



*Asociación de Psicología de Puerto Rico*

PO Box 363435 San Juan, Puerto Rico 00936-3435

Tel. 787.751.7100 Fax 787.758.6467

[www.asppr.net](http://www.asppr.net) E-mail: [info@asppr.net](mailto:info@asppr.net)

Revista Puertorriqueña de Psicología  
Volumen 14, 2003

- Ullman, S. E., & Brecklin, L. R. (2002). Sexual assault history and suicidal behavior in a National Sample of Women. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 117-130.
- Walker, L.E.A. (1996). *Abused women and survivor therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Zanarini, M. C. (Ed.) (1997). *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

## ***Diabetes Mellitus Insulino Dependiente y Autoestima en Jóvenes Puertorriqueños/as***

Jeannette Rosselló, Ph.D.

Mayra N. Berríos Hernández, B.A.  
Universidad de Puerto Rico  
Recinto de Río Piedras

### **Abstract**

Insulin Dependent Diabetes Mellitus (IDDM) is a chronic illness that affects the psychosocial adjustment of children and adolescents (Johnson, 1980). IDDM has been related to a low self-esteem and as affecting the sense of identity, autonomy and future goal orientation. The present study was designed with the purpose of examining the relation between self-esteem and metabolic control. Ninety-eight children and adolescents with IDDM and 217 children and adolescents without chronic illnesses from a community sample were evaluated. Self-esteem and metabolic control were evaluated using the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (Piers, 1972) and a metabolic control measure (HbA1c). Statistical analyses of correlations and t test were used. These revealed significant differences in self-esteem only by duration of the condition. Those with two years or more with IDDM reflected lower self-esteem ( $t = 2.11, p < .05$ ). No differences were found between gender and metabolic control. Implications of the results and recommendations for future studies are discussed.

### **Resumen**

La Diabetes Mellitus Insulino Dependiente (DMID) es una enfermedad crónica que puede afectar el ajuste psicosocial de niños/as y adolescentes (Johnson, 1980). El sentirse "diferente" o marcado por una condición que no tiene cura como la DMID puede afectar la autoestima y la forma en que éstos/as jóvenes controlan su condición. Esta investigación se diseñó con el propósito de explorar la relación entre

autoestima y control metabólico en un grupo de jóvenes puertorriqueños/as con DMID. La muestra consistió de 98 niños/as y adolescentes con DMID y un grupo de comparación (sin enfermedad crónica) que consistió de 217 niños/as y adolescentes. Se les administró la Prueba de Auto-Concepto Piers-Harris para Niños/as (Piers, 1972) y se obtuvo el valor más reciente de la prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c) como medida de control metabólico. Se realizaron análisis estadísticos de correlaciones y pruebas t. Se encontraron diferencias significativas en la autoestima por tiempo con la condición. Aquéllos/as que llevaban dos años o más con DMID reflejaron una autoestima más baja ( $t = 2.11$ ,  $p < .05$ ) que los/as que llevaban menos de dos años. No se detectaron diferencias por género ni control metabólico. Se presentan otros hallazgos y las implicaciones de los mismos.

La Diabetes Mellitus Insulino Dependiente (DMID) es una enfermedad crónica y el desorden endocrino más común en niños/as y adolescentes. La misma se caracteriza por la destrucción de las células pancreáticas betas que son las encargadas de producir insulina, hormona esencial para el metabolismo de la glucosa (Rovet & Fernández, 1999). El tratamiento para la DMID requiere de dosis diarias de insulina, monitoreo de la glucosa, régimen dietético, y ejercicio para obtener un buen control metabólico. La meta del tratamiento es mantener los niveles de glucosa lo más cerca de lo normal (Johnson, 1988) y evitar complicaciones a corto y largo plazo. Un control inadecuado de la DMID puede conducir a episodios de hipoglucemia, hiperglucemia, cetoacidosis, complicaciones vasculares y hasta la muerte (Ryden et al., 1994).

