mucho a los padres, circunstancia que suele ser fuente de numerosos conflictos familiares. Así mismo la adolescencia es un periodo en el que cuesta asumir responsabilidades lo que conlleva una menor adherencia al tratamiento. La adolescencia una etapa de especial preocupación por la imagen corporal y el hecho de tener diabetes puede hacerles sentir diferentes. El tratamiento consiste en una serie de cuidados que no forman parte de las rutinas del resto de los adolescentes, por lo cual muchas veces por no sentirse diferente al grupo no realiza el tratamiento adecuado.

Los trastornos psicológicos más frecuentes en los adolescentes con diabetes es la existencia de una relación significativa entre el mal control de la enfermedad y la presencia de sintomatología depresiva, ansiedad o de

cualquier otro rasgo psicopatológico, se debe prestar especial atención a la ansiedad, depresión, autoestima y trastornos alimentarios (3)

Los adolescentes pueden tener dificultades para lograr un buen nivel de glucosa debido a:

- Los cambios hormonales.
- Un aumento en la ingesta de alimentos.
- Rebeldía para tomar sus medicamentos aplicarse insulina.
- Se pueden rehusar a seguir horarios o rutinas necesarias para controlar la diabetes.
- Cambios en el peso o talla frecuentes que ameritan ajustes de medicamentos
- Desarrollo de otras enfermedades durante la adolescencia
- Obesidad y vida sedentaria
- Trastornos de la alimentación como ser anorexia y bulimia)
- Falta de educación e información sobre la diabetes
- No llevar un auto monitoreo.
- Problemas familiares o escolares.
- Consumo de sustancias psicoactivas.

Estos y otros factores pueden afectar a los niveles de glucosa, tener niveles alterados de glucosa en sangre puede ocasionar riesgos en el desarrollo y la vida del adolescente (9)

La familia del adolescente con diabetes podrá ser un importante recurso terapéutico y un aliado, pero también puede ser un saboteador del proceso. Es responsabilidad del equipo involucrar a la familia, amigos, adultos referentes entre otros de manera que sean un apoyo en el tratamiento. La educación juega un rol fundamental, gracias al proceso educativo la persona con diabetes mellitus se involucra activamente en su tratamiento y puede definir los objetivos y medios para lograrlos con el equipo de salud. Los cambios de estilo de vida son sumamente necesarios, requieren de mucha constancia y convicción, son intervenciones fisiológicas, seguras y de bajo costo. Los cambios en el estilo de vida son los únicos capaces de abordar en

forma global y simultánea la mayoría de los aspectos de la salud de las personas, sociales, psicológicos, biomecánicos, hemodinámicas, metabólicos, principalmente la práctica de ejercicio y la dieta saludable. (14)

La cronicidad de la diabetes no sólo afecta al paciente sino también a la familia y a todos cuantos lo rodean; por eso resulta muy conveniente aprender a vivir con un diabético, especialmente si este es un niño o adolescente (Polaino y Roales, 1994). Tanto los padres como los hijos deben buscar también lo que les une en ciertos aspectos de la enfermedad (como el tratamiento), mientras procuran pasar por alto lo que pueda separarles en ese momento o más tarde. Los padres cuyos hijos padecen una enfermedad crónica deben conocer algunos lineamientos que se resumen a continuación: 1) tener conocimientos acerca de la enfermedad y su tratamiento; 2) comunicarse fácilmente con el médico que trata al paciente; 3) determinar qué aspectos del manejo diario serán responsabilidad del niño y cuáles de ellos, y 4) enseñar al paciente a que pueda manejar mejor su enfermedad. (2)

## Diabetes

Según la Organización Mundial de la Salud (Ginebra, 1999). "La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos."

Hay tres tipos principales de diabetes:

- diabetes tipo 1 DM1
- diabetes tipo 2 DM2
- diabetes mellitus gestacional (DMG)

La DM1 es una condición crónica que afecta a nivel social y sanitario, es causada por una reacción autoinmune, en la que el sistema de defensas del organismo ataca las células productoras de insulina del páncreas, en consecuencia, el organismo deja de producir la insulina que necesita. La enfermedad puede afectar a personas de cualquier edad, pero suele aparecer en niños o jóvenes adultos. Las personas con esta forma de diabetes son

insulina requiriente, se inyectan insulina a diario con el fin de controlar sus niveles de glucosa en sangre. El buen control de esta retrasa o evita la aparición de enfermedades secundarias y mejora la calidad de vida. La DM1 suele desarrollarse repentinamente y podrían presentarse síntomas como:

- sed anormal y sequedad de boca
- micción frecuente
- cansancio extremo/falta de energía
- apetito constante
- pérdida de peso repentina
- lentitud en la curación de heridas
- infecciones recurrentes
- visión borrosa

El número de personas que desarrollan DM1 aumenta cada año. Las razones para que esto suceda siguen sin estar claras, pero podría deberse a los cambios de los factores de riesgo medioambiental, a circunstancias durante el desarrollo en el útero, a la alimentación durante las primeras etapas de la vida o infecciones virales.

La administración exógena de la insulina, la dieta y el ejercicio son los pilares del tratamiento en el DM1, así como el auto monitoreo la resolución de los problemas con el ajuste de comidas o insulinas para evitar hipoglucemias o hiperglicemias pueden ocasionar en el adolescente dificultades a la adhesión al tratamiento o rebeldía con respecto al cambio que debe de realizar en su vida, como ser llevar consigo un sobre que conste con todo lo que puede ser útil para poder realizarse su control y ajustes según el mismo y para casos imprevistos.

Los adolescentes diagnosticados con DM1 necesitan realizar un tratamiento para mantener los niveles de azúcar en sangre dentro de los parámetros saludables, para lograr esos niveles es necesario la administración de insulina, realizar una dieta saludable y equilibrada prestando mayor atención a la cantidad de carbohidratos que consumen, medirse la concentración de azúcar (auto monitoreo) y hacer actividad física habitualmente. La única forma de obtener insulina en su cuerpo es mediante la administración de insulina como parte del tratamiento, coexisten diferentes formas de presentación para la administración de insulina como ser, lapiceras, jeringas o

bombas de infusión continua. Existen tipos distintos de insulina, con tiempo de acciones diferentes, rápidas, ultrarrápidas y lentas según el requerimiento, el horario y la forma de administración subcutánea e intravenosa de las mismas varía según el propósito del tratamiento, el mismo se ira modificando según el desarrollo y crecimiento y niveles de glucosa en sangre. Con respecto a la dieta debe de haber un equilibrio entre la ingesta, el volumen de insulina que se inyecta y la actividad física, esto se debe a que hay alimentos hiperglucemiantes que con la administración de insulina y la realización de ejercicio se logran bajar los niveles de glicemia. Los planes de alimentación tienden a incluir el desayuno, el almuerzo y la cena, con la ingesta de colaciones entre las comidas. Existen tres tipos de alimentos hidratos de carbono, proteínas y grasas que proporcionan energía en forma de calorías. Los alimentos que contienen hidratos de carbono son los que aumentan la concentración de azúcar en sangre. El enseñar a contar hidratos de carbono es muy importante a la hora del tratamiento para poder un mayor grado de empoderamiento de la patología y poder saber la cantidad y tipo de insulina que se debe inyectar, la dieta debe de ser personalizada en el cual el profesional debe de tener en cuenta la edad, actividad física, hábitos alimenticios y los horarios, deberá ser lo flexible como para poder controlar la diabetes en situaciones especiales, como las fiestas o durante las vacaciones. Realizarse el auto monitoreo consiste en medirse la concentración de azúcar en sangre, también forma parte fundamental en el tratamiento. Permite saber cómo están funcionando los demás componentes del tratamiento, como ser las inyecciones de insulina y la alimentación, el mismo se realiza por medio de un glucómetro o un medidor continuo de glucosa en sangre, muestra cuál es el nivel de azúcar en sangre justo en el momento en que se hace la medición. El ejercicio físico también es un componente importante del tratamiento de la diabetes. La actividad física regular ayuda a mantener las concentraciones de azúcar en sangre dentro de unos márgenes saludables. Además, puede reducir el riesgo de tener complicaciones de salud que las personas con diabetes son más propensas a desarrollar.

