ARTÍCULO ORIGINAL

La experiencia vivida y afrontamiento de madres e hijos ante la Diabetes Tipo 1

The lived experience and coping of mothers and children with Type 1 Diabetes

Alejandra González-Bernal[1], Raquel García-Flores[1], Nora Hemi Campos-Rivera[2]

RESUMEN

Objetivo: Comprender el significado de la experiencia vivida de madres e hijos ante el diagnóstico y afrontamiento de la Diabetes Tipo 1. **Materiales y método:** Mediante un estudio cualitativo con diseño fenomenológico hermenéutico. Participaron cinco díadas madre–hijo(a) con Diabetes Tipo 1, integradas por dos niños y tres niñas con edades entre 8 y 12 años (M=10, DE=1.58) residentes de Ciudad Obregón, Sonora. La recolección de la información se llevó a cabo mediante entrevistas en profundidad, orientadas a explorar la vivencia del diagnóstico, el contexto familiar y las estrategias de afrontamiento, considerando tanto la experiencia materna como la percepción de las madres sobre el afrontamiento de sus hijos. El análisis se realizó mediante un proceso interpretativo, se identificación de unidades de significado y categorías temáticas. **Resultados:** Los hallazgos muestran que las madres atraviesan un proceso emocional complejo caracterizado por dificultad inicial para asimilar y aceptar el diagnóstico. El afrontamiento de la Diabetes Tipo 1 implicó estrategias centradas en la emoción y en el problema, destacando la aceptación, la reevaluación positiva y el apoyo social como recursos fundamentales para la adaptación familiar y el manejo clínico de la enfermedad. **Discusión:** El estudio aporta elementos para diseñar intervenciones para fortalecer el afrontamiento adaptativo, apoyo social e integración de la atención psicológica en el abordaje interdisciplinario de la Diabetes Tipo 1. **Conclusiones:** Las estrategias de afrontamiento no son universales y su impacto depende del padecimiento y del contexto familiar. Comprender estas experiencias aporta elementos para diseñar intervenciones para familias e hijos con Diabetes Tipo 1.

Palabras clave: diabetes tipo 1, afrontamiento, madres, hijos, investigación cualitativa.

ABSTRACT

Objective: To understand the meaning of the lived experience of mothers and children in relation to the diagnosis and coping with Type 1 Diabetes. **Materials and method :** A qualitative study with a hermeneutic phenomenological design was conducted. Five mother–child dyads with Type 1 Diabetes participated, comprising two boys and three girls aged between 8 and 12 years (M = 10, SD = 1.58), residing in Ciudad Obregón, Sonora. Data were collected through in-depth interviews aimed at exploring the experience of diagnosis, family context, and coping strategies, considering both maternal experiences and mothers' perceptions of their children's coping. Data analysis was carried out through an interpretative process involving the identification of meaning units and thematic categories. **Results:** The findings indicate that mothers undergo a complex emotional process characterized by initial difficulties in assimilating and accepting the diagnosis. Coping with Type 1 Diabetes involved both emotion-focused and problem-focused strategies, with acceptance, positive reappraisal, and social support emerging as key resources for family adaptation and clinical management of the disease. **Discussion:** The study provides elements for the development of interventions aimed at strengthening adaptive coping, social support, and the integration of psychological care within the interdisciplinary management of Type 1 Diabetes. **Conclusions:** Coping strategies are not universal, and their impact depends on the condition and the family context. Understanding these experiences contributes to the design of interventions for families and children living with Type 1 Diabetes.

Keywords: type 1 diabetes, coping, mothers, children, qualitative research.

[1]Instituto Tecnológico de Sonora. Departamento de Psicología. Campus Obregón. Sonora, México.
[2]Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Aragón. SUAYED. Edo. de México. México.

Recibido: 23 de septiembre de 2025
Aceptado: 03 de noviembre de 2025
Publicado: 14 de julio de 2026

Correspondencia para la autora: Nora Hemi Campos-Rivera. Av. Rancho Seco S/N. Colonia Impulsora Popular Avícola. C.P. 57130. Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, México. apionorahemi@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La diabetes de tipo 1 (DT1) de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Diabetes (FID), es una enfermedad autoinmune que provoca la destrucción de las células beta del páncreas (β), responsables de la producción de insulina[1,2].

Como consecuencia de este proceso autoinmune, se produce una deficiencia absoluta de insulina, lo que obliga a las personas que viven con esta condición a depender de la administración exógena de esta hormona para su supervivencia y control metabólico[3].

La DT1 se presenta con mayor frecuencia en niños, niñas y adolescentes, aunque también puede diagnosticarse en adultos jóvenes. En las últimas décadas, su incidencia ha mostrado un incremento sostenido a nivel mundial, lo que ha llevado a considerarla un problema relevante de salud pública. Se estima que para el año 2030 más de 55 millones de personas vivirán con DT1, lo que representaría un aumento aproximado del 50% en comparación con las cifras actuales, reflejando la magnitud del desafío sanitario que esta enfermedad representa a escala global[3].

En América Latina, el aumento de la prevalencia de la DT1 es particularmente motivo de atención sanitaria. En México, la Federación Mexicana de Diabetes A.C. estima que alrededor del 1% de la población ha sido diagnosticada con esta enfermedad, con una mayor concentración de casos en entidades como Jalisco, la Ciudad de México y el Estado de México[4,5]. El Registro Nacional de Pacientes con Diabetes Tipo 1 reporta que, entre 2014 y 2018, se registraron 965 personas que viven con DT1, de las cuales el 24.4% corresponde a Jalisco, el 20% a la Ciudad de México y el 10% al Estado de México. Asimismo, el 85% de los casos fue diagnosticado antes de los 20 años, mientras que el 15% recibió el diagnóstico posteriormente, con una edad media al diagnóstico de 8.2 años. Estas cifras evidencian que la DT1 es una condición que afecta principalmente a la población infantil y juvenil, con importantes implicaciones a nivel individual, familiar y social[5].

Desde el punto de vista fisiopatológico, la DT1 se distingue por un proceso autoinmune que conduce a la destrucción progresiva de las células beta pancreáticas, disminuyendo la producción de insulina. Las características metabólicas, genéticas e inmunogenéticas de la diabetes tipo 1 son diversas y pueden variar en función de la edad, el contexto y otros factores físicos, lo que influye tanto en la evolución clínica como en las necesidades de tratamiento y cuidado de las personas afectadas[6].

En la actualidad, el incremento del índice de obesidad en la población infantil y juvenil ha propiciado la aparición de la diabetes tipo 2 (DT2) a edades cada vez más

tempranas, lo que puede dificultar el diagnóstico diferencial entre ambos tipos de diabetes. Mientras que la DT1 se caracteriza por una deficiencia absoluta de insulina, la DT2 se define por la presencia de resistencia periférica a la insulina y una disfunción progresiva de las células beta, en la cual el organismo produce insulina, pero no la utiliza de manera eficaz. A diferencia de la DT1, la DT2 no requiere insulinoterapia en las fases iniciales, aunque puede evolucionar hacia una condición insulinodependiente conforme progresa la enfermedad[7,8].

La DT1 es considerada una enfermedad crónica que suele manifestarse en las primeras etapas de la vida y afecta a ambos sexos. No obstante, algunos estudios señalan un predominio del sexo masculino en niños pequeños. La incidencia y prevalencia de esta enfermedad dependen de factores como la edad, el lugar de residencia y el grupo social o étnico al que pertenece la persona. Se ha identificado que los picos de incidencia ocurren principalmente entre los 5 y 7 años y, en algunos casos, durante la adolescencia, aunque existe un número menor de personas adultas que desarrollan la enfermedad después de los 20 años[9].