La diabetes es un problema serio de salud que afecta cerca de 130,000 niños/as y adolescentes estadounidenses (NIDDK, 1995). En Estados Unidos la prevalencia de diabetes entre Hispanos es aproximadamente el doble de la prevalencia entre blancos no hispanos (Pérez-Perdomo, Pérez, & Rodríguez, 2001). Sin embargo, en Puerto Rico se registra la incidencia más alta de DMID en niños/as menores de 15

años entre los países de América Latina (Frazer, González, & Hawk, 1998). A su vez, la diabetes se informa como la tercera causa de muerte en Puerto Rico (Puerto Rico Health Department, 1999).

La DMID no solo afecta la salud física de la persona, sino también su bienestar psicológico. Estudios realizados sugieren que los/as adolescentes con DMID presentan niveles más bajos de autoestima que aquéllos/as sin DMID (Kovacs, Obrosky, Goldston, & Drash, 1997; Grey, Cameron, Lipman, & Thurber, 1999). En un estudio comparativo realizado por Seigel y colaboradores (1990) con 80 adolescentes que padecían de alguna enfermedad crónica, entre ellas la DMID, y 117 adolescentes que no padecían ninguna enfermedad, se encontró que aquéllos/as en el grupo de enfermedades crónicas mostraron niveles más bajos de autoestima que el grupo de comparación. A pesar de estos hallazgos, otros estudios no han encontrado ninguna diferencia. En un estudio comparativo realizado por Kellerman y colaboradores (1980), en el cual se evaluaron los efectos psicológicos de diversas enfermedades crónicas, con una muestra de 349 adolescentes sin alguna enfermedad crónica y una muestra de 168 adolescentes con enfermedades crónicas, no se encontró diferencia alguna en relación a la autoestima y la ansiedad.

De acuerdo a Coopersmith (1967) la autoestima es una evaluación que un individuo hace respecto a sí mismo. La misma es esencial para el bienestar psicológico. Los investigadores Piers y Harris (1972) definen auto-concepto como un conjunto relativamente estable de actitudes hacia sí mismo/a que refleja tanto una descripción, como una evaluación, de los comportamientos y atributos propios. Los autores utilizan el término intercambiamente con autoestima y auto imagen.

Las evaluaciones negativas sobre uno/a mismo/a tienen un gran impacto en el estado de ánimo afectivo (Jonhson,

Bauman & Ireys, 1995). Una autoestima positiva puede ayudar a una persona a mantener seguridad en sí mismo/a y lograr buen automanejo y control de la DMID. Otros estudios señalan que una alta autoestima y un buen control metabólico han sido encontrados en adolescentes con un manejo exitoso de la diabetes (Grey, 1991; Rose, 1994). Estudios con niños/as diabéticos/as han relacionado la baja autoestima con un pobre control metabólico (Johnson, 1980).

Estudios con niños/as y adolescentes con DMID sugieren que estos/as niños/as pueden estar en mayor riesgo de sufrir otros problemas psicosociales como la depresión y la ansiedad (Grey, Cameron, Lipman, & Thurber, 1995). Los/as niños/as diabéticos/as con pobre control metabólico tienden a presentar una autoestima baja y sintomatología depresiva (Swift, Seidmen, & Stein, 1967). Adolescentes con DMID y pobre control metabólico están en mayor riesgo de desarrollar sintomatología depresiva y ansiedad (Mazze et al., 1984). En otro estudio realizado por Grey y colaboradores (1995) se encontró que niños/as con dos años o más con DMID presentan más sintomatología depresiva que los/as niños/as sin DMID.

Según Jacobson (1996), el recibir un diagnóstico de DMID puede causar un sentido de pérdida, afectando a personas de cualquier edad. El ajustarse a una enfermedad crónica que requiere múltiples tareas de cuidado diario es difícil. La etapa de la adolescencia es una difícil por sí sola y representa un momento donde el control de la DMID tiende a deteriorarse. Entre los/as adolescentes se encuentran conductas como el rehusarse a inyectarse la insulina y comer inapropiadamente, lo que puede causar problemas en el control metabólico. Adolescentes con DMID pueden sentir tristeza, soledad, irritabilidad y aislamiento social (Jacobson, 1996). De acuerdo a Bruhn (1977) el/la joven con DMID tiene que adaptarse a la enfermedad y enfrentar los retos de la