Las personas con diabetes tienen mayor riesgo de tener problemas graves de salud. Tener niveles altos de glucemia periódicamente pueden causar complicaciones microvasculares como ser, lesiones en los ojos, los riñones y los nervios. Además, las personas con diabetes también corren un mayor

riesgo de desarrollar infecciones. En casi todos los países desarrollados de buen poder adquisitivo, la diabetes es una de las principales causas de complicaciones cardiovasculares, lesiones oculares (retinopatías) que causan cegueras, lesiones renales (nefropatías) que acaban en insuficiencia renal y lesiones en los nervios que ocasionan impotencia funcional y pie diabético que a veces obligan a la amputación de extremidades inferiores como consecuencia de infecciones graves. Lograr niveles de glucemia, de presión arterial y colesterol estables y cercanos a los parámetros normales contribuyen a retrasar o prevenir las complicaciones. Las personas con diabetes necesitan hacerse controles periódicos o con regularidad para poder diagnosticar precozmente las complicaciones. (15)

### **Patología crónica**

Según la OMS en 1979 “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.

Frente a la etiología no hay mayor claridad, hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica

El **diagnostico de una patología crónica** significa un antes y un después de haber recibido la noticia, ya que a partir de la misma vendrán las diferentes transformaciones que comprometen la identidad, la manera de estar en el mundo su percepción y modificaciones de la vida cotidiana. Con la noticia se enfrenta un proceso de duelo el mismo será diferente según la historia de vida, las características personales, edad, genero, contención familiar, etapa del ciclo vital familiar que atraviesa y rol en la familia. El duelo atraviesa por diferentes etapas:

1. Shock es el momento al recibir el diagnostico, posiblemente en esta etapa no se asimile toda la información brindada y existan momentos de negación.
2. Negación, se ve asociada a soluciones mágicas que pueden influir directamente en las recomendaciones terapéuticas.

3. Hostilidad referida a la enfermedad, a la “mala suerte” “la vida” “el trabajo”.
4. Aceptación y adaptación se construye una nueva subjetividad que se integra a la identidad del individuo.

El proceso del duelo no es lineal y estas etapas se alternan, coexisten o se superponen, el cambio de humor forma parte de este proceso; Estas etapas también se ven condicionadas por las características de la personalidad, el entorno familiar y social, así como el rol del equipo de salud y la capacidad de este en escuchar, informar y acompañar el proceso. (14)

La enfermedad crónica tiene diferentes implicancias según la etapa de la adolescencia que se encuentre, en la adolescencia temprana no hay mucha conciencia de esta y en la adolescencia media existe gran inquietud por su imagen corporal y las capacidades que este puede generar, los jóvenes generan preocupación por sus interacciones sociales, la manera de vestir, cumplimiento de normas por sus pares y su aceptación.

El afrontar una patología crónica puede llevar a las personas sentirse vulnerables, confundidas, preocupadas por su salud y el futuro. También se pueden sentir decepcionadas, confundidas, se auto compadecen, se enojan con ellas y mismas y las personas que quieren.

El poder asumir la enfermedad lleva tiempo, paciencia, apoyo, ganas de aprender y asumir el cuidado de su salud (16)

## **Calidad de vida**

Zaragoza en 2007 define la calidad de vida como funcionalidad entre las siguientes áreas: psicoemocional, social, física, ocupacional-laboral, percepción del bienestar y salud sexual y cognitiva. Mientras que Salazar Colunga, Pando, Aranda y Torres en 2007 contempla solo las dimensiones de funcionamiento social, físico, cognitivo, la movilidad, el cuidado personal y el bienestar emocional

La calidad de vida puede definirse como la percepción subjetiva de bienestar general que resulta de la evaluación del individuo de diversos dominios o áreas de la salud. (Bishop 2005)

Mejorar la calidad de vida cada día tiene mayor importancia cuando hablamos de salud, por consiguiente, esta es un proceso dinámico y cambiante que tiene interacciones entre el paciente y su medio ambiente. De acuerdo con lo antes expresado se puede decir que la calidad de vida en una persona con una enfermedad crónica es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad.

Por lo tanto, la percepción de la calidad de vida se mide por el grado de bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación de su vida que hace el paciente, considerando los cambios que debe de hacer este con respecto a valores, creencias y expectativas. (17)

## **Estilo de vida**

Podemos definir a estilo de vida como un conjunto de pautas o hábitos del comportamiento de las personas, que sostenidos en el tiempo pueden constituirse en factores de riesgo o de seguridad dependiendo de la naturaleza de estos.

Los primeros conceptos de estilo de vida fueron realizados a finales del siglo XIX y principios del XX, estos primeros conceptos estaban vinculados a la visión sociológica del estilo de vida.

A mediados del siglo XX el concepto de estilo se incorpora a la salud, perdiendo el significado integrador de sus comienzos. A principios de los 80 se introducen los modelos psicosociales cuando se habla de estilos de vida saludables en las diferentes etapas del ciclo vital y en diferentes circunstancias como puede ser en el proceso salud enfermedad. (18)

El estilo de vida no es un vago concepto que puede ser modificado voluntariamente, está estrechamente interrelacionado con las condiciones de vida, tal como se desprende del documento de la OMS (1998) "Prácticas Saludables para Todos". El estilo de vida no es una simple decisión individual, existen límites a las opciones abiertas al individuo, por el medio social, cultural y los medios económicos (Limón, 2004)

El estilo de vida puede estar moldeado por comportamientos que conducen a la salud. Estos están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones sociales, no siendo, por lo tanto, fijos, sino que están sujetos a cambio. Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud del individuo y en la de otros. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento. Sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida "óptimo" al que puedan adscribirse todas las personas. El nivel socioeducativo, la estructura familiar, la edad, la aptitud física, el entorno medioambiental y laboral harán más atractivas, factibles y adecuados determinados comportamientos y formas de vida (OMS, 1998). (11)

Los estilos de vida juegan un papel fundamental en las personas con diabetes, como ser la alimentación, actividad física, presencia de obesidad, consumo de alcohol, tabaco para el curso y el control de la patología.

López- Carmona en 2004 afirman que un mayor conocimiento de la patología favorece los estilos de vida saludable, cumpliendo el tratamiento fármaco-dietético, la realización de actividad física y un adecuado estado emocional lo que conlleva a una mejor calidad de vida en las personas con diabetes (18)

En Uruguay la asistencia del adolescente con diabetes en el ámbito ambulatorio se realiza a nivel privado, así como estatal; en Montevideo a nivel estatal las Unidades de diabetes y Unidades cardio metabólicas están conformadas por equipos multi e interdisciplinarios integrados por nutricionista, diabetólogo, licenciado de enfermería, auxiliar de enfermería, podólogo, que brindan una atención integral al adolescente con diabetes y su familia, así como la atención con profesionales especialistas en diabetes en los diferentes centros de atención primaria donde no están conformadas dichos dispositivos de atención.

Por otra parte, en el Uruguay existen instituciones como ser la Asociación de diabéticos del Uruguay y la Fundación de diabéticos del Uruguay sin fines de lucro que brindan educación y asistencia por un equipo multidisciplinario, asesoramiento para el adolescente y su familia, apoyo psicológico, ventas de productos e insumos, espacios de recreación, campamentos, entre otros.

La Fundación de diabetes del Uruguay es una organización sin fines de lucro, cuyo objetivo es apoyar, contener, informar y educar a niños, adolescentes y sus familias frente al diagnóstico de diabetes. La misión de esta es lograr una mejor calidad de vida en las personas con diabetes y ayudar en la prevención de esta pandemia. Defiende los derechos de las personas con diabetes fomentando el acceso al tratamiento adecuado e igualitario para todos

Promueve hábitos saludables como ser, actividad física y alimentación dos pilares fundamentales para el tratamiento de la diabetes. Desde 2009 promueve encuentros educativos con un equipo multi- interdisciplinario y entre pares. Realiza instancias de recreación y campamentos educativos en familia

## **Objetivos de la Investigación**

### **General**

Conocer los cambios que se producen a partir del diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 1 en la calidad de vida de los adolescentes en edades comprendidas entre 10 y 15 años, con diagnóstico de diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) de 1 a 3 años de antigüedad, que se asisten en la Fundación de Diabetes del Uruguay

### **Específicos**

- Indagar sobre las emociones que surgen en el adolescente a partir del diagnóstico de diabetes
- Identificar los cambios que deben realizar en el estilo de vida a partir del diagnóstico

### **Metodología**

#### **Tipo de Estudio**

El presente estudio es de carácter mixto, en el enfoque cuantitativo se realizó un análisis de las variables que caracterizaron a la población objeto de estudio mientras que desde el cualitativo se analizaron las narraciones sobre los cambios de hábitos de vida que produce el diagnóstico de DM1, en los adolescentes que se asisten en la Fundación de Diabetes del Uruguay