El diagnóstico de una enfermedad crónica como la DT1 en un hijo o hija genera un impacto emocional significativo en el núcleo familiar, particularmente en los padres y, de manera especial, en las madres. Estas deben reorganizar sus rutinas, modificar su vida familiar, laboral y social, y enfrentarse a un futuro incierto, lo que suele incrementar los niveles de estrés, ansiedad y preocupación constante por la salud del menor[10,11]. La presencia de una enfermedad crónico-degenerativa en la infancia no solo afecta al paciente, sino que repercute de manera directa en los cuidadores principales, quienes asumen una carga emocional y física considerable asociada al cuidado continuo[11].

Ante estas vivencias, resulta necesario recurrir a recursos psicológicos específicos conocidos como estrategias de afrontamiento. Estas se definen como el conjunto de pensamientos y conductas que una persona utiliza para manejar las demandas internas o externas que superan o desbordan sus recursos personales. Las estrategias de afrontamiento permiten regular las respuestas emocionales y conductuales frente a situaciones estresantes, como el diagnóstico y manejo de una enfermedad crónica[12,13].

Diversos autores han clasificado las estrategias de afrontamiento en dos grandes categorías: aquellas centradas en la emoción y las orientadas al problema. Las estrategias dirigidas a la emoción buscan regular la respuesta emocional ante la situación estresante e incluyen la expresión emocional abierta, la religión y la evitación. Por su parte, las estrategias centradas en el problema se orientan a modificar o resolver la situación que genera malestar, e incluyen la búsqueda de apoyo social, la focalización en la solución del problema, la

autofocalización negativa y la reevaluación positiva[14,15].

Para comprender el concepto de afrontamiento, es relevante retomar su definición, la Real Academia Española lo define como "hacer frente a un peligro, problema o situación comprometida"[16]. Desde el ámbito de las ciencias de la salud, el afrontamiento se entiende como un proceso de adaptación psicológica, definido como un estado de equilibrio entre las necesidades internas y las exigencias externas, así como los procesos utilizados para alcanzar dicha condición. En este sentido, el afrontamiento se refiere a la capacidad adaptativa de la persona a nivel psicológico, relacionada con la valoración de los niveles de estrés, autoestima y calidad de vida[13].

Las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, según Lazarus, tienen como objetivo controlar o disminuir las alteraciones emocionales que surgen frente a una situación estresante, permitiendo al individuo conservar la esperanza o reducir el impacto emocional del problema. Dentro de este grupo se encuentran la expresión emocional abierta, la religión y la evitación[12]. La expresión emocional abierta se caracteriza por la manifestación de las emociones y dificultades asociadas a una situación, con la finalidad de regular las reacciones conductuales y promover una sensación de bienestar[14]. La religión, por su parte, constituye una estrategia cognitivo-conductual que se expresa a través del rezo u oración, y se orienta a tolerar o resolver el problema o las emociones que este genera[14]. La evitación busca controlar o suprimir las emociones asociadas a la situación estresante, ya sea por la carga emocional que implican o por la desaprobación social; sin embargo, suele considerarse una estrategia negativa, ya que puede generar aislamiento y limitar el afrontamiento activo del problema[14,17].

Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema implican una actitud activa para modificar la situación que genera malestar. De acuerdo con Lazarus, estas estrategias utilizan recursos personales o externos con la finalidad de ejercer control sobre las demandas que afectan al individuo. Entre ellas se incluyen la búsqueda de apoyo social, que implica acudir a personas significativas o redes formales para obtener ayuda práctica o emocional; la focalización en la solución del problema, que consiste en analizar la situación, generar alternativas y poner en práctica acciones concretas; la autofocalización negativa, caracterizada por sentimientos de culpa o desesperanza; y la reevaluación positiva, que implica reinterpretar la situación estresante de manera constructiva, identificando aprendizajes o aspectos positivos derivados de la experiencia[12,15].

En el contexto de la DT1, las madres de niños con enfermedades crónicas enfrentan una carga emocional y física considerable. Estas deben reorganizar su vida familiar, laboral y personal para responder a las exigencias del cuidado, lo

que puede generar sentimientos de culpa, responsabilidad por el sufrimiento del hijo, agotamiento emocional y sensación de aislamiento. Además, el rol de las madres resulta determinante para el bienestar del menor y la adherencia al tratamiento, especialmente en el monitoreo constante de los niveles de glucosa y el manejo cotidiano de la enfermedad[18-20].

Algunos estudios señalan que los cuidadores pueden manifestar actitudes negativas hacia la enfermedad, expresando rechazo, frustración o falta de motivación para involucrarse activamente en el proceso de cuidado, lo que suele relacionarse con la falta de información y habilidades para afrontar adecuadamente la situación de salud[21]. Asimismo, se ha documentado que muchas madres reaccionan inicialmente con incredulidad o negación ante el diagnóstico, describiendo la experiencia como aterradora y generadora de crisis familiar. En este contexto, las creencias culturales y religiosas influyen de manera significativa en la forma de afrontar la enfermedad, siendo el apoyo espiritual una fuente importante de consuelo[22,23].

Las relaciones interpersonales de las madres también se ven afectadas, con repercusiones en el ámbito laboral y familiar, particularmente en lo relacionado con el cuidado de la alimentación del menor. Con el paso del tiempo y tras la etapa crítica inicial, algunas madres desarrollan estrategias de afrontamiento más adaptativas, como el empoderamiento personal, el incremento de conocimientos sobre la enfermedad, el establecimiento de relaciones con profesionales sanitarios y la modificación del clima emocional y psicológico de la familia[20,23].

En cuanto a los niños y adolescentes con DT1, diversos estudios han señalado que el diagnóstico transforma de manera profunda su vida cotidiana, interrumpiendo rutinas y exigiendo un control constante de la glucemia. Esta condición influye en su identidad, autonomía y bienestar emocional, y requiere un proceso de adaptación en el que el apoyo de padres, familiares y amigos resulta fundamental para un afrontamiento adecuado y un mejor control metabólico[24,25]. Investigaciones realizadas con adolescentes han evidenciado sentimientos de saturación, estigmatización y experiencias de discriminación, asociados tanto al control médico como a la vigilancia parental y a las dinámicas sociales[26].

Estudios cualitativos con enfoque fenomenológico han identificado que la DT1 genera un impacto emocional profundo en todo el núcleo familiar, destacando emociones como miedo, ansiedad y preocupación tras el diagnóstico. Asimismo, se ha resaltado el papel fundamental del personal de enfermería y de los profesionales de la salud en el acompañamiento continuo, más allá del entorno hospitalario, facilitando la adaptación familiar durante las etapas iniciales de la enfermedad[27].

Finalmente, investigaciones recientes han subrayado que, aunque la DT1 es una condición biomédica, también produce importantes repercusiones psicológicas, sociales y económicas. Estas incluyen cambios en las relaciones interpersonales, aislamiento social, estigma y dificultades económicas asociadas al tratamiento. Por ello, se enfatiza la necesidad de una atención integral que fortalezca los programas de educación y apoyo sanitario dirigidos tanto a las personas con DT1 como a sus cuidadores, desde etapas tempranas del diagnóstico[28-30].

A pesar del creciente cuerpo de literatura sobre la diabetes tipo 1 y las estrategias de afrontamiento asociadas a su diagnóstico y manejo, persisten vacíos teóricos relevantes. Predominan estudios de enfoque descriptivo que analizan las estrategias de afrontamiento de manera categorial, sin profundizar en el significado vivido que madres e hijos construyen de forma relacional frente a la enfermedad. Por otra parte, la literatura se ha centrado principalmente en momentos específicos del proceso, como el diagnóstico, lo que limita la comprensión del afrontamiento como un proceso dinámico y evolutivo. Finalmente, son escasos los estudios que integran de manera articulada las dimensiones biomédicas, emocionales y familiares de la diabetes tipo 1 desde una perspectiva integral.