adolescencia al mismo tiempo, lo que puede afectar las tareas esenciales de su desarrollo como lo son la identidad, la determinación de roles y la orientación de metas. A su vez, los sentimientos de dependencia y de ser diferente a sus pares pueden interferir en el desarrollo de una autoestima positiva. La autoestima es altamente influenciada por las actitudes y conductas de los padres y de los pares hacia el/la niño/a y adolescente. Los/as niños/as y adolescentes diabéticos/as pueden mantener en secreto la DMID y actuar como si no tuvieran ninguna enfermedad para ser aceptados/as por sus pares. El sentirse diferente en relación a sus pares durante la etapa de desarrollo puede causar situaciones estresantes, lo que puede afectar el mismo (Hanson et al., 1989). Si el/la niño/a y/o adolescente no recibe apoyo social, y siente que no es comprendido/a, por los otros/as, puede adquirir una autoestima y/o auto-concepto negativo y aislarse de su entorno social (Bruhn, 1977).

Un control metabólico pobre es uno de los problemas más comunes de la DMID entre los/as adolescentes (Ryden et al., 1994). En esta etapa del desarrollo, tanto los cambios hormonales, como los factores psicológicos, pueden causar descontrol metabólico. Las razones para esto no se encuentran claras, y aún se debaten las razones de porqué esto ocurre en adolescentes con DMID (Ryden et al., 1994).

Varios investigadores han conducido diferentes estudios con niños/as y adolescentes con DMID de acuerdo al tiempo con la condición (Kovacs et al., 1990, Grey et al., 1995; Cavusogly, 2001). Kovacs y colaboradores (1990) encontraron que durante el primer año con la condición los/as niños/as y adolescentes tienden a presentar sintomatología depresiva pero los niveles de autoestima se mantienen constantes respecto al control metabólico o algún período de hospitalización. Sin embargo, en un estudio realizado por Cavusogly (2001) los niveles de autoestima cambiaron de manera positiva luego de cuatro años del diagnóstico.

Debido a la poca información existente sobre este tema, y a la importancia de una autoestima saludable para enfrentar enfermedades crónicas, es de suma relevancia el que futuras investigaciones se dirijan a evaluar la posible relación que pueda existir entre esta variable y un manejo exitoso de la diabetes. El contar con una autoestima saludable puede ser esencial para el bienestar físico y psicológico de los/as jóvenes con DMID.

En Puerto Rico no se han realizado estudios que examinen las variables psicosociales que pueden estar relacionadas con el control metabólico de la DMID. En los Estados Unidos son pocos los estudios que se han realizado con la población de jóvenes con DMID. Estos estudios no incluyen poblaciones latinas al investigar estas variables. De acuerdo a la literatura presentada podemos concluir que es importante evaluar la DMID y aquellas variables que puedan estar relacionadas con el ajuste psicosocial como la autoestima. Con el propósito de examinar la posible relación entre autoestima y control metabólico en adolescentes puertorriqueños/as con DMID se ha diseñado el presente estudio. Las hipótesis formuladas fueron las siguientes:

1) Se espera encontrar una relación significativa entre autoestima y control metabólico, es decir a mayor autoestima mejor el control metabólico.

2) Se espera encontrar diferencias significativas entre el grupo DMID y el grupo de comparación en relación a la autoestima. El grupo de DMID presentará niveles más bajos de autoestima que el grupo de comparación.

3) Se espera encontrar diferencias de acuerdo al tiempo con la condición en el grupo DMID en relación a la autoestima. Los/as niños/as y adolescentes con 25 meses o más con la condición presentarán niveles más bajos de autoestima que aquéllos/as con 24 meses o menos.

## Método

### *Participantes*

En este estudio participaron 98 niños/as y adolescentes puertorriqueños/as con DMID. La edad de los/as jóvenes fluctuaba entre los 11 y los 17 años, con una edad promedio de 12.26 años (S. D. = 2.36). El 54.1 % eran féminas y el 45.5 % eran varones. Los mismos se encontraban entre el tercer y duodécimo grado. Un 65.6% provenía de escuelas públicas y un 34.4% de escuelas privadas. Un 65.3% de los padres eran casados, un 21.4% divorciados, un 10.2% se encontraban separados y un 1% viudos. Estos/as niños/as y adolescentes pertenecen a un amplio estudio que consiste en explorar las variables psicosociales relacionadas al control metabólico de la DMID.