De acuerdo con Connery & Calandino, 1990, “la investigación narrativa es el estudio de las formas en que los seres humanos experimentamos el mundo”. Desde el punto de vista metodológico, la investigación narrativa es un proceso de recogida de información a través de los relatos que cuentan las personas sobre sus vidas y las vidas de otros. En esta forma de análisis se utilizó el relato completo para el estudio del contenido, separándolo en secciones o temas o categorías y analizando cada una de ellas en relación con el resto del relato. La narrativa es una condición ontológica para la vida. El ser humano es

un narrador de historias; por lo cual la investigación narrativa se ha convertido en un método de investigación y también en un método terapéutico. El investigador se relaciona con las personas, las necesidades e intereses en la búsqueda del conocimiento, se vuelve interesante el indagar, definir y organizar la información de la experiencia humana, vivida y definida por sus actores. (19)

Se examinaron las similitudes y diferencias temáticas existentes en las diferentes narraciones, sus categorías y tipologías, en busca de temas en común para lograr generalizaciones o de aspectos singulares para lograr una nueva narración que torna significativo los datos obtenidos. (20)

### **Universo de estudio**

Adolescentes con diabetes tipo 1, diagnosticados en los últimos 3 años que concurren a la Fundación de Diabetes del Uruguay. Se tomo como referencia hasta tres años después del diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 1 porque en esos primeros años es donde se transita por las diferentes etapas de la enfermedad, en estos primeros años se producen mayormente los cambios en el estilo de vida y a nivel psicológico. La Fundación de Diabetes del Uruguay asesora aproximadamente a 60 adolescentes en edades comprendidas entre 10 y 19 años, de los cuales un 35% tiene edades entre 10 y 15 años y el 60% de estos últimos fue diagnosticado en los últimos 3 años

### **Muestra**

El muestreo fue por conveniencia, no probabilístico. Según Ruiz e Ispizua 1989 este criterio de muestreo se rige por la facilidad en el acceso de la información y a los núcleos de acción social, existencia de contextos y personas que presenten mayor riqueza de contenido y disposición de las personas a comunicar lo que saben.

Se comenzó con la realización de entrevistas a 3 adolescentes con diabetes de la Fundación antes mencionada y así sucesivamente hasta que se alcanzo la saturación teórica, la cual determino el muestreo. La misma se alcanzo cuando la información recopilada no aporta nada nuevo al desarrollo de las propiedades y dimensiones de las categorías de análisis

De acuerdo con Dávila, A, 1999, para poder conocer los diferentes puntos de vista de las personas, influidos por ideologías e intereses propios, los muestreos que son planificados previamente, cerrados a lo imprevisto, no son convenientes para el investigador. Según la información que se fue obteniendo, determino los pasos a seguir y el avance de la investigación; para este caso se trato de un muestreo estructural no estadístico.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

Inclusión: Adolescente con diabetes entre 10 y 15 años, con diagnóstico de DM1 de 1 a 3 años de antigüedad, que se asisten a la Fundación de Diabetes del Uruguay.

Que acepten participar en la investigación y firmen el consentimiento informado.

Exclusión: Adolescentes con diabetes de 10 a 15 años con capacidades intelectuales diferentes.

### **Procedimientos para la recolección de información**

Como instrumento se utilizo una guía prefijada con preguntas orientadoras y accesorias.

Preguntas orientadoras.

¿Qué sentimientos experimentó al conocer su diagnóstico? ¿Cuál fue la actitud de su familia frente al mismo?

¿Cómo vive su experiencia con la aparición de diabetes?

¿Qué cambios tuvo que realizar en los hábitos de su vida a partir del diagnóstico de diabetes?

Cuénteme con respecto a la dinámica familiar, a su relación con amigos, al trabajo, estudio ¿pudo percibir algún cambio en la relación y/o forma de relacionarse?

Preguntas accesorias

¿Cómo reconoce el cumplimiento del tratamiento?

¿Cuáles son las expectativas sobre la evolución?

¿Cómo es el diálogo con sus familiares con los que convive y con sus compañeros y con el equipo de salud?

¿Cómo es el día a día en la actualidad?

Por otro lado, se caracterizo a la población mediante los aspectos demográficos y sociales

<p>Aspectos demográficos</p>	<p><b>Sexo:</b> Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras (1)</p> <p>Categorías: masculino-femenino-otro</p> <p><b>Edad:</b> <input type="checkbox"/>Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento. (1)</p> <p>categorías: 10.11.12.13.14.15</p> <p><b>Escolaridad:</b> Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria. (1)</p> <p>Definición operacional: Ultimo año cursado</p> <p>Categorías: escuela-liceo -utu-no estudia- otros</p>
<p>Aspectos sociales</p>	<p><b>Relación con la familia:</b> Trato o unión que hay entre dos o más personas o entidades (1)</p> <p>Buena, mala, no hay relación</p> <p><b>Composición Familiar:</b> Formación de un todo o un conjunto unificado uniendo con cierto orden una serie de elementos. (1)</p> <p>Familia nuclear: madre, padre e hijos</p> <p>Familia extensa: conyugues e hijos viven con otros miembros de la familia</p> <p>Familia monoparental</p> <p><small>1 <a href="https://www.google.com/search?rlz=1C1CHBF_esUY862UY862&amp;ssrf=ACYBGNROYkwaMa2ZqjkvotDeZyxHR5izjQ:1570913120124&amp;q=Diccionario&amp;stick=H4sIAAAAAA:AAONQesSoyS3w8sc9YSmESWtOXmOU4uLzL0jNc8IMLsnMz0ssqrTiUGJLLdY1MbTkWcTKDRRPBotn5gMANTZuyTwAAAA&amp;zx=1570913745127#dobs">https://www.google.com/search?rlz=1C1CHBF_esUY862UY862&amp;ssrf=ACYBGNROYkwaMa2ZqjkvotDeZyxHR5izjQ:1570913120124&amp;q=Diccionario&amp;stick=H4sIAAAAAA:AAONQesSoyS3w8sc9YSmESWtOXmOU4uLzL0jNc8IMLsnMz0ssqrTiUGJLLdY1MbTkWcTKDRRPBotn5gMANTZuyTwAAAA&amp;zx=1570913745127#dobs</a></small></p>

Aspectos clínicos	<p><b>Tiempo de diagnóstico de la enfermedad:</b> Período determinado durante el que se realiza una acción o se desarrolla un acontecimiento (1)</p> <p>Categorías: 1.2.3 años</p> <p><b>Conocimiento de la patología:</b> Tener información o conocimiento profundos y con experiencia directa sobre algo. (1):</p> <p>Conocimientos básicos de la enfermedad</p> <p>Conocimientos frente a una enfermedad crónica no transmisible</p> <p>Conocimiento sobre el tratamiento dietético, farmacológico.</p> <p><b>Pilares del tratamiento que realiza:</b> Pautas recomendadas para una persona con diabetes que reducen complicaciones</p> <p>Automonitoreo: Paciente mide sus valores de glicemia: si no</p> <p>Alimentación: Ingestas de alimentos que realiza</p> <p>Realiza la dieta Si no</p> <p>Colaciones Si no</p> <p>Actividad física que realiza en la semana:</p> <p>Menos de 1 hora.</p> <p>1 hora</p> <p>Mas de 1 hora</p> <p>Medicación: Dosis de insulina que recibe</p>
-------------------	---

La técnica para la obtención de la información se hizo a través de entrevistas en profundidad. Se utilizó para evaluar la calidad científica de un estudio cualitativo y por ende su rigor metodológico a través de la dependencia, credibilidad, auditabilidad y transferibilidad (Guba & Lincoln, 1989). Para el análisis de los discursos de los sujetos entrevistados se siguió el método propio de las investigaciones narrativas, construyendo categorías de análisis, haciendo énfasis en el contenido, donde se selecciona el subtexto, se definieron las categorías de contenido, se clasificó el material de los discursos.

La entrevista se grabó con autorización previa, en un lugar pactado, tranquilo, en el que el entrevistado se sienta cómodo, sin ruido y tranquilo. También se llevó un cuaderno de campo donde se anotaron gestos, actitudes, silencios entre otros.

### **Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos**

- ▣ Se envió carta formal por parte de la Facultad de enfermería, y mastrandó junto a protocolo de investigación a la Fundación de Diabetes del Uruguay para la autorización de realizar la investigación.
- ▣ Se envió protocolo a comité de ética de la Facultad de Enfermería para su evaluación y consentimiento
- ▣ Se entregó al adolescente un consentimiento informado previo a la entrevista, especificando la metodología, utilización, confidencialidad de la información obtenida previo a la aplicación de la entrevista.  
(Anexo 1y 2)

### **Plan de análisis de los resultados.**

1- Se recabaron los datos por medio de las entrevistas en profundidad a través de las preguntas orientadoras.