En este contexto, resulta fundamental identificar las formas en que las madres y sus hijos afrontan el diagnóstico y manejo de la DT1. El objetivo del presente estudio es comprender el significado de la experiencia vivida de madres e hijos ante el diagnóstico y afrontamiento de la diabetes tipo 1, desde un enfoque fenomenológico hermenéutico.

MATERIALES Y MÉTODO

Se adoptó un enfoque cualitativo de tipo fenomenológico – hermenéutico[21], el cual permite estudiar la realidad desde la perspectiva interna de quien la vive y experimenta, centrándose en comprender las vivencias que son determinantes para la vida psíquica y social del ser humano[31]. La perspectiva hermenéutica se sustenta en la búsqueda de una comprensión profunda y significativa de la vivencia humana, estudiada desde distintos campos disciplinares[32].

De acuerdo con Creswell la fenomenología pretende comprender el significado de las experiencias vividas desde la perspectiva de los participantes, mediante el análisis del discurso y la exploración de los significados construidos en función de su temporalidad, espacio, corporalidad y contexto relacional[33].

Participantes

A través de un muestreo intencional con cinco madres y sus hijos e hijas, pacientes pediátricos diagnosticados con diabetes mellitus tipo 1 de 8 a 12 años (M=10, DE=1.58), fueron dos niños y tres niñas. La participación de las madres tuvo como criterios de inclusión: tener un hijo(a) con el diagnóstico de DT1, ser residentes de Ciudad Obregón, Sonora y aceptar participar en el estudio.

Técnica de recolección de información.

Se aplicó una entrevista semi-estructurada a madres de niños con diabetes a través de preguntas abiertas, la cual contiene las siguientes áreas abordadas: antecedente de la enfermedad (Ejemplo: ¿Cómo se dieron cuenta de que padecía diabetes?), estrategias de afrontamiento de la madre (¿Qué fue lo primero que usted hizo?), así como estrategias de afrontamiento de los hijos (Ejemplo: ¿Ha notado cambios en la manera de ser de su hijo antes y después del diagnóstico?) y el ámbito familiar (¿Cómo comunicó el diagnóstico a su familia?). En la entrevista se exploró la experiencia de las familias ante el diagnóstico de diabetes tipo 1 en la infancia, considerando los ámbitos personal y social. Asimismo, se identificaron las estrategias de afrontamiento que desarrollan las niñas y los niños frente a su enfermedad desde la percepción de las madres, así como el nivel de conocimientos básicos que poseen sobre el cuidado y manejo de la diabetes.

Procedimiento

Se acudió a diversas instituciones de salud tales como: ISSSTE, ISSSTESON, Centros de Salud, Hospital General, Hospital del Niño y la Mujer y POLICLÍNICA para selección de los participantes que cumplen con los requisitos. Se estableció contacto con el director del Hospital del Niño y la Mujer de Ciudad Obregón, institución especializada en atención pediátrica.

Con ayuda de trabajo social se contactó a las madres de familia o tutores para plantearles el estudio, se solicitó su consentimiento, accedieron de manera voluntaria, se les explicó en qué consistió la investigación y se les realizó la entrevista de manera individual en un espacio privado en un tiempo de 45 minutos a 1 hora, y la recolección de todas las entrevistas en un periodo de seis meses aproximadamente. Se programaron siete entrevistas para alcanzar el punto de saturación teórica; sin embargo, dos participantes no asistieron a pesar de múltiples reprogramaciones, por lo que el análisis se realizó con cinco díadas.

Las entrevistas se grabaron y se transcribieron textualmente, se utilizó el método de análisis de Van Manen[34], que corresponde a la fenomenología hermenéutica, no propone pasos rígidos, sino procesos reflexivos, combina la descripción y la interpretación, explora la experiencia vivida, invita a reflexionar sobre los temas esenciales, se escribe y reescribe para captar el significado y una relación fuerte orientada con el fenómeno.

Se atendieron parte de los criterios de rigor propuestos por Guba y Lincoln[28], para favorecer la transferibilidad, se describió con detalle el contexto del estudio, las características de los participantes y las condiciones de recolección de datos. La dependencia se garantizó mediante la elaboración de un registro cronológico que documentó todas las decisiones metodológicas, así como mediante la codificación independiente realizada por dos investigadoras quienes leyeron y analizaron repetidamente las transcripciones, se determinaron las unidades de significado y se agruparon en códigos iniciales, dichos códigos se agruparon en subcategorías según las similitudes y diferencias. Debido a limitaciones logísticas, no se realizó triangulación de los investigadores con las participantes. En su lugar, se analizó la credibilidad mediante revisión con una experta en diabetes con 20 años de experiencia para validar la comprensión del fenómeno.

Finalmente, la confirmabilidad se fortaleció a través de la triangulación de fuentes que permitió monitorear los posibles sesgos del equipo investigador, complementado con citas textuales que sustentan las categorías emergentes.

Para identificar a las participantes se utilizó la letra M indicando “Madre”, seguido de un número, el cual indica el número de entrevista, el género del niño y la edad.

Consideraciones éticas.

El estudio se desarrolló conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki para la investigación con seres humanos[35]. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de las madres participantes y el asentimiento de los menores, garantizando en todo momento la participación voluntaria, la confidencialidad, el anonimato de la información y el derecho a retirarse del estudio sin repercusiones.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados del análisis de las entrevistas, organizados en dos categorías principales: estrategias de afrontamiento de las madres y estrategias de afrontamiento de los hijos(as).

Estrategias de afrontamiento de las madres

Estrategias de afrontamiento centradas a la emoción

En esta categoría predominan la expresión emocional abierta y la evitación, mostrando el fuerte impacto afectivo del

diagnóstico, la religión aparece de manera puntual.

a. Expresión emocional abierta

Se caracteriza por canalizar las emociones para regular reacciones

conductuales y buscar una sensación de bienestar[14]. Fueron escasas las respuestas con respecto a la expresión emocional abierta, las respuestas conductuales que presentaron fue mantenerse quietas o en estado de shock, incluso llegar a presentar sentimientos de impotencia y negación ante la situación, por ejemplo:

M4 (Masculino, 10 años): "Cambios de humor, sobre todo, pero fuera de ahí sigo igual".

M2 (F, 8 años): "Frustración, negación, tristeza, pensar que mi niña estuviera enferma de algo que jamás se le quitaría."

Ninguna de las madres optó por recurrir a la agresión física y/o verbal como medida para afrontar lo que sentían en esos momentos.

b. Evitación

Durante la etapa inicial del diagnóstico, predominó la negación, el retraimiento y la dificultad para expresar emociones, así como sentimientos de impotencia ante la situación.

M3 (Femenino, 12 años): "Pues al principio teníamos muchas dudas mi esposo y yo, y como que lo queríamos negar al hecho de que ya conocíamos los síntomas y a que se podían deber, pero no queríamos como que aceptarlo".

M1 (Masculino, 9 años): "Al principio me negué, me sentí impotente y no lo podía creer, me quedé impresionada, quieta y al rato empecé a caminar de un lado a otro, traté de no explotar ni llorar de impotencia".

c. Religión

Una de las madres interrogadas menciona a un ser extraordinario no terrenal como parte importante del proceso de aceptación y de evaluación positiva, de esta manera identificando el lado positivo de la situación con fuerza y motivación para seguir en la lucha del padecimiento de su hijo a través de la oración y la fe por este ser espiritual, siendo de gran ayuda para la felicidad, armonía, bienestar y tranquilidad de la madre.