El grupo de comparación consistió de 217 niños/as y adolescentes, provenientes de la comunidad, sin enfermedades crónicas. La edad de los/as jóvenes fluctuaba entre los 12 y los 18 años, con una edad promedio de 12.11 (S. D. = 7.84). El 57.2% eran féminas y el 38.5% eran varones. Un 89.9% provenía de escuelas públicas y un 19% de escuelas privadas. Los/as mismos/as se encontraban cursando del tercer al duodécimo grado escolar. Un 63.1% de los padres estaban casados, un 29.9% divorciados, un 9.3% separados y un 1.9% viudos.

### *Procedimiento*

La muestra de jóvenes con DMID fue tomada de un hospital del área metropolitana de San Juan, Puerto Rico y de los campamentos de verano para jóvenes con DMID. Luego de obtener el consentimiento del hospital, y los campamentos de verano, se procedió a explicar el estudio a los/as participantes y a sus padres. Una vez éstos autorizaron su participación, se administraron los instrumentos.

Para obtener el grupo de comparación se obtuvo el consentimiento del Departamento de Educación para poder visitar las escuelas. Luego se procedió a obtener el consentimiento de los directores, participantes y sus padres. Una vez se obtuvieron las autorizaciones correspondientes, se procedió administrar los instrumentos.

### **Instrumentos**

*Cuestionario de Datos Demográficos:* fue creado para obtener información descriptiva y el índice de control metabólico o valor de la prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c) más reciente. La prueba de hemoglobina glicosilada es una prueba de sangre que muestra cuánta glucosa está adherida a las células rojas. Un nivel de control metabólico se considera adecuado si se obtiene menos de 8 en la prueba de HbA1c e inadecuado si es mayor de 8.

*Escala de Auto-Concepto de Piers-Harris (PHSCS)* (Piers, 1972): es una escala de auto-informe que consiste de 80 reactivos que deben ser contestados con un sí o un no. Los reactivos van dirigidos a evaluar el auto-concepto de los/as niños/as y adolescentes en relación a seis factores: comportamiento, apariencia física, aspectos intelectuales-académicos, ansiedad, popularidad, felicidad y satisfacción (Rosselló, Guisasola, Ralat, Martínez, & Nieves, 1991; Rosselló, 1993). A mayor puntuación total, mayor el auto-concepto positivo del/la niño/a o adolescente (Piers, 1972). Este instrumento fue adaptado y traducido al español (Rosselló, Guisasola, Ralat, Martínez & Nieves, 1991; Rosselló, 1993). Ramos (1984) estableció una consistencia interna de .94 con una muestra de jóvenes puertorriqueños/as.

*Inventario de Depresión para Niños/as (CDI)* (Kovacs, 1983, 1992): es un inventario de auto-informe que va dirigido a explorar la presencia de sintomatología depresiva tanto en niños/as como en adolescentes (Rosselló, 1993; Sáez &

Rosselló, 1997). Consiste de 27 reactivos que cuantifican varios síntomas depresivos, entre los que se incluyen trastornos en el estado de ánimo, funciones vegetativas, evaluaciones propias, capacidad para divertirse y comportamiento interpersonal (Rosselló, Guisasola, Ralat, Martínez & Nieves, 1991; Rosselló, 1993). Una puntuación mayor de 19 se interpreta como sintomatología depresiva severa; una puntuación entre 12 y 18 como sintomatología depresiva moderada; y una puntuación de 11 ó menos como ausencia de sintomatología depresiva (Rosselló, Guisasola, Ralat, Martínez & Nieves, 1991; Rosselló, 1993; Sáez & Rosselló, 1997). De acuerdo a Kovacs (1985) este inventario posee un coeficiente de confiabilidad de .86 y ha demostrado validez adecuada al compararlo con otros instrumentos. El CDI fue traducido al español y adaptado a la cultura puertorriqueña (Rosselló, Guisasola, Ralat, Martínez & Nieves, 1991), obteniendo un coeficiente alfa de .83 y un índice de validez de .95 (Rosselló, Guisasola, Ralat, Martínez, & Nieves, 1991; Rosselló, 1993).

*Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)* (Beck & Steer, 1993): es una escala compuesta por 21 reactivos que presentan una serie de síntomas de ansiedad a ser clasificados en una escala de severidad. Tiene características de alta confiabilidad (fluctuando entre .92 y .94). Las medidas reflejan validez de contenido, concurrente, de constructo, discriminante y factorial. El índice de confiabilidad que se obtuvo para este estudio fue de .90.

### **Análisis de los Datos**

Para analizar los datos de este estudio se realizaron correlaciones para evaluar la relación entre control metabólico y autoestima. También se realizaron correlaciones para análisis secundarios entre autoestima y depresión; así como para autoestima y ansiedad. Además, se realizaron pruebas

t para comparar a los/as niños/as y adolescentes con DMID con los/as niños/as y adolescentes sin enfermedades crónicas; así como para examinar diferencias en relación al tiempo con la condición y diferencias de género para análisis secundarios.

### Resultados

Se puede observar que no se encontró una relación significativa entre control metabólico y autoestima ( $r = -0.78$ ,  $p < .460$ ). Para los niveles de control metabólico adecuado e inadecuado de la DMID tampoco se encontraron diferencias significativas en relación a la autoestima. Sin embargo, se encontró una correlación significativa entre autoestima y sintomatología depresiva ( $r = -.696$ ,  $p < .001$ ); y autoestima y niveles de ansiedad ( $r = -.433$ ,  $p < .001$ ). Para el grupo de DMID se obtuvo un promedio de 11.68 con una desviación estándar de 5.91. En el grupo de comunidad el promedio encontrado fue de 13.10, con una desviación estándar de 6.24. No se encontraron diferencias significativas entre estos dos grupos en depresión ( $t = -1.935$ ,  $p < .054$ ).

**Tabla 1**  
Comparación entre Grupo DMID y Grupo de Comunidad para Autoestima

	<i>N</i>	<i>Promedio</i>	<i>D.T.</i>	<i>t</i>
Grupo DMID	101	61,76	10.96	.678
Grupo de Comunidad	216	60.96	9.39	

Se puede observar que el grupo de DMID y el grupo de comunidad obtuvieron promedios para los niveles de autoestima de 61.76 y 60.96, respectivamente. No se obtuvieron diferencias significativas entre ambos promedios ( $t = .678$ ,  $p < .498$ ).

**Tabla 2**  
Comparación de Género para Autoestima

<i>Género</i>	<i>N</i>	<i>Promedio</i>	<i>D.T.</i>	<i>t</i>
Femenino	55	61.17	11.42	.617
Masculino	45	62.62	9.82	

El grupo de féminas y el grupo de varones en la muestra de DMID obtuvieron promedios para los niveles de autoestima de 61.17 y 62.62, respectivamente. No se encontraron diferencias significativas en relación a la autoestima ( $t = -.381$ ,  $p < .704$ ).

**Tabla 3**  
Comparación de Edad para Autoestima

<i>Edad</i>	<i>N</i>	<i>Promedio</i>	<i>D.T.</i>	<i>t</i>
12 años o menos	56	62.62	11.35	1.03
13 años o más	44	60.44	9.78	

En el grupo de diabetes, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de edad de 12 ó menos versus 13 ó más en relación a los niveles de autoestima ( $t = 1.03$ ,  $p < .315$ ).

**Tabla 4**  
Comparación por Tiempo con la Condición y Autoestima

<i>Tiempo con la condición</i>	<i>N</i>	<i>Promedio</i>	<i>D.T.</i>	<i>t</i>
24 meses o menos	40	64.20	9.43	2.21*
25 mese o más	53	59.35	11.13	

\* $p < .05$

Se reflejaron diferencias significativas en el grupo de DMID de acuerdo al tiempo con la condición y los niveles de autoestima. Los/as jóvenes que llevaban 24 meses o menos con la condición obtuvieron un promedio en el nivel de

autoestima de 64.20 mientras que aquéllos/as que llevaban 25 meses o más obtuvieron un promedio de 59.35, ( $t= 2.21$ ,  $p<.05$ ).

