



PhD. Joaquín Villécija^(1, 2); PhD. Bárbara Luque^(1, 2); y PhD. Carmen Tabernero^(3, 4).

⁽¹⁾ Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Grupo GC32 de Psicología Aplicada.

⁽²⁾ Universidad de Córdoba, Departamento de Psicología.

⁽³⁾ Instituto de Neurociencias de Castilla y León, Grupo Promosalud: Neurociencia Afectiva y Social.

⁽⁴⁾ Universidad de Salamanca, Departamento de Psicología Social y Antropología.

El papel de la autoeficacia en el manejo de la DM1 en la adolescencia: una oportunidad hacia la adultez



Aunque es difícil encontrar un registro oficial que proporcione datos vigentes de incidencia y prevalencia de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1), todos los estudios epidemiológicos recientes desarrollados hasta este momento indican un aumento de los casos diagnosticados, no solamente a nivel global sino también a escala nacional. Uno de los trabajos más actuales en el panorama español, publicado en 2025, dibuja la incidencia de la DM1 basándose en la información que se recoge en la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). En él, a pesar de notificar una variabilidad territorial notable, se informa de una prevalencia cercana al 0,2% en la población infantil, lo que es igual a que 1 de cada 500 niños y niñas en España es diagnosticado con DM1 antes de los 15 años. Se estima que cada anualidad se suman unos 1.400 nuevos casos. Este dato, junto a la condición crónica, explica que el acumulado sean miles de niños y niñas los que conviven con DM1 (1).

Que la DM1 sea una condición crónica que se diagnostica fundamentalmente en la etapa infantojuvenil significa que las personas que conviven con ella lo van a hacer durante la práctica totalidad de su trayectoria vital, aumentando significativamente la probabilidad de exposición a determinados factores de riesgo que pueden llevar consigo complicaciones a largo plazo. En este sentido, y >>

» sin menosprecio del papel que ocupan las ciencias biomédicas en el tratamiento y el control de la DM1, somos conscientes de la importancia de un abordaje integral de esta situación y, desde las ciencias del comportamiento y la psicología, del amplio margen de acción que la propia persona tiene a partir de sus creencias y su comportamiento.

LA DM1 Y LA ADOLESCENCIA

La aparición de la DM1 puede darse, efectivamente, a cualquier edad. Sin embargo, casi el 90% de todos los casos se diagnostican antes de los 20 años (2). Esto quiere decir que **la gran mayoría de personas con DM1 van a vivir parcial o totalmente su adolescencia con esta condición ya adquirida.**

La adolescencia es una **etapa de transición** entre la infancia y la adultez que no se encuentra claramente delimitada. Su difícil acotamiento es fruto de la amplia connotación cultural, y no biológica, que esta etapa presenta, y es que no siempre se ha entendido la adolescencia como hoy lo hacemos, ni siquiera se hace en todas las partes del mundo de la misma manera. En otros momentos históricos, el paso por la adolescencia era mucho más breve; hoy, se vincula a una escolarización prolongada, a la no responsabilidad plena o necesidad de tutorización permanente, y a un conglomerado de circunstancias socioculturales que marcan su fin con el logro de una ansiada independencia económica y estabilidad laboral. A esta situación contextual habría que añadir, ahora sí, los hitos evolutivos propios y compartidos en cualquier ideario sobre la adolescencia: biológicos, como los cambios hormonales y la predisposición a actuar con una mayor impulsividad por una maduración tardía de la corteza prefrontal; psicológicos, como la preocupación por la imagen corporal y una alta inestabilidad emocional; y sociales, como la construcción de la identidad personal y la necesidad de pertenencia al grupo.

Es en este complejo escenario donde va a producirse el traspaso progresivo del control de la DM1. Hasta este momento, la DM1 se había configurado como una responsabilidad familiar, sin embargo, es ahora, en la adolescencia, cuando la persona con esta condición comienza a tomar el **liderazgo** de la situación **hacia un asumido autocuidado.** La gestión de la DM1 se convierte, por

tanto, en uno de los primeros ejercicios de responsabilidad de la vida adulta.