2- Los resultados obtenidos se expresaron mediante la selección de temas y categorías de acuerdo con los relatos de los entrevistados y siguiendo al referente narrativo.

Se realizó el análisis de contenido del texto, en base a las preguntas orientadoras identificando códigos, pudiendo desarrollar temas o categoría.

3- Se identificaron las categorías o tipologías en busca de temas comunes en las historias o relatos para determinar generalizaciones. Se añadirá todo lo registrado en el diario de campo.

4-Se procedió a la reflexión y análisis de los datos obtenidos de acuerdo con el marco teórico

Se realizó la discusión contrastando los resultados del estudio con datos e información encontrada en el Marco Teórico y Antecedentes.

En la conclusión se explica brevemente el nivel de logro de los objetivos planteados, si se respondió a la pregunta que el investigador tenía como eje de la investigación, se muestra la síntesis reflexiva de la investigación y las limitaciones que el estudio tuvo

## Resultados

Abordar la problemática de Diabetes Mellitus, es intentar conocer las diferentes reacciones desde el primer momento que recibe el diagnóstico tomando en cuenta el marco cultural donde se desenvuelve en su vida cotidiana.

La recolección de datos se realizó en el periodo 2019-2021 a través de una entrevista en profundidad, en el domicilio de la familia, lugar asistencial, individualmente y/o acompañados por un integrante de la familia. A todos se les proporcionó un consentimiento informado por escrito, el cual fue explicado y firmado por los participantes y el investigador. En el caso de las menores de edad, además de obtener su consentimiento, también firmó de autorización la madre, padre o tutor.

El rigor metodológico se llevó a cabo mediante la credibilidad, para lo cual se realizó un análisis, primero con los informantes y luego con la teoría. La auditabilidad se garantizó mediante las entrevistas audio grabadas, así como transcritas en su totalidad, se analizaron las entrevistas párrafo a párrafo, a partir de lo cual se elaboraron unidades temáticas, asignándoles etiquetas, seguido del agrupamiento hasta formar categorías. Una vez ordenados los datos obtenidos en las diferentes preguntas se procedió a estructurar las categorías y subcategorías.

La comprensión del fenómeno relacionado con las vivencias, cambios en los estilos de vida de los adolescentes con diagnóstico de Diabetes Mellitus ha sido posible mediante el análisis e interpretación de las entrevistas con los adolescentes que viven esta condición. En las mismas se pudieron obtener sus emociones, sentimientos y experiencias de vida fruto de la empatía lograda, comprendiendo cada una de las posiciones sin realizar ningún juicio de valor.

## Resultados cuantitativos

### Aspectos Demográficos

**Tabla 1.** Distribución de adolescentes según sexo

Sexo	FA	FR%
Femenino	2	33,3
Masculino	4	66,7
Total	6	100

Datos obtenidos de entrevistas de tesis

**Tabla 2.** Distribución de adolescentes según edad

Edad	FA	FR%
10		
11		
12		
13	2	33,3
14	2	33,3
15	2	33,3
Total	6	100

Datos obtenidos de entrevistas de tesis

**Tabla 3.** Distribución de adolescentes según escolaridad

Escolaridad	FA	FR%
Escuela	0	0
Liceo	4	66,7
Utu	2	33,3
Otro	0	0
Total	6	100

Datos obtenidos de entrevistas de tesis

### Aspectos sociales

**Tabla 4.** Distribución de adolescentes según Relación Familiar

Relación familiar	FA	FR%
Buena	6	100
mala	0	0
No hay relación	0	0
Total	6	100

Datos obtenidos de entrevistas de tesis

**Tabla 5.** Distribución de adolescentes según Composición familiar

Composición familiar	FA	FR%
Familia nuclear	3	50
Familia extensa	1	16,7
Familia mono parental	2	33,3
Total	6	100

Datos obtenidos de entrevistas de tesis

**Tabla 6.** Distribución de adolescentes según Con quien vive

Con quien vive	FA	FR%
Dos con Madre, padre y 2 hermanos	2	33,3
Madre, padre	1	16,7
Madre, abuela, tía y primos	1	16,7
Madre	1	16,7
Madre y hermanos	1	16,7
Total	6	100

Datos obtenidos de entrevistas de tesis

### Aspectos clínicos

**Tabla 7.** Distribución de adolescentes según años de diagnóstico

Años de diagnóstico	FA	FR%
1	2	33,3
2	1	16,7
3	3	50
Total	6	100

Datos obtenidos de entrevistas de tesis

**Tabla 8.** Distribución de adolescentes según conocimiento de la enfermedad

conocimiento de la enfermedad	FA	FR%
Si	6	100
No	0	0
Total	6	100

Datos obtenidos de entrevistas de tesis

**Tabla 9.** Distribución según pilares del tratamiento

Conducta de autocuidado	Realiza	A veces	Nunca	Total
Realiza automonitoreo	6			6
Cumple Plan alimentación	3	3		6
Realiza colaciones	2	2	2	6
Realiza actividad física	6			6
Se auto inyecta insulina	6			6

Datos obtenidos de entrevistas de tesis

En cuanto al análisis cuantitativo se realizó una caracterización de 6 adolescentes donde se pudo conocer que el 66,7% son de sexo masculino y el 33,3 del sexo femenino, con respecto a la edad el 33,3 % tiene 13 años, 33,3% 14 años y 33,3 % 15 años, cuando se indago por los años que habían sido diagnosticados el 50% tiene respondió 3 años, el 16,7 % 1 año y el 33,3 % 2 años. El 100% está inserto en el sistema educativo.

Con respecto a la constitución familiar se pudo observar que el 50 % pertenece a una familia nuclear, 33,3 % familia mono parental y 16,7% familia extensiva. El 100% de los adolescentes refirieron que la relación con su familia es buena.

La mayoría de los adolescentes frente al diagnóstico desconocían la condición de una enfermedad crónica como la diabetes, pero todos coinciden que al pasar los años del diagnóstico fueron adquiriendo mayor conocimiento y autonomía.

Con respecto a los pilares del tratamiento todos realizan automonitoreo, y se administran la medicación.

Cuando se les pregunto por la alimentación los adolescentes con mas año de diagnóstico se adhieren mejor al tratamiento dietético mientras que aquellos con menos años aun no aceptan el cambio, y continúan realizándose "trampas". Cuando consumen algo fuera de la dieta se automedican para regular la glucemia.

Con respecto a las colaciones el factor olvido o por estar en horario de clase se hace más difícil.

Uno de los adolescentes entrevistados concurre a un comedor escolar y allí en un principio se le hacía difícil realizar dieta, pero en ahora están incorporando alimentos recomendados para el adolescente con diabetes.

En relación con el ejercicio todos realizan por lo menos 2 horas semanales, el motivo es que en las instituciones donde están vinculados tienen esa actividad curricular.

La medicación todos usan insulinas de acción rápida y de acción prolongada

## **Resultados Cualitativos**

### **Pregunta 1 ¿Cual fue tu reacción o sentimiento frente al diagnóstico?**

#### **Categoría 1 : Percibiendo lo desconocido**

( A1 ) Fuimos con mi mama al médico a control y le dije a la doctora que no podía hacer mucha gimnasia porque me sentía cansado, bueno .....raro quería estar siempre acostado, no quería hacer nada.....

( A2 ) Me empecé a sentir mal, no podía hacer mucho ejercicio, tomaba mucha agua sentía sed entonces fui a mi doctora la que me conoce desde chiquito (mira para abajo y se sonríe) a ver que me pasaba y me dijo que tenía que hacerme unos estudios, le pregunte estudios para? y me dijeron que podía tener diabetes (...)

( A2 ) yo ya había sentido de esa enfermedad porque mi abuela tiene (...)

( A1 ) Después de que me pincharon para sacarme sangre tuvimos que esperar y me dijeron que tenía una enfermedad, que era diabetes

(A3) ¡¡¡¡Fui de control al médico para que me hiciera el carné para poder ir al club, y me vio pasada de kilos entonces me enoje porque me había tratado de gorda!!!! (se ríe), me pregunto qué comía y después me dijo que me iban a pinchar un dedo para ver cómo estaba mi azúcar en sangre (...)

#### **Categoría 2 : Reaccionando en el primer momento**

(A1) yo no sentí nada en ese momento, porque yo no tenía ni la menor idea qué era, dije: ha de ser como una gripe(sonríe) y dije ¡ah está bien!!! (...)

( A2 ) yo ya había sentido de esa enfermedad porque mi abuela tiene (...)

(A3) No sabia que era, me sentí como nervioso (A6) (...) Ahora también me da bronca, me enoja, cuando tengo la glucemia alta... me enoja nada más conmigo

#### **Categoría 3 : Profundizando la información**

(A1) cuando me dijeron que me iban a internar porque estaba muy alta fue cuando yo solté el llanto....