### Discusión

Uno de los objetivos de este estudio era evaluar la relación entre autoestima y control metabólico en un grupo de jóvenes puertorriqueños/as con DMID. La literatura señala que los/as jóvenes con un control adecuado de la condición poseen una alta autoestima (Grey, 1991; Rose, 1994). Sin embargo, los resultados de este estudio nos muestran que no se encontró una relación significativa entre autoestima y control metabólico, apoyando los resultados del estudio realizado por Ryan y Morrow (1986). En un estudio realizado por Kovacs y colaboradores con niños/as con DMID (1990), tampoco se encontraron diferencias significativas relacionadas al nivel de autoestima durante el primer año con DMID. Se recomienda realizar estudios dirigidos a examinar más a fondo la relación entre estas variables.

En este estudio se encontró una relación significativa entre autoestima y sintomatología depresiva; así como entre autoestima y niveles de ansiedad. En un estudio realizado por Cavusogly (2001) con adolescentes con DMID se encontró una relación significativa entre autoestima y sintomatología depresiva, hallazgos consistentes con los del presente estudio. A medida que hay una autoestima más positiva, se encuentra menos sintomatología depresiva. El tener una visión de que uno/a es valioso/a y capaz parece ser un factor protector para la depresión y la ansiedad. Esto es de suma importancia para jóvenes con DMID y tal vez para otros/as jóvenes con condiciones crónicas que plantean un riesgo para desarrollar depresión, ansiedad y otras condiciones psicopatológicas. Se le debe prestar atención a fortalecer la autoestima, ya que protege al/la adolescente de desarrollar dificultades o condiciones psicológicas.

Al comparar el grupo de comunidad con el grupo de DIMD, los resultados muestran que no hubo diferencias significativas en relación a la autoestima, lo que es consistente con otros estudios (Kellerman et al., 1980; Hanson et al., 1990). Es decir, ambos grupos se comportaron de manera similar, contradiciendo lo encontrado en los estudios realizados por Seigel et al. (1990) y Kovacs et al. (1997). Estos dos estudios los/as niños/as y adolescentes sí mostraron niveles más bajos de autoestima que aquéllos/as sin DMID. Kellerman y colaboradores (1980) señalan que el/la niño/a con una enfermedad crónica aprende a vivir con su condición y desarrolla mecanismos de afrontamiento efectivos, lo que contribuye a desarrollar una autoestima saludable.

No se encontraron diferencias de género para el grupo de DMID en relación a la autoestima, ni diferencias de acuerdo a la edad de los/as jóvenes. Es decir, tanto las féminas como los varones demuestran niveles similares de autoestima. Igual relación se encontró al comparar a los/as más jóvenes con los/as de mayor edad. Otros estudios han obtenido resultados similares, por ejemplo, Cavusogly (2001), quien no encontró diferencias de género en relación a autoestima y DMID; así como el estudio realizado por Rovet y colaboradores (1987), quienes no encontraron diferencias significativas entre género, edad, autoestima y DMID al comienzo de la condición.

Al examinar el tiempo con la condición, se encontraron diferencias significativas para los niveles de autoestima, en donde los/as que llevan 25 meses o más con la condición obtuvieron un promedio significativamente menor en relación a esta variable. Esto puede sugerir que el llevar 25 meses o más con la condición parece minar la autoestima. Sin embargo, en el estudio de Cavusogly (2001) se encontró una alta autoestima entre adolescentes que llevaban más de 4 años con el diagnóstico de DMID. Según Cavusogly (2001),

estos/as adolescentes han aprendido a ajustarse a la enfermedad, lo que contribuye a una autoestima positiva.

Entender la relación entre la DMID y el ajuste psicológico es de suma importancia para prevenir factores de riesgo asociados a problemas psicosociales en la población de jóvenes puertorriqueños/as con esta condición. Los resultados de este estudio demuestran la necesidad de continuar estudiando la DMID y su relación con variables de carácter psicosocial.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra el tamaño reducido de la muestra de DMID. Un estudio con una muestra más grande permitiría una evaluación más profunda de las variables estudiadas; así como de otras que puedan estar relacionadas al control metabólico en jóvenes con DMID.