En esta estrategia de afrontamiento, indican que a nivel cognitivo el diagnóstico del padecimiento de su hijo es una situación en la que influyen reacciones emocionales tales como la tristeza, la negación y la impotencia que se manifiestan en la expresión emocional abierta, siendo estas emociones necesarias para canalizar y resolver el problema que se presenta, pasando ocasionalmente por la evitación; en donde la mente pasa por un proceso mental que no reconoce la dificultad de la enfermedad y a su vez, las creencias religiosas toman un papel importante en la fase de asimilación y aceptación de la enfermedad, ya que hasta el momento las madres se enfocan en brindar bienestar para el futuro de sus hijos.

M2 (Masculino, 8 años): "le pido todos los días a Dios por él, por nosotros, por mí para

que nos de la fuerza para tener el ánimo todos los días"

Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema

Son aquellas enfocadas a utilizar y controlar las reacciones emocionales a través de acciones en las que la madre se ve sometida a utilizar para buscar alternativas facilitadoras de cambio, mediante un análisis de los elementos generadores de estrés y preocupación para definir y afrontar el problema de manera eficiente en pro del bienestar de su hijo. Entre tales estrategias se encuentran: la búsqueda de apoyo social, la focalización en la solución del problema, auto focalización negativa y la reevaluación positiva que permiten un manejo más activo de la enfermedad.

Búsqueda de apoyo social

Las madres de familia entrevistadas aportaron con sus respuestas, diversos elementos a considerar en relación con el proceso de afrontamiento de la situación del padecimiento de sus hijos, de las cuales todas las madres respondieron de manera asertiva que para entender y comprender la situación que se les está presentando tenían la necesidad de expresar sus sentimientos, pensamientos y preocupaciones hacia otras personas como una manera de canalizar esas emociones en su búsqueda de apoyo y acompañamiento ante el problema.

Las madres expresaron que el apoyo de la pareja, familia y amigos como vínculo primario, fue un factor indispensable para asimilar la nueva situación, expresando lo que sentían con relación al diagnóstico de sus hijos, además dos de las madres mencionan que como primer recurso o apoyo fue expresar sus emociones y acudir ante el médico que les comunicó el diagnóstico en ese momento, ya que asistieron solas a la consulta por ser madres solteras.

Manifiestan que es necesario recurrir a otros para sobrellevar la situación de sus hijos, en relación con el diagnóstico y a los cuidados que deben tener para asegurar su bienestar.

M1 (Masculino, 9 años): "Fui al médico para ver que tenía, mis hermanas nos han apoyado con seriedad, hablé con mi esposo sobre lo que siento".

M4 (Masculino, 10 años): "Se lo comenté a mi madre por teléfono, porque no sabía qué hacer ni como sentirme, hasta que ella me tranquilizo un poco y me dijo que todo estaría bien".

Focalización en la solución del problema

Se caracteriza por acciones directas para afrontar la enfermedad. Las madres entrevistadas brindaron información que permitió identificar las estrategias que facilitaron entender el acontecimiento, a partir de los pensamientos, sentimientos y emociones que provocó el hecho de tener un hijo con una enfermedad crónica, tales se describen en este apartado.

Las madres llevaron un proceso que estuvo acompañado por pensamientos negativos, sobre todo manifestando respuestas emocionales; al momento de recibir la noticia reaccionaron con negación, tristeza, impotencia, frustración, preocupación y algunas se mostraron sorprendidas ante el diagnóstico, sobre todo preocupadas por el futuro de sus hijos.

M1 (Masculino, 9 años): "Fui al médico para ver qué tenía."

M2 (Femenino, 8 años): "Llevar a mi hija a consulta para que le hicieran análisis y saber realmente que tenía y apoyándola en hacer más ejercicio, motivándola".

Parte fundamental del proceso fue la motivación y el acompañamiento en el tratamiento para sus hijos. Así mismo, mencionan que a pesar de estar en esa situación dirigieron interés y esfuerzos que estuvieran a su alcance como acudir con especialistas, médicos, nutriólogos para tener las herramientas que necesitan manejar adecuadamente el padecimiento.

Autofocalización negativa

De acuerdo con las entrevistas, las madres narran el suceso como un hecho generador de emociones negativas, que con el pasar del tiempo se asimilan y terminan aceptándose y aprendiendo a vivir con ello, incluso creando alternativas de solución y de apoyo que ayude a confrontar los sentimientos y pensamientos que atraviesa esta situación. Por tal, en la estrategia de auto focalización negativa se evidencía un proceso de negación, tristeza e impotencia continuos, tal como se presenta en este análisis.

Las madres que brindaron la información en este proceso investigativo, relatan que la situación de la enfermedad crónica de sus hijos fue sorpresiva para ellas desde el diagnóstico, en el cuál presentaron sentimientos de tristeza, frustración, impotencia y mucha preocupación por sus hijos, por lo que se encuentran en alerta constante.

M3 (Femenino, 12 años): "El doctor y nos confirmó lo que sospechábamos, ahí nos invadió una tristeza"

"Debo cuidar que sea lo más saludable para ella y a veces me pone triste al pensar en eso"

M4 (Masculino, 10 años): "Me preocupa a veces que se me pase ponerle la insulina o darle mal algún alimento y que eso lo ponga mal a él, esa es mi principal preocupación".

En tanto que ha sido muy importante para las familias la creación de nuevas y variadas rutinas que incluye la alimentación, ejercicio y medicamentos de sus hijos. Sin embargo, esto conlleva en sus inicios una serie de procesos cognitivos de preocupación, asimilación y adaptación.

La estrategia de auto focalización negativa fue una variable recurrente identificada en el transcurso de las entrevistas, ya que las madres consideran este acontecimiento como un hecho

negativo, lo cual dificulta el proceso de aceptación del padecimiento de sus hijos. No obstante, durante el transcurso del tiempo estos pensamientos fueron cambiando gradualmente, sin dejar de presentarse en su totalidad, ya que las madres optaron por buscar una solución al problema acudiendo con especialistas y haciendo modificaciones en sus rutinas familiares.

Reevaluación positiva

Se caracteriza por reinterpretación de la situación desde una visión adaptativa o constructiva. En esta estrategia de afrontamiento dirigido al problema en reevaluación positiva, las madres de familia proporcionaron información valiosa sobre el proceso por el que atravesaron al enterarse del padecimiento de sus hijos, misma que a continuación se presenta.

En esta estrategia se puede percibir que las madres no vieron de manera positiva el diagnóstico de sus hijos, porque al enterarse el impacto de la noticia produce una serie de sentimientos y pensamientos negativos con relación al bienestar ante este nuevo padecimiento para ellos.

En la reevaluación positiva, todas las madres informaron que una vez recibido, asimilado y aceptado el diagnóstico de DMT1 por parte de los médicos especialistas, trataron de calmarse, relajarse y mantenerse positivos ante la situación.

M4 (Masculino, 10 años): “Trato de mantenerme positiva y pensar que todo lo hago por el bien de mi niño para que él esté bien”.

M5 (Femenino, 11 años): “Reaccionamos calmados mi esposo y yo, eso sí nos preocupamos mucho y abrazamos a nuestra niña para que se sintiera bien”.

Por lo tanto, después de un proceso de información, comprensión y asimilación del diagnóstico de la enfermedad de sus hijos, las madres en un inicio utilizan las estrategias de auto focalización negativa que con el pasar del tiempo se convierte en reevaluación positiva.

La posición de las madres entrevistadas en cuanto a las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema en un inicio estuvo compuesta por pensamientos negativos que se fueron transformando junto con la búsqueda de apoyo social a pensamientos focalizados a la solución del problema lo que permitió la reevaluación positiva del diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 en sus hijos.