( A2 ) Después me fui para casa pensando, todavía no me había dado cuenta muy bien de que me estaban hablando.....Pensé tendré que averiguar para ver bien que es y que era lo que tenía que tomar y comer

(A3) le pregunte y me explico un poco y me dijo que nos íbamos a ver mas seguido así podíamos ir conociendo mas de esta enfermedad.....dijo que nos íbamos a ver mas seguido así podíamos ir conociendo mas de esta enfermedad y como tratarla y que cambios tenia que hacer TODO NUEVO PARA MI!!

**Pregunta 2. ¿Cuál fue la actitud de su familia frente al mismo?**

**Categoría 1 : Percibiendo lo desconocido**

(A1) Tomaron las cosas con calma (pienso) Después mis padres cambiaron al pasar los días se pusieron nerviosos Pensaron que vamos hacer ahora!!!! (...) A mi mama la veía desconsolada

(A2) cuando llegamos a casa mis padres pensaron que no iban a poder nunca (...)

**Categoría 2: Reaccionando en el primer momento**

(A3) (...)¿Por que a mi?¿que hice mal? Creo que se sintió culpable (...) porque le dijo ¡falle como mama! ¡es mi culpa! (...)

(A5) (...) A mi no me gustaba la cara de preocupación de mama (...)

(A6) Horror (...) fue muy complicado

**Pregunta 3: ¿ Como fue su experiencia al conocer que tenía diabetes?**

**Categoría 2 : Reaccionando en el primer momento**

(A1) La verdad como te dije antes nada des(...) pues sentí miedo

(A2) Yo no sabía nada de esta enfermedad (...)

(A5) me dieron muchas ganas de llorar (...) (A6) (...) a veces me enojo(...)

### **Categoría 3 : Profundizando la información**

(A3) Cuando me explicaron bien y supe que era y que tenía diabetes me puse a llorar, no lo podía creer, me enoje.

(A4) pensé yo no voy hacer todo eso, no debe ser para tanto(...)

### **Pregunta 4 y 10 : Cambios que tuvo que realizar en los hábitos de vida a partir del diagnóstico de diabetes y en el día a día en la actualidad**

#### **Categoría 4: Actitud frente a la enfermedad**

(A1) al principio no quería hacer ningún cambio, porque me gustaba comer todo lo que no se podía (.....) (A3) cuando me entere las cosas que tenía que hacer no me gustó mucho (...)

(A1) (...) ahora estoy con conteo de carbohidratos parece difícil pero puedo comer algo más.....(A3) (...) el nutricionista me enseñó conteo de carbohidratos al principio es difícil, pero ahora lo hago y me parece genial!!

(A5) si cambie...no queda de otra....si quiero estar bien (...) fue difícil porque no me gusta comer sano, y no estoy acostumbrado a comer verdura, me cuesta mucho trabajo.....(A6) (.....)ahora comemos más temprano

(A1) me levanto, me baño, me pincho.....(A2) (...) me doy la insulina.....(A3) (...) vuelvo a casa y bueno sigo haciendo cosas (A6) hago lo de siempre....me cuido

### **Preguntas 6 y 9: Cambios en la relación y/o forma de relacionarte con familia, amigos, compañeros de estudio y diálogo con tus familiares con los que vive, con sus compañeros y con el equipo de salud**

#### **Categoría 5: Relaciones sociales**

(A1) Todo cambio primero fue medio lio pero después mis padres empezaron a cocinar distinto, mamá empezó a conocer recetas que le dijo la nutricionista y a veces cocina para todos igual.....y es rico. Mis amigos primero se burlaban pero después vieron cómo me sentía si hacía algo mal, entonces ahora me rezongan ....se ríe.... No mentira trata de que yo pase bien cuando estoy con ellos

*(A3) Con mi familia discuto, pero no solo con la enfermedad sino por todo, claro a veces parece que no me entienden, con mis amigas re bien y con los de la policlínica unos genios*

*(A4) Con mi mama nos peleamos un montón ella quiere que yo haga todo y yo quiero que me deje tranquilo, se pone repesada, con mis amigos todo bien y con los médicos.....(se ríe) nada voy escucho lo que me dicen y nada*

*(A2) Mi abuela hace la comida para nosotros y no me gusta, en casa a veces comemos lo mismo pero es caro me dicen cocinar para todos,*

### ***Preguntas 7 y 8 Cumplimiento del tratamiento y Expectativas frente a la enfermedad***

#### ***Categoría 6: Relación con tratamiento***

*(A1) ahora bien, antes un desastre.....(A2) conocerlo lo conozco de ahí que lo haga.....(A3) (...)cundo voy a un cumple me como todo, pero la insulina me la doy*

*(A5) cundo estoy bien (A6) no, ahora cocinamos para todos iguales. Si la única diferencia es que el debe tener hidratos de carbono (...)*

*(A1) Pienso que va a estar todo bien, ahora estoy haciendo todo lo que me dicen y trato de portarme bien.....*

*(A5) Ninguna trato de estar bien*

*(A6) En mi futuro con la diabetes nunca eh pensado.*

<b>Categoría</b>	<b>Sub categoría emociones</b>
<i>Percibiendo lo desconocido</i>	<i>Desconocimiento asombro negación miedo</i>
<i>Reaccionando en el primer momento</i>	<i>Llanto  Tristeza  enojo</i>
<i>Profundizando la información</i>	<i>Enojo  Resignación  preocupación</i>
<i>Actitud frente a la enfermedad</i>	<i>Miedo culpa  Rebeldía</i>
<i>Relaciones sociales</i>	<i>Apoyo familiar  negación/aceptación</i>
<i>Relación con el tratamiento</i>	<i>Negación /aceptación</i>

## Discusión

El análisis de las entrevistas permitió construir las categorías mencionadas, develando algunos aspectos susceptibles de ser interpretados y discutidos a la luz de estudios relacionados al tema.

Por medio de estas se pudo conocer los cambios de estilo de vida de los adolescentes frente al diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo1 sus vivencias y las de sus familias así como comprender y entender los problemas que se les presentan frente al mismo.

De acuerdo con Mendoza Cordero, las reacciones emocionales frente a una enfermedad crónica como la diabetes se ven manifestadas en una gama de sentimientos que se vivencian día a día, pasan por un proceso de duelo, éste a su vez está conformada por cinco etapas: negación o aislamiento, miedo, culpa, enojo, confusión y depresión. Revela que una persona diagnosticada con una enfermedad crónica pasa por dichas etapas del duelo y también alude que son 5: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

Según Henry en 1986 una emoción es un estado afectivo que se experimenta, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos fisiológicos y endocrinos de origen innato, influidos por la vivencia e historias de vida. Las emociones tienen una función adaptativa de nuestro organismo a lo que nos rodea. Es un estado que sobreviene súbita y bruscamente, en forma de crisis más o menos violentas y pasajeras.

En el ser humano la vivencia de una emoción generalmente involucra un conjunto de cogniciones, actitudes y creencias sobre el mundo, que utilizamos para valorar una situación concreta y, por tanto, influyen en el modo en el que se percibe dicha situación

El diagnóstico diabetes en los adolescentes entrevistados en primera instancia aparece una pasividad frente al mismo mayoritariamente por el desconocimiento de la enfermedad, algunos habían sentido hablar de la diabetes en forma puntual, pero luego cuando se les brindó más conocimientos de ésta empezaron a surgir diferentes sentimientos como ser rechazo, miedo,

tristeza, sorpresa. Izard y Ekman hablan de emociones básicas como parte esencial de las personas, ya que consideran que se trata de procesos directamente relacionados con la adaptación y la evolución, que tienen una esencia neural innata, universal y un estado afectivo asociado único coinciden en que las emociones básicas son: ira, asco, tristeza, miedo, desprecio, sorpresa; y por su parte Izard agrega el placer e interés, mientras que Ekman le suma la alegría

Dichas emociones se pudieron analizar en los siguientes relatos

*“No podía creer que tengo diabetes, nadie en mi familia tiene”*

*“El primer momento que recibí el diagnóstico (...) no lo podía creer, cuando me dijeron que me internaban me puse a llorar”*

*“No tenía idea de que me hablaba(...)”*

Tener diabetes representa un impacto trascendental en la vivencia de quien está involucrado de forma directa o indirecta, generando una serie de emociones.