Al recibir el diagnóstico de DMID, usualmente se le brinda mucha atención y apoyo al/la joven. Esto puede ir cambiando con el transcurso del tiempo. Después de estar atendiendo esta condición por dos años, día tras día, sin vacaciones, puede ocasionar cansancio, rebeldía y minar la autoestima. Por lo tanto, es necesario realizar estudios longitudinales a partir del momento del diagnóstico para registrar cómo se comporta la variable de autoestima en esta población. Futuros estudios podrían considerar, además, el funcionamiento familiar, los mecanismos de afrontamiento y el apoyo social.

Para aumentar la autoestima en esta población, se recomienda realizar intervenciones preventivas en el área de la depresión y el manejo saludable de la ansiedad y el estrés. Se recomiendan talleres grupales con estos propósitos. También se recomienda crear redes de apoyo social tanto a nivel familiar como entre pares. Los grupos de apoyo y/o de terapia para esta población son opciones a considerar.

## Referencias

- Beck, A. T., & Steer, R.A. (1993). *Beck Anxiety Inventory*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Blanz, B.J., Rensh-Riemann, B.S., Fritz-Sigmund, D.I., & Schmidt, M.H. (1993). IDDM is a risk factor for adolescents' psychiatric disorders. *Diabetes Care*, 16: 1579-1587.
- Bruhn, J.G. (1977). Self-Concept and the control of diabetes. *American Academy of Family Physicians*, 15 (3), 93-97.
- Cavusoglu, H. (2001). Self-esteem in adolescence: A comparison of adolescents with diabetes mellitus and leukemia. *Pediatric Nursing*, 27 (4): 355-361.
- Coppersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Frazer de Llado, González de Pijem L., & Hawk, B. (1998). Incidence of DMID in children living in Puerto Rico. *Diabetes Care*, 21; 744-746.
- Grey, M., Cameron, M.E., & Thurber, F.W. (1999). Initial adaptation in children with newly diagnosed diabetes and health children. *Journal of Pediatric Nursing*, 20, 17-21.
- Grey, M., Cameron, M.F., Lipman, T.H., & Thurber, F.W. (1995). Psychosocial Status of children with diabetes in the first 2 years after diagnosis. *Diabetes Care*, 18 (10), 377-385.
- Grey, M., Cameron, M.F., & Thurber, F.W. (1991). Coping and adaptation in children and adolescents with diabetes. *Nursing Research*, 40, 144-9.
- Hanson, C.L., Harris, M. A., Relyea, G., Cigrang, J.A., Carle, D.L., & Burghen, G.A. (1990). Coping styles in youths with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (5), 644-651.

- Hanson, C.L, Rodrigue, J.R., Henggler, S.W., Harris, M.A., Klesges, R.C., & Carle, D. (1990). The perceived self-competence of adolescents with Insulin-dependent diabetes mellitus: Deficit or strength? *Journal of Pediatric Psychology, 15* (5), 605-618.
- Informe Anual de Estadísticas Vitales de Puerto Rico. (1998). Departamento de Salu de Puerto Rico. SAPEESI: San Juan, Puerto Rico.
- Jacobson, A., M. (1996). The psychological care of patients with insulin-dependent diabetes mellitus. *The New England Journal of Medicine, 334* (19), 1249-1253.
- Johnson, E., Bauman, L. & Ireys, H.T. (1995). Relationships of self-esteem and efficacy to psychological distress in mothers of children with chronic physical illness. *Health Psychology, 14* (4), 333-340.
- Johnson, S.B. (1980). Psychosocial factors in juvenil diabetes: A review. *Journal of Behavioral Medicine, 3*, 95-116.
- Johnson, S. (1988). Diabetes mellitus in childhood. En D.K. Routh (Ed.), *Handbook of Pediatric Psychology* (pp.1-31). New York: The Guilford Press.
- Kellerman, J., Zeltzer, L., Ellenberg, L., Dash, J., & Ridgler, D. (1980). Psychological effects of illness in adolescence: Anxiety, self-esteem, and perception of control. *The Journal of Pediatrics, 97* (1), 126-131
- Kovacs, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: A self report depression scale for school-age youngsters*. University of Pittsburgh School of Medicine. Unpublished manuscript.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*. New York: Multi-Health Systems, Inc.
- Kovacs, M., Feiberg, T.L, Paulauskas, S., Finkelstein, R., Pollock, M., & Course-Novak, M. (1985). Initial coping responses and psychosocial characteristics of