En tanto que en este proceso de investigación relacionado con las estrategias de afrontamiento que utilizan las madres para enfrentar el diagnóstico de DT1 de sus hijos, se encuentra que las madres pasan por un proceso complicado con pensamientos negativos que en un inicio dificultan la asimilación y aceptación del diagnóstico. En el que primeramente las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción se encargan a nivel cognitivo de la regularización, canalización de esos

sentimientos y pensamientos negativos de las madres, pasando así a las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema que con la búsqueda de apoyo social y la focalización en la solución del problema se logra una reevaluación positiva que mantiene una proyección positiva del futuro y los planes de mejora que favorecerá el bienestar de sus hijos.

Estrategias del afrontamiento del(a) hijo(a)

Es importante notar que las estrategias de afrontamiento de los hijos fueron reportadas desde la perspectiva de las madres y no directamente por los niños, debido a su edad. De acuerdo con la percepción materna, los cinco hijos e hijas con diabetes tienen conocimiento de su enfermedad y comprenden la necesidad de autocuidado, lo cual incluye evitar comer dulces, administrar su medicación (en particular la insulina) y asumir que se trata de una condición que requiere atención constante y cotidiana.

M1 (Masculino, 9 años): “Sí, sabe que tiene diabetes”

M5 (Femenino, 11 años): “Si, ella sabe que tiene diabetes, desde un principio se lo dijimos y tratamos de explicárselo.”

Afrontamiento dirigido a la emoción

a) Abierta y evitación

Las madres reportaron que, tras el diagnóstico de diabetes, percibieron a sus hijos más serios, particularmente en situaciones como salir a comer o al estar en casa. Señalaron que los niños experimentan frustración al no poder consumir los mismos alimentos que el resto de la familia, lo cual se manifiesta en conductas de enojo. Algunas madres mencionaron que sus hijos se muestran “idos”, otros dejan de hablarles al momento de la aplicación de la insulina y algunos presentan cambios en el estado de ánimo, como irritabilidad constante.

Asimismo, se observó que algunos niños tienden a aislarse de amigos y familiares. En estos casos, el afrontamiento de la situación se centra en la emoción, recurriendo a la evitación como una estrategia desadaptativa, ya que el aislamiento funciona como una forma de no pensar en la situación que les genera malestar o de evitar las demandas que impone la enfermedad, las cuales pueden ser percibidas como un obstáculo para disfrutar plenamente de su infancia.

M5 (Femenino, 11 años): “Si claro, ahora se pone más irritable, más cuando le toca ponerse la insulina, o le checo su insulina, a veces no quiere ni hablar, eso sí al rato se le pasa, pero eso no pasaba antes del diagnóstico”.

M5 (Femenino, 8 años): “Si se ha vuelto más seria, se aleja de donde se reúnen otros niños para comer helados y cosas dulces, no sale a fiestas, síntomas de depresión. Le cuesta cumplir con su dieta y se cansa de cuidar los alimentos que debe comer”.

Las madres reportaron dificultades en la adherencia al estilo de alimentación indicado, señalando que este no es constante y que resulta complicado el proceso de aplicación de la insulina, el monitoreo de la glucosa y la aceptación de los alimentos preparados. Estas dificultades han generado discusiones familiares que previamente no existían, principalmente relacionadas con el manejo de la enfermedad. Asimismo, las madres señalaron que a los niños y las niñas les resulta especialmente complejo adaptarse a los cambios en el estilo de vida y afrontar los nuevos desafíos que implica una enfermedad crónica, lo que genera múltiples conflictos en el proceso de adaptación, al percibirse la enfermedad como un obstáculo para diversas actividades cotidianas.

M2 (Femenino, 12 años): "En el caso de "estira y afloja" con relación a los alimentos que quiere consumir a los que en realidad debe consumir, eso ocasiona conflictos emocionales, en los dos por igual. Antes no era así ya que le permitía comer lo que quisiera".

M5 (Femenino, 11 años): "Como le comentaba, a la hora de ponerle la insulina y checar su glucosa, se molesta a veces y en ocasiones se vuelven discusiones, así en la hora de la comida a veces no le gusta lo que hago de comida y se molesta un poco, pero termina comiéndosela. Y antes pues obviamente no existía eso en esta casa".

Las madres reportan incomodidad y frustración por no consumir dulces, mencionan tristeza, difícil al principio como desgastante para ambos y esperan que con el tiempo se vayan adaptando. Cuando se trata de adaptarse a nuevos estilos de vida, enfocarse en el problema genera cambios emocionales, llevando al niño a procesos cognitivos muy cambiantes, del cual aún le cuesta comprender del todo. Por lo que solucionar los obstáculos de la enfermedad les resulta una tarea muy complicada, aun así tratan de afrontar la enfermedad como un problema en sus vidas, a pesar de la carga emocional por la que atraviesan.

M5 (Femenino, 8 años): "Ha sido triste, frustrante".

M3 (Femenino, 12 años): "Ha sido difícil, porque es como adaptarse a una nueva vida".

Focalización a la solución del problema

Las preguntas que los hijos y las hijas formulan a sus madres se centran en la duración del tratamiento y las restricciones asociadas a la enfermedad, tales como cuándo terminarán las inyecciones o en qué momento podrán consumir dulces como sus pares. Asimismo, manifiestan incertidumbre mediante cuestionamientos relacionados con posibles daños a otras partes de su cuerpo, la posibilidad de que la enfermedad desaparezca y la duración de su vida, incluyendo inquietudes sobre la muerte. Por otro lado, también expresan preguntas como por qué les ocurrió la enfermedad y por qué se trata de una condición sin cura. La formulación de estos cuestionamientos a tan

corta edad puede interpretarse como una búsqueda de comprensión sobre las causas y posibles soluciones de su padecimiento, aun cuando no logren elaborar respuestas completas.

M5 (Masculino, 9 años): “Me ha preguntado que si tiene cura, que si no come azúcar hoy mañana si mañana podrá comer, y que si se va a morir, que si cuando dejará de usar insulina y preguntas así me ha hecho y ha sido lo más difícil para mí, que tu hijo te haga esas preguntas”.

M3 (Femenino, 12 años): “Me ha preguntado porque no tiene cura, que si ya nunca volverá a comer dulces, que porque le paso esto a ella, que si se va a morir”.

Una de las madres manifestó que su hijo afronta su enfermedad con aceptación, lo cual se refleja en el cuidado que tiene de su salud. Destacó que es un niño creativo que se distrae dibujando y coloreando, actividades que le resultan relajantes. Otra madre mencionó que su hijo muestra una actitud de resignación ante la enfermedad, expresando que “así le tocó vivir”. Por su parte, una tercera madre refirió que su hijo se frustra con facilidad y se siente cansado, señalando que rara vez se muestra tranquilo incluso durante el juego. Indicó que, aunque el niño comprende poco la situación de acuerdo con su edad, intenta distraerse y salir para despejarse. No obstante, la madre también reportó de manera negativa que su hijo se enfada por la rutina diaria del tratamiento, se cansa, se frustra y llora, aun cuando reconoce que dichas reacciones están relacionadas con el cuidado de su salud.

De esta manera, los niños afrontan estas situaciones principalmente a través de la expresión emocional abierta, canalizando las emociones derivadas de la enfermedad mediante actividades creativas y recreativas, como el dibujo, el juego y otras formas de esparcimiento.

M3 (Femenino, 12 años): “Es una niña y a veces se enfada de lo mismo todos los días, se cansa y se frustra y llora, pero entiende que es lo mejor para su salud, igual estamos con ella en todo momento”.

M2 (Masculino, 10 años): “Él acepta que debe cuidarse, comiendo sano y siguiendo el tratamiento, él es muy creativo y se distrae dibujando y coloreando le gusta todo eso y creo que de alguna forma eso lo relaja más”.