Además, representa un momento difícil de asimilar, debido a que se vive en el principio un estado de negación al no aceptar su condición de tener una enfermedad crónica que los va a acompañar durante toda su vida, es importante que los adolescentes vean las reacciones y las alternativas que tiene para sobrellevarla

Frente al diagnóstico de diabetes la primera emoción que se encontró es el miedo el mismo es generado por pensamientos sobre cosas buenas o malas. Es una reacción de sobresalto cuando se evalúa una situación como peligrosa y se desea evitar un posible daño. Sin embargo, la falta de conocimiento sobre la magnitud de la enfermedad o ignorancia ante los riesgos y cuidados que la diabetes demanda, hace que no sea tan alarmante la noticia. (Damasceno, M., Loureiro, M., & Caetano, J. 2000).

Aunado al miedo sobresale otra sub categoría que se denomina enojo Los pacientes con enfermedades crónicas experimentan una gama de sentimientos como enojo hacia la enfermedad porque tiene que lidiar a diferentes cambios en su estilo de vida. Sienten impotencia al no poder llevar su vida con la normalidad como lo hacían antes, las circunstancias en su mayoría negativa perjudican en parte su estado de salud. (López, D. 2010).

El enojo puede presentarse en el momento del diagnóstico, con la pregunta, "*¿Por qué yo?*" "*No quiero hacer el tratamiento. No quiero dejar de comer algunas cosas ¡La odio!*"

Una de las razones por las que el enojo y diabetes con frecuencia van de la mano es que la diabetes hace que uno se sienta muchas veces amenazado por los diferentes síntomas que se puedan presentar en las hipo e hipoglucemias. Si bien es cierto que el enojo puede causar más daño que beneficios para lograr niveles de glucemia normales, la frustración también puede motivarlo a actuar con decisión y lograr un cambio en su actitud que conlleve a protegerse. (American Diabetes Association, 2015).

El enojo es una emoción natural, y si se la ve de una manera positiva, puede ser una motivación que ayude a lograr a realizar cambios de comportamiento de estilo de vida más saludables. Sí, está inseguro acerca de su salud y su futuro, puede generar sentimientos negativos sobre su vida y se pregunta: "*¿Por qué a mí?*". También se siente sentimientos de enojo por tener que cambiar su estilo de vida y adoptar nuevos comportamientos, sin embargo, es posible afirmar que el enojo constante afecte sus niveles de glucosa en sangre. (Nadal, R. 2010).

La irritación constante, es una de las tantas emociones que puede sufrir un adolescente diagnosticado con diabetes, la misma se trata de una reacción natural ante la aparición de la enfermedad. Una de las razones por las que el enojo y la diabetes van de la mano frecuentemente es porque las personas se sienten amenazadas frente a la preocupación que representa el cambio de vida o el temor a las consecuencias que pueda traer para la salud.

Los adolescentes tienen un sentimiento de enojo frente a la enfermedad; el cual se convertirá en un hábito difícil de desagregarse de la realidad y la subjetividad junto a la tristeza, rebeldía, características propias que se vivencian al tener una enfermedad crónica que muchas veces deteriora su estado de salud integral individual y colectiva.

La Tristeza es una de las emociones básicas del ser humano, es el sentimiento negativo que se caracteriza por el decaimiento en el estado de ánimo habitual que se acompaña de una reducción significativa en su nivel de actividad cognitiva y conductual cuya experiencia subjetiva oscila entre la congoja leve y la pena intensa. (Antuna,2013, p.23).

En un primer momento muchas veces es vivenciada como un dolor paralizante que no nos deja fuerza para actuar, sino tan sólo para llorar y así sacar el dolor. Nos deja el ánimo aplanado, casi sin expresiones ni deseos.

Torres menciona que las situaciones por lo que pasan las personas con una enfermedad crónica es insatisfactoria, provocando en ellos sentimientos de tristeza sobre todo si no tiene con quien compartir sus cosas.

En los adolescentes entrevistados puede apreciar que el sentimiento de tristeza está presente frente al diagnóstico de diabetes ya que es una enfermedad crónica que van a tener que llevar un tratamiento para toda su vida, ese sentimiento se hace presente tras la percepción al no poder llevar una vida con la normalidad como lo hacían antes. (Torres, E.2014)

*Me sentí triste con esta noticia (...) es triste que te digan que esta enfermedad es para siempre*

*Al inicio me sentí muy triste. (...)*

*Me sentí muy triste al tener esta enfermedad (...) por mí y por mi mama (...)*

Los adolescentes con diabetes experimentan sentimientos de tristeza de forma inevitable ya que el mismo hecho de tener modificaciones en su vida les vuelve más sensibles y vulnerables, que muchas veces repercuten en el tratamiento. Otra sub categoría que aparece es la rebeldía la misma es una característica un comportamiento propio del adolescente que se pone de manifiesto en sus actitudes, protestando, desafiando, oponiéndose a las normas o a lo establecido, desobedeciendo sin medir las consecuencias. Esta se ve reflejada en el incumplimiento de los pilares del tratamiento, no realizar las colaciones, ni la dieta, auto monitoreo

En el ámbito familiar, en la presente investigación develo que casi todas las familias tienen problemas relacionados con la presencia de esta enfermedad, debido a los cambios de comportamiento producidos como consecuencia de la misma, que son en el sentido de una mayor preocupación y sobre protección hacia sus hijos

La aparición de la diabetes enfrenta al sistema familiar a una situación nueva e inesperada implica la carga emocional de una enfermedad que no se “cura”, que requiere ser tratada por el resto de la vida, que exige medidas terapéuticas basadas en los cambios a los hábitos de vida, en el sentido dietético y del ejercicio físico, con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia que pueden ir surgiendo y originando una incapacidad que sobrecarga aún más el sistema.(13)

La familia cuando a la persona se le habla de las implicaciones del diagnóstico, estas emociones aumentan negativamente, lo que impide asimilar de forma clara los cuidados que se deben tener

La diabetes resulta aterradora al principio debido a que es algo nuevo y no sabe mucho sobre esta enfermedad. No está seguro de lo que sucederá próximamente. *¿Cómo afectará su mente y su cuerpo? ¿Cuán grave es la enfermedad? ¿Y las complicaciones?* Al enterarse del diagnóstico de diabetes se experimentan emociones como miedo y temor, producto de la incertidumbre de no saber si serán capaces de sobrellevar los cuidados que implica la enfermedad (Carvalho, M.2005). Esto coincide con Marcelino, (2011) en su estudio titulado “Reflexiones sobre la diabetes tipo 1 y su relación con las emociones”, en el que describen que la diabetes genera miedo y baja autoestima. Además, mencionan que las emociones dependen de los recursos económicos de la familia, así como de la personalidad de cada integrante y de cómo fue dado el diagnóstico. (Marcelino, F.2011).

A menudo se busca culpar a alguien de la enfermedad, *“¿porqué a mí? ¿que hicimos mal?”*

*“Tuve miedo a las complicaciones de la enfermedad (...)”*

*“Tiene miedo a la enfermedad (...) a no saber cómo realizar el tratamiento, que cocinar...”*

*“Sentí horror”*

En las entrevistas se pudo analizar que en los momentos de incertidumbre para la familia como para el adolescente diagnosticado, es importante contar con redes de apoyo para soportar las crisis, el estar entre pares favorece la aceptación, disminuye miedos.

Las fuentes de apoyo, con los que puede contar una persona son padres, hermanos, amigos, vecinos, compañeros, hasta profesionales especializados. De éstos, la familia se ha considerado la primera fuente de apoyo (Cardoso, Ramos, José Vaz, Rodríguez, & Fernández, 2012).

En la medida en que un integrante de la familia o un cuidador pueda acompañar al adolescente en el proceso de duelo, promover el control y tratamiento del adolescente con diabetes, también con la colaboración del resto de los integrantes de la familia, amigos y sus redes sociales de apoyo, se conseguirá mayor comprensión y apego al tratamiento por parte del adolescente y su familia. Así lo manifiesta Cifuentes, 2005 en su trabajo "Familia, apoyo o desaliento para el paciente diabético"

El apoyo familiar repercute positivamente en la manera en la aceptación de la enfermedad y se adaptan a ella, el apoyo familiar lo refieren como la disponibilidad de la familia para escuchar, tenerles paciencia, atender sus demandas, y refieren algunos de los beneficios como son el proporcionar seguridad, consuelo, tranquilidad cuando se requiere ayuda. La familia favorece el apego a la terapéutica y por consiguiente ayuda al control de su enfermedad.

Cuando se hace referencia a calidad de vida, el nivel socio educativo, la estructura familiar, la edad, la aptitud física, el entorno medioambiental y laboral harán más atractivas, factibles y adecuados determinados comportamientos y formas de vida (OMS, 1998), frente al diagnóstico y el cumplir con los pilares del tratamiento se hace difícil ya sea porque no todos en la casa comen la misma comida por motivos económicos, culturales, no consumir frutas y verduras diariamente, a veces hasta realizarse el auto monitoreo y administración de la medicación pueden resultar una problemática para el adolescente.