- children with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Pediatrics, 106*, 827-834.
- Kovacs M., Iyengar, S., Goldston, D., Stewart, J., Obrosky, S.D., & Marsh, J. (1990). Psychological functioning of children with Insulin-dependent diabetes mellitus: A longitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology, 15* (5), 619-632.
- Kovacs M., Obrosky D.S., Goldston, D., & Drash, A. (1997). Major depressive disorder in youth with IDDM: A controlled prospective study of course and outcome. *Diabetes Care, 20*, 45-51.
- Mazze, R.S., Lucido, D., & Shamoan, B. (1984). Psychosocial and social correlates of glycemic control. *Diabetes Care 7*, 360-366.
- MWWR. (1999). *Self-reported prevalence of diabetes among Hispanics in United States (1994-1997)*, 48: 8-12.
- National Institute of Diabetes, Digestive, and Kidney Diseases (NIDDK) (1995). *Diabetes in America*. NIH Publication # 95-1468.
- Pérez, R., & Pérez, C. (2001). Prevalence of diabetes and patterns of health services utilization: A comparative analysis between and a health reform group of insured, 1997-1998. *Puerto Rico Health Sciences Journal, 20* (2), 139-146.
- Piers, E. (1969). *Manual for Piers-Harris Children's Self-Concept Scale*. Nashville, TN:Counselor Recordings and Test.
- Piers, E.V. (1972). Prediction on children's self-concepts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 38*, 428-433.
- Puerto Rico Health Department. (1999). *Puerto Rico Vital Statistics Annual Report*. Puerto Rico Health Statistics Office.

- Ramos, G. (1984). *El trato de menores y su relación con el autoconcepto*. Tesis de maestría inédita, Universidad de Puerto Rico, Río Piedras.
- Rivera, C.L., Rosselló, J., & Bernal, G. (1999). *The efficacy of group IPT and CBT vs. individual IPT and CBT in depressed Puerto Rican adolescents*. Sesión de cartel presentada en la reunión anual de la American Psychological Association, Boston, EE.UU.
- Rose, B.S. (1994). Development issues in managing children with diabetes. *Pediatric Nursing*, 20 (1), 11-14.
- Rosselló, J., Guisasaola, E., Ralat, S., Martínez, S., & Nieves, A. (1992). La evaluación de la depresión en un grupo de jóvenes puertorriqueños. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 8, 155-162.
- Rosselló, J. (1993). Acercamientos terapéuticos para la depresión en adolescentes puertorriqueñas: Dos estudios de casos. *Revista Interamericana de Psicología*, 27 (2), 163-180.
- Rovet, J. F., Ehrlich, R.M., & Hoppe, M. (1987). Behavior problems in children with diabetes as a function of sex and age of onset of disease. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 477-491.
- Rovet, J., & Fernández, C. (1999). Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. En R.T. Brown (Ed.), *Cognitive aspects of chronic illness in children*. New York: Guilford.
- Ryan, C.M., & Morrow, L.A. (1986). Self-esteem in diabetic adolescents: Relationship between age at onset and gender. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (5), 730-731.
- Ryden, O., Nevander, L., Johnsson, P., Hansson, K., Kronvall, P., Sjoblad, S., & Westborm, L. (1994). Family therapy in poorly controlled juvenile IDDM: Effects on diabetic control, self-evaluation and behavioral symptoms. *Acta Paediatrica*, 83, 285-291.

- Sáez, E., & Rosselló, J. (1997). Percepción sobre conflictos maritales de los padres, ajuste familiar y sintomatología depresiva en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología*, 31 (2), 279-291.
- Seigel, W.M., Golden, N., H. Gough, J.W., Lashley, M.S., & Sacker, I. A. (1990). Depression, self-esteem, and life events in adolescents with chronic diseases. *Journal of Adolescent Health Care*, 11, 501-504.
- Swift L.R, Seidman F., & Stein, H. (1967). Adjustment problems in juvenile diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 29, 555-571.