DISCUSIÓN

Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción

El tener un hijo que padece una enfermedad crónica, genera cambios en la dinámica familiar, crea por inercia el uso de distintas estrategias de afrontamiento, tanto en las madres como en sus hijos. En este estudio encontramos que algunas de las estrategias de afrontamiento utilizadas por

las madres de Sonora, fueron las centradas en la emoción, predominan la expresión emocional abierta (tristeza, la impotencia y la frustración) y la evitación, con un fuerte impacto afectivo al recibir el diagnóstico, como una forma de amortiguar el impacto, si persisten, pueden afectar la adaptación y la salud emocional de madres e hijos. Muchas madres buscan regular emociones a través de oración, relajación, paseos o expresiones afectivas, dichas estrategias dan alivio inmediato, pero no resuelven la raíz del problema. La inteligencia emocional de las madres está asociada a mayores habilidades de regulación emocional, afrontamiento centrado en el problema y con mejores prácticas de manejo y menor conflicto familiar[36]. Por otro lado. autores resaltan la búsqueda de información, psicoeducación, la reorganización de los roles familiares, el apoyo social (familia y redes), aceptación y espiritualidad como estrategias de afrontamiento prácticas para el manejo diario.

Carlsund destaca como tema central en sus hallazgos el: *"Tying oneself in knots" (Hacerse nudos)* se refiere a una persona que se agobia, se preocupa demasiado y complica las cosas, dándoles demasiadas vueltas hasta enredarse en su propio pensamiento o problema, pero dicho momento reportado por madres y padres, implica que han pasado por años de agotamiento, sueño interrumpido, duelo por la pérdida de una vida "normal" y el sentimiento de responsabilidad vital continua[37].

Por otro lado, Lindström et al. destaca como tema central percibido por madres como una "Mission impossible" (Misión imposible), es decir tienen una responsabilidad involuntaria y una evaluación personal constante, están obligadas a ofrecer una maternidad extraordinaria (cuidado 24/7, por la dificultad para delegar), así como una evaluación permanente del desempeño maternal (sensación de insuficiencia cuando el control glucémico no es "perfecto"), al final dichas creencias desencadenan en burnout parental[38].

Estrategias de afrontamiento centradas en el problema

Por otro lado, las madres reportan el uso de las estrategias centradas en el problema, dichas estrategias muestran iniciativa, búsqueda de soluciones y acciones directas. Permiten mayor control de la enfermedad, aunque generan tensiones (como conflictos en la dieta o miedo a errores con insulina). Sin embargo, dentro de las estrategias centradas en el problema destacan la focalización en la solución del problema y la búsqueda de apoyo social, que permiten un manejo más activo de la enfermedad[23].

Shavaki et. al. con madres de hijos con DT1, reportan un efecto positivo en estrategias de afrontamiento centradas en el problema, en especial basado en el significado y la edad de las madres, mientras que el afrontamiento centrado en la emoción y la edad de los padres crean un efecto negativo en el manejo del estrés de las

madres. Las cuidadoras logran tener mayor éxito cuando manejan el estrés bajo estrategias de afrontamiento centradas en el problema[39]. Por lo que, es importante informar y dar educación a las madres de familia sobre estrategias de afrontamiento mucho más eficientes[40]. Por otra parte madres cuidadoras de pacientes con DT1, cáncer e hijos sanos, reportan que el afrontamiento activo/informacional se asocia con menores niveles de ansiedad, mientras que las madres que utilizaron estrategias evitativas y acompañadas de rumiación, se vinculan con mayor angustia y potencial impacto en la calidad de vida[37]. Albani et al consideran que el afrontamiento centrado en la emoción sin soporte, es decir sin apoyo social incrementa la sintomatología psicológica[23,41].

Por otra parte, la autofocalización negativa se observa como una de las áreas más vulnerables, donde madres experimentan culpa e impotencia frente al sufrimiento de sus hijos. En ocasiones puede propiciar vigilancia constante y sensación de responsabilidad vital[42].

Así mismo, la reevaluación positiva es una de las respuestas más adaptativas, relacionada con aceptación, resiliencia y construcción de sentido; aparece como un segundo momento de afrontamiento, cuando la negación y la tristeza iniciales se transforman en aceptación. Permite a las madres sostener la esperanza, acompañar a sus hijos y resignificar la experiencia. En el estudio de Azimi et al para las madres las estrategias de afrontamiento pasan por un proceso desde la vigilancia constante, la reorganización de vida (aceptar una nueva normalidad), el duelo visto como una montaña rusa emocional, el aislamiento y la resiliencia en conjunto con redes de apoyo[42].

Bazus et al utilizaron medidas objetivas y encontraron que en promedio las madres dedican 40 minutos al cuidado, el 38.4% se levantaban todas las noches (en especial con niños pequeños), 62.8% reportaron agotamiento de moderado a fuerte (con un 30.7% una necesidad moderada de respiro), el 55.4% con síntomas de depresión/ansiedad y el 42% adaptaron su trabajo (reducción de horas, cambios de turno y menos tiempo personal)[43].

Comparando con el presente estudio, pudo identificarse que cuando se presenta el diagnóstico de diabetes a las madres de familia, al inicio les genera dudas, se encuentran en etapa de negación ante la enfermedad, a pesar de saber que significa, sobre todo enfrentarse a una nueva situación, les ha generado dificultades para manejar las emociones que se presentan ante esta nueva forma de vida. Por lo que su principal concentración es el aprender a manejar las emociones. Posteriormente presentan la necesidad de crear estrategias que faciliten la aceptación, el manejo del proceso que conlleva la enfermedad y los cuidados que requiere, tratando de mantener un estilo de vida óptimo para el bienestar de sus hijos y la estabilidad mental en ellas mismas.

En cuanto a este estudio, se observó que el uso de estrategias de afrontamiento no sólo aplica a las madres de familia, sino a sus hijos, quienes son principalmente los

portadores de la DT1, sobre todo es importante tener frente a ellos una figura de soporte emocional y el apoyo que necesitan. De la misma manera en que sus madres pasan por ese proceso emocional cognitivo, los niños atraviesan esa situación a su manera y a su edad evolutiva, ya que al tener conciencia de una enfermedad que los acompañará de por vida y darse cuenta de que tienen que llevar un proceso y un control diario que implica muchas restricciones, además del proceso de inyectarse, así como adaptarse a nuevos entornos.

A pesar de que manifiestan descontento, inquietudes y muchas dudas respecto a su cuerpo, los niños crean estrategias enfocadas en solucionar el problema en ese instante mediante el proceso creativo, sin dejar de manifestar sus emociones, centrándose también en expresarlas a través de estrategias emocionales como la evitación, es decir, suelen aislarse cuando no se sienten cómodos con la situación, generando emociones negativas. Al ser tan pequeños, también suelen demostrar su descontento con frustración, sobre todo al inicio para adaptarse a su nuevo estilo de vida. En un estudio se encontró que la distracción en niños con cáncer se relacionó con menor ansiedad (efecto protector), para niños del grupo control, la distracción se vinculó con mayor ansiedad y en niños con diabetes tipo 1, no tuvo efecto significativo. La estrategia de evitación en niños con cáncer mostró una tendencia a disminuir su ansiedad, pero sólo en pacientes con cáncer, enfatizan que no basta con promover estrategias de afrontamiento “universales”, sino que se deben ajustar al diagnóstico y la dinámica madre–hijo, y que conviene trabajar también en la ansiedad materna para que la estrategia resulte efectiva[44].

La incertidumbre que presentan los niños durante el proceso de adaptación a las nuevas rutinas diarias, así como los cambios emocionales y cognitivos que van desarrollando durante esa etapa de su vida, influyen en que acepten, comprendan y superen los obstáculos que la enfermedad les presenta a través de las distintas estrategias de afrontamiento. Por lo que desarrollan diferentes capacidades de supervivencia centradas en dar solución a las problemáticas de manera eficiente, dando como resultado un mejor manejo de la enfermedad y mayor control de las emociones y las conductas a realizar.