LA IMPORTANCIA DE LAS CREENCIAS PARA EL CAMBIO CONDUCTUAL

En el ámbito de las ciencias psicosociales, y más en especial de la psicología de la salud, conviven múltiples teorías, o formas de explicar y comprender, cómo las personas perciben una enfermedad, cómo se enfrentan a ella y adoptan conductas de control y cuidado, y cómo se adaptan a esa condición cuando es crónica. Que existan varios modelos no significa que estos sean excluyentes entre sí, sino todo lo contrario; se complementan para ofrecer una visión mucho más integral y holística de la condición.

En cualquier caso, para explorar el comportamiento humano y, en concreto, para comprender los mecanismos capaces de explicar el afrontamiento de una condición crónica como la DM1 en un contexto adolescente y juvenil, resulta indispensable partir de la **teoría social-cognitiva** del psicólogo Albert Bandura (1925-2021), quien a través del bautizado como **determinismo recíproco** mostró la influencia común del individuo, el entorno y la propia conducta; haciendo protagonista de su comportamiento y agente de cambio a la propia persona (3,4,5). Así pues, todos tenemos a nuestra disposición un mecanismo de autorregulación que nos permite ejercer control sobre nuestros pensamientos, sentimientos y motivaciones que, por ende, nos facilita la tarea de modificación de factores ambientales con nuestras decisiones.

Y es aquí donde surge la **autoeficacia**, comprendida como el conjunto de creencias que una persona desarrolla en relación con la capacidad para organizar y ejecutar la acción necesaria para el manejo de determinadas situaciones, o lo que es igual, la confianza en la capacidad de uno mismo para la toma del control de una situación (5).

LAS EXPECTATIVAS POSITIVAS Y LA AUTOEFICACIA PARA EL MANEJO DE LA DM1

Las expectativas positivas y la autoeficacia emergen como una herramienta eficaz no solo para la modificación de creencias, sino también de comportamientos (5); cambio »

**HASTA ESTE MOMENTO,
LA DM1 SE HABÍA
CONFIGURADO
COMO UNA
RESPONSABILIDAD
FAMILIAR, SIN
EMBARGO, ES AHORA,
EN LA ADOLESCENCIA,
CUANDO LA PERSONA
CON ESTA CONDICIÓN
COMIENZA A TOMAR
EL LIDERAZGO
DE LA SITUACIÓN
HACIA UN ASUMIDO
AUTOCUIDADO**



» mucho más acentuado, eficiente y prolongado en el tiempo si se provoca en la infancia o la adolescencia (6).

En esta línea, es preciso destacar que la autoeficacia para el manejo de la DM1, la creencia para mantener el dominio y la capacidad de afrontamiento, ha mostrado su impacto positivo en la mejora de variables psicosociales como el bienestar percibido en población adolescente con DM1 (7). Y no solo eso, sino **que una alta autoeficacia también se ha encontrado asociada a la mejora de marcadores de control glucémico como el tiempo en rango** (8). Estas relaciones no se dan de forma arbitraria, sino que han sido extraídas tras el desarrollo de complejos modelos explicativos sobre las creencias y

el comportamiento que muestran los y las adolescentes con DM1 en relación con un conjunto de variables psicosociales y biomédicas (7, 8, 9).

Con el análisis de estos modelos se pueden extraer las siguientes anotaciones con implicación práctica:

- Una mayor autoeficacia predice mejores marcadores de salud como más tiempo en rango, así como comportamientos de autocuidado como tiempo dedicado a la monitorización activa de esta. **Este marcador de autoeficacia es más relevante a medida que se transita de la gestión parental de la DM1 a la autogestión** de esta (en la adolescencia). »

- » - Un mayor índice de expectativas positivas sobre la condición crónica y una mayor autoeficacia para el manejo de la DM1 explican una mejora del bienestar emocional en esta población adolescente.
- **El apoyo social**, especialmente el del núcleo familiar, **muestra una relación directa con óptimos niveles de autoeficacia para el manejo de la DM1.**
- La autoeficacia para el manejo de la DM1 actúa como mediadora entre el apoyo social familiar y el bienestar emocional. Es decir, a pesar de la importancia del apoyo social familiar, este solo actúa como predictor del bienestar emocional cuando el adolescente presenta altos niveles de autoeficacia para el manejo de la condición crónica.