Pasada la impresión del diagnóstico, los pacientes en el convivir con la enfermedad comienzan a aceptarla más que nada con miedo a tener alteraciones en la glucemia, resignación y conformidad como afirma López-

Carmona en 2004 que un mayor conocimiento de la patología favorece los estilos de vida saludable, cumpliendo el tratamiento fármaco-dietético, la realización de actividad física y un adecuado estado emocional lo que conlleva a una mejor calidad de vida en las personas con diabetes

El cuidado es la conjunción del conocimiento, habilidad psicomotriz, experiencia, intuición, sensibilidad, consideración y respeto por el ser humano: cliente, familia, comunidad (Waldow, 1999).

Es importante y necesario contar con redes de soporte que otorguen respaldo al adolescente, cabe señalar la importancia del soporte social otorgado por los profesionales de la salud pues causará beneficios en el bienestar de los pacientes con diabetes al sentir que alguna o más personas de su entorno se preocupan por su salud, y de este modo, contribuirán a asegurar la asistencia a sus controles y chequeo médico. (Palomino, G,2008)

Cuando se indaga sobre los cambios en los Estilos de vida los adolescentes identifican y saben que todos los miembros de la familia sufrieron un choque con el diagnóstico de la enfermedad, percibiendo cambios en la familia. Los hábitos alimentarios son alterados estableciendo horas para las comidas, muchas veces se ve la dificultad económica para poder ofrecer la misma comida a todos los integrantes de la familia. La dinámica familiar, las salidas son planificadas teniendo presente el transporte, cuidado y refrigeración de la medicación. Las relaciones familiares se ven modificadas siendo en muchos de los casos el adolescente con diabetes el centro de atención y cuidado al mismo tiempo que la enfermedad va siendo incorporada a la rutina de la familia Según la OMS 1998 los estilos de vida individuales, están caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto en la salud del individuo y en la de otros. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento. Sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida "óptimo" al que puedan adscribirse todas las personas. El nivel socio educativo, la

estructura familiar, la edad, la aptitud física, el entorno medioambiental y laboral harán más atractivas, factibles y adecuados determinados comportamientos y formas de vida

Con respecto al personal de salud, los entrevistados identifican a las nutricionistas con la palabra “genias” las mismas por cómo se ven involucradas en el tratamiento dietético, psicólogas que ayudan en la aceptación de esta patología a adolescentes y familias a los médicos y al donde especifican personal de enfermería es el que tiene más contacto con el adolescente con diabétes, con lo cual serán éstos los encargados de enseñarles las técnicas que deben poner en práctica de manera diaria para prevenir una de las complicaciones que presenta la enfermedad. De la misma manera, también deben valorar el impacto que estas pueden producir en la vida del paciente.

Según Ramos enfermería se ha caracterizado por ser una profesión que se dedica al cuidado del individuo, familia y la comunidad, por lo que merece desarrollar y defender actitudes y capacidades que favorezcan el ser y su hacer, y logre así un profesional capaz, humano, solidario, crítico, responsable y creativo en su actuar, cualidades que permitan satisfacer las necesidades de las personas. En este sentido el desempeño profesional se manifiesta como actividad práctica social del profesional de enfermería, que, en su relación con su realidad asistencial, no solo logran el conocimiento de esa realidad sino su transformación de sí mismos.

Es importante señalar que el cuidado de enfermería debe ser continuo y no esporádico, un proceso de interacción entre enfermera paciente, a la par dialógico en la enseñanza que el profesional de enfermería está comprometido a proporcionar. (pardo, Y.2008).

Enfermería cumple un rol importante teniendo como objetivo promover un cambio en los hábitos de conducta del adolescente, fomentan el auto-cuidado y la autorresponsabilidad de su salud.

Es importante que el personal de salud reconozca las etapas de las reacciones emocionales frente a una enfermedad crónica ya que mediante ello se va a comprender cada uno de los sentimientos y experiencias y de esta manera contribuir en su cuidado integral

## **Conclusiones.**

La presente investigación me permitió conocer, analizar y comprender las emociones y los cambios en los estilos de vida, por los que transitan los adolescentes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1, los resultados mostraron que los comportamientos de los adolescentes con diabetes están asociados a una serie de sentimientos y reacciones emocionales propios ante la noticia del diagnóstico y la etapa del ciclo vital que están cursando.

Frente al diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 1 se desencadenan una serie de reacciones como: miedo, negación, piensan que lo que está sucediendo no es real, luego se produce el enojo, rebeldía, tristeza, temen afrontar un cambio de vida y un tratamiento totalmente desconocido, finalmente después de atravesar las diferentes emociones logran aceptar su condición. El apoyo familiar y el equipo de salud favorece el tratamiento y recuperación de la salud del adolescente con diabetes y además le permite afrontar positivamente su nuevo estilo de vida.

Se pudo identificar el valor que el adolescente expresa al poder compartir entre pares sus experiencias de vida, pertenecer a grupos que incentiven, fomenten, brinden educación, contribuyan a fortalecer el tratamiento fármaco dietético y la realización de ejercicio

El conocer las experiencias de vida deben motivar a los profesionales para realizar un abordaje multidisciplinario e interdisciplinario con un enfoque integral persona-familia y comunidad con un equipo para favorecer la inserción de este en los diferentes ámbitos. Es indispensable que el profesional de la salud y principalmente el equipo de enfermería esté dispuesto a dialogar con los adolescentes con esta condición, poder acordar estrategias para enfrentar la convivencia diaria con la misma, acompañar los diferentes estadios del duelo, los cambios que su vida tomará un camino distinto al que estaban acostumbrados a andar es necesario construir un auténtico cuidado a la salud

Las limitaciones que se encontraron al realizar la investigación fueron en un principio el no poder coordinar las entrevistas con los adolescentes ya que los mismos eran menores y se necesitaba el consentimiento de los padres, lo cual en muchos casos la coordinación fue un impedimento por horas de trabajo prolongadas, y cuando se logró coordinar alguna entrevista existieron cancelaciones por parte de los padres.

Luego la pandemia con los diferentes protocolos establecidos por el Ministerio de Salud no permitió el avance de las entrevistas. Luego con la disminución de casos este año se pudo restablecer el trabajo de campo

Por ultimo los relatos de los adolescentes fueron muy escuetos en sus respuestas, la mayoría expresaba vergüenza al dar sus respuestas. Se manifestaba inquieto en la silla, no se pudieron lograr mayores expresiones , por lo que la entrevistas no fueron muy extendidas en el tiempo.

## Referencias bibliográficas.

1. Pineda Pérez S, Aliño M. (eds). El Concepto de adolescente. En: Márquez R, Colas E. Manual de prácticas clínicas para la atención en la adolescencia. 2ª Ed. La Habana, Cuba: MINSAP 2002.15-24. Cap. 1 Disponible en: <https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/Capitulo%20I.pdf>
2. Martínez B, Torres L. Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino dependiente. *Psicología y Salud*. México 2007. 17(2). Disponible en:  
<https://biblat.unam.mx/es/revista/psicologia-y-salud/articulo/importancia-de-la-familia-en-el-paciente-con-diabetes-mellitus-insulinodependiente>
3. Sanz O. Un adolescente con diabetes. En: La diabetes de mi hijo Manual de Apoyo psicológico para padres de niños y adolescentes con diabetes tipo 1. Madrid: Medtronic. Ibérica 1014. 41-52. Cap. 3 Disponible en : [http://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones\\_ficheros/7/ladiabetesdemihijo1.pdf](http://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/7/ladiabetesdemihijo1.pdf)
4. López Carmona JM, Rodríguez Moctezuma J.R, Ariza Andraca C.R, Martínez Bermúdez M. Estilo de vida y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Validación por constructo del IMEVID. Vol.33 Issue 1, Atención Primaria 2004 Disponible en: [www.sciencedirect.com/journal/atencion-primaria/vol/33/issue/1](http://www.sciencedirect.com/journal/atencion-primaria/vol/33/issue/1)
5. Segunda encuesta nacional del Ministerio de Salud Pública (MSP) sobre Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/2da-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-de-enfermedades-no>
6. Balarini Barboza C, Bremermann M, Rizzo M, Rodríguez. Como perciben las familias que integran la Fundación de Diabéticos del Uruguay, la calidad de vida de sus hijos adolescentes diabéticos tipo I