En una intervención realizada por Tully et al. que tenía como objetivo implementar los primeros pasos conductuales del cuidado escalonado para padres de niños pequeños con DT1, se conformó por entrenadores de padres (con experiencia), sesiones telefónicas con consejeros capacitados, consultas familiares y recomendaciones de un psicólogo y un educador en diabetes, las implicaciones clínicas de esta investigación incluyen beneficios potenciales para evaluar a los padres en el momento del diagnóstico del malestar psicológico[45].

La tutoría entre pares fue significativo y apreciado por las familias, lo cual indica que el cuidado parental en niños con una enfermedad crónica supone que

existe un estilo de afrontamiento para cada uno de ellos, dando importancia al manejo de las emociones, tal y como se ha determinado en este estudio; a través de la reevaluación positiva, centrándose en la solución del problema en conjunto con el apoyo social que reciben el menor y los padres de familia[45].

Entre las principales limitaciones del estudio se identifican las siguientes:

- El tamaño reducido de la muestra, lo cual limita llegar al punto de saturación.
- La obtención de información exclusivamente desde la perspectiva materna, sin incluir el relato directo de los niños y las niñas.
- El diseño transversal del estudio, que impide observar cambios en las estrategias de afrontamiento a lo largo del tiempo.
- La ausencia de comparación con otros cuidadores primarios (padres, abuelos u otros familiares).
- El enfoque cualitativo, que, si bien permite una comprensión profunda de la experiencia, no posibilita establecer relaciones causales.
- El contexto geográfico específico (Ciudad Obregón, Sonora).
- La falta de triangulación con los participantes.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente estudio aporta evidencia teórica relevante al profundizar en la comprensión de las estrategias de afrontamiento materno en madres de niños y niñas con diabetes tipo 1, destacando la forma en que enfrentan la enfermedad desde dimensiones emocionales, cognitivas y conductuales. Los hallazgos enriquecen la literatura sobre el afrontamiento parental en enfermedades crónicas infantiles, al reforzar la distinción entre estrategias centradas en la emoción y estrategias centradas en el problema, y confirmar que dichas estrategias se encuentran estrechamente vinculadas al tipo de enfermedad y al contexto familiar en el que se desarrolla.

Un aporte adicional de carácter teórico-metodológico es la aplicación del enfoque fenomenológico-hermenéutico, el cual permitió comprender la vivencia subjetiva de las madres y la manera en que interpretan tanto su propio afrontamiento como el de sus hijos ante la enfermedad. Esta perspectiva ofrece bases sólidas para futuras investigaciones, particularmente estudios comparativos con otros grupos familiares, así como investigaciones que incluyan niños, niñas y adolescentes de distintas edades, incorporando la voz directa de los infantes.

Desde el ámbito práctico, los resultados proporcionan información valiosa

para el personal médico y los profesionales de la salud mental, al evidenciar la necesidad de brindar un acompañamiento integral que contemple tanto el manejo médico como los aspectos emocionales y conductuales implicados en la DT1. Estos hallazgos pueden orientar el diseño de programas de apoyo familiar que integren psicoeducación y acompañamiento psicológico, adaptados a las necesidades emocionales, sociales y cognitivas tanto de las madres como de sus hijos.

Asimismo, se identificó que las estrategias de afrontamiento utilizadas por las madres y sus hijos combinan la búsqueda de soluciones prácticas con el manejo de las implicaciones emocionales derivadas del diagnóstico y la adaptación a un estilo de vida significativamente distinto. A través de procesos cognitivos, las madres logran organizar y orientar las acciones necesarias para guiar a sus hijos en el curso de la enfermedad, favoreciendo un mayor control y adaptación al tratamiento.

El proceso de aceptación y adaptación ante una enfermedad crónica se caracteriza por la presencia de fluctuaciones emocionales constantes; sin embargo, las madres tienden a priorizar estrategias orientadas a la resolución sistemática de los problemas que surgen a lo largo del curso de la enfermedad, aun cuando estas se vean influidas por emociones que pueden dificultar momentáneamente el control metabólico. En este sentido, la reevaluación cognitiva emerge como una estrategia relevante, al permitir replantear soluciones hasta alcanzar objetivos positivos no solo para el niño o la madre, sino para todo el sistema familiar involucrado en el proceso de adaptación.

Finalmente, los procesos emocionales y cognitivos asociados a la elección de estrategias de afrontamiento influyen directamente en las dinámicas familiares y sociales, lo que subraya la importancia del contexto como un elemento central en el bienestar del niño y de su cuidador principal. En conjunto, los resultados refuerzan la necesidad de abordar la DT1 desde una perspectiva integral y familiar, en la que las estrategias de afrontamiento contribuyan positivamente al bienestar psicológico y a la calidad de vida.

A pesar de sus limitaciones, este estudio aporta elementos relevantes para comprender el afrontamiento familiar en la diabetes tipo 1 y sienta bases para futuras investigaciones e intervenciones clínicas. Se recomienda ampliar y diversificar la muestra, incorporar la perspectiva directa de los niños y adolescentes, incluir a otros cuidadores primarios y desarrollar estudios longitudinales que permitan analizar la evolución del afrontamiento. En conjunto, los resultados ofrecen insumos valiosos para orientar intervenciones psicológicas y psicoeducativas que favorezcan la adaptación a la enfermedad, la adherencia al tratamiento y el bienestar integral de los niños y sus familias.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Diabetes* [Internet]. Ginebra: OMS; 14 nov 2024 [citado 22 ene 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

2. International Diabetes Federation. *Inicio* [Internet]. Bruselas: International Diabetes Federation; [actualizado sin fecha; citado 22 ene 2026]. Disponible en: https://idf.org/es/

3. Corvos C, Meléndez J, Pintos T, Silveira A, Souza M. Ejercicio físico y diabetes mellitus tipo 1: una revisión narrativa. Retos Nuevas Tendencias Educ Fís Deporte Recreación. 2024;(51):159 66. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9120918&info=resumen&idioma=ENG

4. Federación Mexicana de Diabetes AC. Prevalencia de Diabetes tipo 1 en México [Internet]. 2020 Jan 29 [citado 2024 Nov 11]. Disponible en: http://fmdiabetes.org/prevalencia diabetes tipo 1 mexico/

5. Faradji R, Valenzuela M, Díaz M, Almeda P, Antonio N, Vidrio M, et al. Type 1 Diabetes Care in Mexico: an analysis of the RENACED DT1 national registry. Rev Investig Clin. 2021;73(4):222 30. Disponible en: https://doi.org/10.24875/RIC.20000498

6. Lucier J, Weinstock R. Type 1 Diabetes. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [actualizado 2025]. PMID: 29939535.

7. Secretaría de Salud. Diabetes en México [Internet]. [2021] [citado 2024 Nov 6]. Disponible en: https://www.gob.mx/promosalud/acciones-y-programas/diabetes-en-mexico-284509

8. Secretaría de Salud. Diabetes en México [Internet]. [2021] [citado 2024 Nov 6]. Disponible en: https://www.gob.mx/promosalud/acciones-y-programas/diabetes-en-mexico-284509

9. Yau M, Maclaren N, Sperling M. Etiología y patogénesis de la diabetes mellitus en niños y adolescentes [Internet]. In: Feingold KR, Ahmed SF, Anawalt B, et al., editores. Endotext. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000 [actualizado 19 jun 2021; citado 2024 Sep 10]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK498653/

10. Henríquez R, Cartes R. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus tipo 1 en niños, adolescentes y sus familias: revisión de la literatura. Rev Chil Pediatr. 2018;89(3):391 8. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4067/S0370 41062018005000507

11. Fairfax A, Brehaut J, Colman I, Sikora L, Kazakova A, Chakraborty P, et al. A systematic review of the association between coping strategies and quality of life among caregivers of children with chronic illness and/or disability. BMC Pediatr. 2019;19(1):215. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12887 019 1587 3

12. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: España; 1986.