EN DEFINITIVA

La DM1 es una condición crónica que se diagnostica fundamentalmente en la infancia y en la adolescencia. Este hecho condiciona el desarrollo de los menores, especialmente en la adolescencia, coincidiendo con el manejo de la condición, donde emplean mucho esfuerzo en labores de supervisión y control de esta. La autoeficacia, o la creencia sobre la propia capacidad de alcanzar las metas propuestas en el manejo de la DM1, se postula como un elemento clave para la regulación del comportamiento en torno a esta condición: primero porque autorregulamos nuestras creencias y percepciones; y después porque hacemos lo mismo con nuestra conducta. En este sentido, variables psicosociales como el apoyo social percibido en el entorno familiar pueden explicar un alto grado de autoeficacia para el manejo de la DM1 y, lo más importante, en consecuencia, **un alto nivel de autoeficacia optimiza los comportamientos de los y las adolescentes en relación con el autocuidado que derivan de esta condición.** En suma, y asumiendo estas premisas, las futuras intervenciones psicoeducativas dirigidas a la mejora del bienestar emocional y del manejo de la DM1 en este contexto deben abordar explícitamente la autoeficacia para el control de la DM1 y los entornos de apoyos sociales para los y las adolescentes con esta condición y sus progenitores. **D**

CONCLUSIONES

- La gran mayoría de personas con DM1 van a vivir su adolescencia con esta condición ya adquirida. Teniendo en cuenta que la adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la adultez, la toma de conciencia en torno al autocuidado relacionado con la DM1 puede ser de las primeras experiencias de toma de responsabilidad de su vida adulta.
- La autoeficacia es la confianza en la propia capacidad para la toma del control de una situación; en el caso que nos ocupa, la confianza en la propia capacidad para el manejo de la DM1.
- Un alto nivel de autoeficacia optimiza los comportamientos de los y las adolescentes en relación con el autocuidado que derivan de la DM1; incluso, se han encontrado evidencias de la mejora de marcadores biomédicos de control glucémico como el tiempo en rango.
- Las futuras intervenciones psicoeducativas en población adolescente con DM1 deben abordar explícitamente la autoeficacia para el control de la DM1 y los entornos de apoyos sociales para esta población y sus progenitores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conde-Barreiro S, et al. Estimación de la incidencia y prevalencia de la diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años en España. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*. 2025;72(7):501591.
2. Miller RG, et al. Prevalence and Incidence of Type 1 Diabetes among Children and Adults in the United States and Comparison with other Countries. *Diabetes in America*. National Library of Medicine. 2025.
3. Bandura A. Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*. 1977;84(2):191-215.
4. Bandura A. Social Cognitive Theory of Self-Regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991;50(2):248-287.
5. Bandura A. Self-efficacy: The Exercise of Control. WH Freeman; 1997.
6. Holden G, et al. Self-Efficacy of Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Psychological Reports*. 1990;66(3):1044-1046.
7. Villaécija J, et al. Influence of Family Social Support and Diabetes Self-Efficacy on the Emotional Wellbeing of Children and Adolescents with Type 1 Diabetes: A Longitudinal Study. *Children*. 2023;10(7):1196.
8. Tabernero C, et al. Charting a Path to Health: The Empowering Influence of Self-Efficacy for the Self-Management of Type 1 Diabetes in Children and Adolescents. *International Journal of Psychology*. 2024;59(6):1121-1132.
9. Villaécija J, et al. Psychometric Properties of the Revised Self-Efficacy for Diabetes Self-Management Scale among Spanish Children and Adolescents with Type 1 Diabetes. *Children*. 2024;11(6):662.