7. Camacho L, Lucero L, Fernández A., Agazzi B, Ferreira A. Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo I. Un enfoque desde la perspectiva de los actores. Enfermero Montev. Vol. 1(3). Montevideo junio 2013. Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/871>
8. Ortiz M. Estrés, Estilo de Afrontamiento y Adherencia al Tratamiento de Adolescentes Diabéticos Tipo 1. Terapia Psicológica. Chile. 2006, 24(2): 139–148. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/785/78524203.pdf>
9. Dávila Adriana. Adolescentes diabéticos. Monografía. Universidad de Los Andes Venezuela; 2007. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos55/adolescentes-diabeticos/adolescentes-diabeticos2.shtml#ixzz3vTtQvg00>
10. Avendaño Monje Maria Jose, Barra Almagiá Enrique. Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. Ter Psicol [online]. 2008, vol.26, n.2, pp.165-172. ISSN 0718-Chile Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000200002>
11. Guerrero Montoya Luis Ramón, León Salazar Aníbal Ramón. Estilo de vida y salud. Educerc, vol. 14, núm. 48, enero-junio, pp13-19. Universidad de los Andes Mérida, Venezuela. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/356/35616720002.pdf>
12. Sánchez O, Romero A, Rodríguez V. Adolescentes Diabéticos: El problema de la no adherencia al tratamiento. Acta pediátrica de México. Vol. 33(3) México Mayo-junio 2012. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2012/apm123i.pdf>
13. Federación Internacional de Diabetes. ¿Qué es la Diabetes? Bélgica 2015. Disponible en: [https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones\\_ficheros/95/IDF\\_Atlas\\_2015\\_SP\\_WEB\\_oct2016.pdf](https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf)
14. Mendoza Cordero G. Incidencias de pacientes con diabetes - 2016 - Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho – 2016. Disponible en:

- <https://1library.co/document/z1ex41py-incidencias-pacientes-descompensada-intensivos-hospital-regional-mariscal-ayacucho.html>
15. Schwartzmann L, Olaizola I, Guerra A, Dergazarian S, Francolino C, Porley G, Ceretti T. Validación de un instrumento para medir calidad de vida en hemodiálisis crónica: perfil de impacto de la enfermedad. Rev. Med. Urug. 1999; Vol. 15 N°2: 103-109. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-270285>
  16. D Arcy Liness, PhD. Vivir con una enfermedad crónica (para adolescentes). Teens Health. Octubre 2013. Disponible en: <https://www.childrensmn.org/educationmaterials/teens/article/10103/vivir-con-una-enfermedad-cronica/>
  17. Domínguez De la Ossa Elsy, Herrera González José Darío. La Investigación narrativa en psicología: Definición y funciones. Psicología desde el caribe Vol. 30 n°3, setiembre 2013.
  18. Balcazar Nava Patricia, Gurrola Peña Gloria, Bonilla Miño Martha, otros. Estilo de vida en personas adultas con Diabetes Mellitus 2. Revista Científica electrónica de Psicología ICSa-UAEH N°6 2008. Universidad Autónoma del Estado de México. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/256981879\\_Estilo\\_de\\_vi...](https://www.researchgate.net/publication/256981879_Estilo_de_vi...)
  19. Sparkes Andrew C, Devis Devis José. Investigación narrativa y sus formas de análisis: Una visión desde la educación física y el deporte. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/expomotricidad/article/view/335323>
  20. Orcasita L, Uribe A. La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. Psychol. av. discip. Bogotá. 2010 4(2) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-23862010000200007>
  21. Rondón Bernard J. Variables Psicosociales Implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: Aspectos conceptuales investigaciones y hallazgos. Revista electrónica de Psicología Izcala. Vol. 14(2). México 2011. Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2011/epi112h.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2011/epi112h.pdf)
  22. Buchhorn E, Damião C, Marques C. Siendo transformado por la enfermedad: La vivencia del adolescente con diabetes. Rev Latino-am

Enfermagem. Brasil 2007.15(4). Disponible en:  
[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es\\_v15n4a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a08.pdf)

23. Lopez U, Martinez M, Moreno E. Vivencias de adolescentes entre 15 y 19 años com diagnostico de diabetes mellitus tipo 1 que viven em Bogota 2012. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/13725>

24. Ramos Linares, Piqueras Rodríguez, Martínez González, Oblitas Guadalupe. Emoción y Cognición: Implicaciones para el Tratamiento. Ter Psicol v.27 n.2 Santiago dic. 2009

<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200008>

## **Anexos**

### **Anexo1**

Información sobre la investigación:

El Título del estudio:  
Cambios en el Estilo de vida en adolescentes con Diabetes entre 10 y 15 años,  
con diagnóstico de DM1 de 1 a 3 años de antigüedad, que asisten a la  
Fundación de Diabetes del Uruguay.

La finalidad de la investigación es conocer tu experiencia, que me cuentes  
como te sentiste o pensaste cuando te dijeron que tenías Diabetes Mellitus tipo  
1, y a partir de que sabes el diagnóstico de diabetes que cosas cambiaron en tu  
manera o forma de vivir.

La investigación no va a ocasionar o producir ningún riesgo, la misma va a  
servir para ampliar conocimientos y poder ayudar a mejorar la atención en los  
diferentes lugares donde concurren los adolescentes con diabetes desde una  
mirada más integral y específica.

La información brindada o las respuestas que realices a las diferentes  
preguntas serán de absoluto secreto; la metodología de registro de la entrevista  
será por medio de una grabación de esta.

Si en algún momento hay alguna pregunta o tema que afecte tus emociones  
estas en todo tu derecho no contestar o dar por terminada la entrevista cuando  
lo creas conveniente.

## Anexo 2

### Consentimiento

Quien suscribe..... (madre-padre-tutor-representante legal) de .....

Hemos recibido información respecto al estudio Cambios en el Estilo de vida en adolescentes con Diabetes entre 10 y 15 años, con diagnóstico de DM1 de 1 a 3 años de antigüedad, que asisten a la Fundación de Diabetes del Uruguay cuyo objetivo es:

Identificar la percepción y experiencias de los adolescentes entre 10 y 15 años, con diagnóstico de diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) de 1 a 3 años de antigüedad, que se asisten en la Fundación de Diabetes del Uruguay fui debidamente informado de los riesgos y beneficios de la participación en esta investigación.

Hemos podido realizar todas las consultas respecto a la investigación, y se nos ha entregado una hoja de información.

También se nos ha informado que se puede retirar de la misma cuando lo desee y que la misma no será perjudicial para su persona.

Doy mi consentimiento a participar del estudio a.....

Firma y aclaración  
(padre-madre-tutor-representante legal)  
Cédula de identidad

Firma y aclaración  
(participante)  
Cédula de identidad

Firma y aclaración  
(investigador)  
Cédula de identidad  
Número telefónico

### **Anexo 3**

#### **Entrevista**

Se da la bienvenida a la entrevista, luego se explica el propósito de esta, se agradece su participación. Se solicita permiso para grabar la misma y se da el consentimiento informado.

Formulario

Estadísticas

¿Cuántos años tiene?

¿Cuánto hace que se le diagnóstico diabetes?

¿Había sentido antes hablar de la diabetes y que tipo de enfermedad es?

En que barrio vive

¿Tiene un centro de atención cerca de la misma?

¿Con quién vive?

¿Cómo está compuesta su familia?

¿Estudias? ¿Hasta qué año cursaste?

¿Trabaja?

Reacción frente al diagnóstico

Preguntas orientadoras.

¿Qué sentimientos experimentó al conocer su diagnóstico? ¿Cuál fue la actitud de su familia frente al mismo?

¿Cómo vive su experiencia con la aparición de diabetes?

¿Qué cambios tuvo que realizar en los hábitos de su vida a partir del diagnóstico de diabetes?

Cuénteme con respecto a la dinámica familiar, a su relación con amigos, al trabajo, estudio ¿pudo percibir algún cambio en la relación y/o forma de relacionarse?

Preguntas accesorias

¿Cómo reconoce el cumplimiento del tratamiento?

¿Cuáles son las expectativas sobre la evolución?

¿Cómo es el diálogo con sus familiares con los que convive y con sus compañeros y con el equipo de salud?

¿Cómo es el día a día en la actualidad?

#### **Anexo 4**

Carta de autorización

Dirección Fundación de Diabetes del Uruguay.

Presente:

Por medio de la presente quien suscribe Lic en Enfermería Leonilda De Franco, solicita a usted que autorice a realizar una investigación a los efectos de realizar su tesis de maestría.

La misma consiste en entrevistar a los adolescentes con diabetes que concurren a la Fundación más, esperando una respuesta satisfactoria

Lic Leonilda De Franco