13. Ortigosa J, Quiles M, Méndez F. Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia. Madrid: Pirámide; 2003.

14. Pérez M, Rodríguez N. Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. Rev Costarric Psicología [Internet]. 2011 [citado 2024 Jun 10]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4836523

15. Piergiovanni L, Depaula P. Autoeficacia y estilos de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios. Ciencias Psicológicas. 2018;12(1):17 23. Disponible en: https://doi.org/10.22235/cp.v12i1.1591

16. Real Academia Española (RAE). Diccionario de la lengua española [Internet]. 23ª ed. 23.7 en línea [consultado 2024 Jun 28]. Disponible en: https://dle.rae.es

17. Londoño H, Henao G, Puerta I. Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de Coping Modificado (EEC M) en una muestra Colombiana. RUPS. 2006;5(2):327 49. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n2/v5n2a1

18. Sonnenberg E. Estrés en los cuidadores: el impacto de la enfermedad crónica en la familia [Internet]. [s.f.] [citado 2024 Sep 6]. Disponible en: https://www.cancercarewny.com/content.aspx?chunkiid=127085

19. Soria R, Ávila D, Vega Z, Nava C. Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. Altern Psicol. 2012;FES Iztacala, UNAM. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405 339X2012000100008

20. Chan Sun M, Ramano V, Dowlut TAS. Lived experience of mothers having a child diagnosed with type 1 diabetes in Mauritius: a phenomenological study. J Pediatr Nurs. 2021;60:e104-e109. doi:10.1016/j.pedn.2021.03.030.

21. Pirela G, Toro M, Cubillán E. Actitud de los padres hacia la enfermedad de diabetes mellitus de sus hijos. Ciencia Odontológica. 2015;12(1):42 55.

22. Rossiter R, Cooper J, Marjei S, Brownie S. Case based insights: Arab Muslim mothers' experiences of managing a child newly diagnosed with Type 1 Diabetes Mellitus. SAGE Open Nurs. 2019;5:2377960819870979. Disponible en: https://doi.org/10.1177/2377960819870979

23. Moghadam YH, Zeinaly Z, Alhani F. How mothers of a child with type 1 diabetes cope with the burden of care: a qualitative study. BMC Endocr Disord. 2022;22(1):129. Available from: https://doi.org/10.1186/s12902-022-01045-z.

24. Piercea J, Kozikowskib C, Leec M, Wysocki T. Type 1 diabetes in very young children: a model of parent and child influences on management and outcomes. Pediatr Diabetes. 2017;8:17 25. Disponible en: https://doi.org/10.1111/pedi.12351

25. Rising Holmström M, Söderberg S. The lived experiences of young people living with type 1 diabetes: a hermeneutic study. Nurs Open. 2022;9(6):2878–2886. doi:10.1002/nop2.995

26. López-Osorio AL, Escoffié-Aguilar EM, Sosa-Correa M. Experiencias de adolescentes con diabetes mellitus tipo I del estado de Yucatán: una perspectiva fenomenológica. Psicumex. 2016;6(2):66–80. doi:10.36793/psicumex.v6i2.288

27. Ochoa M, Cardoso M, Reyes V. Emociones de la familia ante el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 en el infante. Enferm Univ. 2016;13(1):40–46. doi:10.1016/j.reu.2016.02.001

28. Guba EG, Lincoln YS. Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. San Francisco (CA): Jossey-Bass Publishers; 1981.

29. Ketema Bogale E, Getachew Desalew E, Tesfa H, Endeshaw D, Guadie Tiruneh M, Ketema Bogale S. Lived experience of people with type 1 diabetes in North East Ethiopia; psycho-social and economical perspective, a phenomenological study. Diabetes Metab Syndr Obes. 2023;16:3885–3898. doi:10.2147/DMSO.S431914

30. Owusu BA, Ofori Boateng P, Bankah E, Barnes NA, Atiase Y, Yorke E, et al. A qualitative study of type 1 diabetes complications, mental health, and structural pathways of complications occurrence among young people (14–24 years) and caregivers in southern Ghana. SSM Ment Health. 2024;6:100368. doi:10.1016/j.ssmmh.2024.100368

31. Martínez B, editor. Comportamiento humano: nuevos métodos de investigación. México: Trillas; 1996.

32. Ayala R. La metodología fenomenológica Hermenéutica de M van Manen en el campo de la investigación educativa: posibilidades y primeras experiencias. Rev Investig Educ. 2008;27(2):409 30.

33. Creswell, JW (2014). Diseño de investigación: Enfoques cualitativos, cuantitativos y mixtos (4.ª ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

34. Van Manen, M. (2014). Phenomenology of Practice. Routledge.

35 World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human participants. *JAMA*. 2024.

36. Zaleckytė D, Žilinskienė J. Associations of maternal emotional intelligence and coping strategies with diabetes management in adolescents with type 1 diabetes. Balt J Sport Health Sci. 2024;2(133):4-12. doi:10.33607/bjshs.v2i133.1544

37. Carlsund Å, Olsson S, Hörnsten Å. Stress and Burden Experienced by Parents of Children with Type 1 Diabetes—A Qualitative Content Analysis Interview Study. Children (Basel). 2025;12:984. doi:10.3390/children12080984.

38. Lindström C, Åman J, Norberg AL, Forssberg M, Anderzén-Carlsson A. "Mission impossible"; the mothering of a child with type 1 diabetes – from the

perspective of mothers experiencing burnout. J Pediatr Nurs. 2017;36:149–156. doi:10.1016/j.pedn.2017.06.002

39. Shavaki M, Harandi T, Pourabbasi A, Rahimzadeh M. Coping strategies in Iranian mothers of children with type 1 diabetes. J Diabetes Metab Disord. 2018;17(2):137 42. Disponible en:

40. Haghighi Moghadam Y, Zeinaly Z, Alhani F. How mothers of a child with type 1 diabetes cope with the burden of care: a qualitative study. BMC Endocr Disord. 2022;22(1):129. Available from: https://doi.org/10.1186/s12902-022-01045-z.

41. Albani, E.; Dragioti, E.; Dimou, K.; Mantzoukas, S.; Gouva, M. Psychological Characteristics of Mothers of Children with Chronic Illnesses: A Focus on Type 1 Diabetes Mellitus. Healthcare 2025, 13, 1439. .

42. Azimi T, Wozniak LA, Oster RT, Johnson J, Montesanti S. Exploring the experiences of mothers of children with type 1 diabetes in Northern Alberta: a qualitative descriptive study. BMC Public Health. 2025;25:1655. doi:10.1186/s12889-025-22457-1.

43. Bazus L, Perge K, Chatelain P, Nicolino M. Objective burden and emotional distress of parents of children with Type 1 diabetes. Horm Res Paediatr. 2024;97:225–232. doi:10.1159/000531885.

44. Spaggiari S, Calignano G, Montanaro M, Zaffani S, Cecinati V, Maffeis C, Di Riso D. Examining Coping Strategies and Their Relation with Anxiety: Implications for Children Diagnosed with Cancer or Type 1 Diabetes and Their Caregivers. Int J Environ Res Public Health. 2024;21:77.

45. Tully C, Clary L, Monaghan M. Implementation and preliminary feasibility of an individualized, supportive approach to behavioral care for parents of young children newly diagnosed with Type 1 Diabetes. Cogn Behav Pract. 2021;28:293 308. 25