

1996

2 ej 43



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"INFLUENCIA DE LA DINAMICA FAMILIAR EN EL CONTROL DEL
DIABETICO JUVENIL EN LA ADOLESCENCIA"

T E S I S

Para obtener la especialidad de
MEDICINA FAMILIAR

Presentada por:

DR. ALBERTO MAGNO HERNANDEZ ANDON



I.M.S.S.

Ciudad Obregón, Sonora

Febrero de 1998

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	PAGINA
RESUMEN.....	1
ANTECEDENTES.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
OBJETIVOS.....	13
MATERIAL Y METODO.....	14
RESULTADOS.....	17
ANALISIS Y DISCUSION.....	40
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.....	53
BIBLIOGRAFIA.....	55
APENDICE I CUESTIONARIO A.....	57
APENDICE II CUESTIONARIO B.....	59
APENDICE III CUESTIONARIO C.....	61

RESUMEN

Se estudiaron 15 pacientes diabéticos insulino dependientes, entre los 11 y 17 años de edad, detectados en los servicios de Urgencias del HGR-1 y en la UMP-1 de Cd. Obregón Son de Febrero a Noviembre de 1987.

Durante los 6 primeros meses se revisaron en forma mensual los expedientes clínicos para checar los registros de peso, talla, glucemias, glucocetonurias y presencia de cetoacidosis diabética. En base a estos parámetros al final de este período se conformaron dos subgrupos de estudio: el grupo A, conformado por 10 pacientes los cuales presentaron un control muy deficiente. El grupo B, integrado por los cinco restantes se denominó como grupo con adecuado control.

Mediante tres cuestionarios diferentes (dirigidos al diabético, a sus padres y a sus hermanos mayores de 10 años) se investigaron las reacciones de cada uno ante la enfermedad y el comportamiento del diabético ante las reacciones familiares.

Durante el 2o período (Agosto-Noviembre) se impartieron 9 pláticas sobre aspectos básicos de la Diabetes, con objeto de ver si dicha educación influía en su control.

Las cifras de glucemia no variaron de un período a otro en forma significativa, pero si se redujo el número de cetoacidosis a la mitad de las presentadas en la primera etapa.

Las reacciones y sentimientos más fctes. del diabético fueron la preocupación, los problemas de relación y la inferioridad. Los padres presentaron por su parte preocupación

sobrepotección y desesperación. El adolescente diabético reacciona ante esa sobrepotección dejándose de tomar la insulina y transgrediendo su dieta (actitudes más frecuentes respecto a su control). Los hermanos del paciente diabético, también lo consideran menos capaz, por lo que lo protegen y lo cuidan.

La dinámica familiar se presentó más alterada en las familias del grupo A. Predominaron los padres periféricos y la desvinculación de los subsistemas por límites rígidos y pobre comunicación, como problemas principales. En el grupo B sólo se presentaron algunos problemas entre hijos diabéticos y sus madres, en cuanto a la comunicación (puntuación de los hechos).

Se concluye que la dinámica familiar y la información sobre la enfermedad a toda la familia nuclear, repercuten sobre el control.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica endó-- crina de una naturaleza asacionante, desde cualquier punto de vista que se le enfoque. Esta característica y el hecho de que la frecuencia de la misma es progresivamente mayor -- la convierten en un tema de inmesurable interes actual.

La frecuencia de esta enfermedad en la morbimortalidad-- de nuestro país ha ido en continuo aumento durante las úl-- timas décadas. En 1922 la mortalidad por esta causa fué de 2.1 x 100 000 habitantes y en 1940 se incrementó al doble -- (en tan sólo dos décadas). Para 1960 alcanzó una cifra de -- 8% de frecuencia y actualmente se estima entre 25 y 30% (1, 2).

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1984-- se otorgaron 254 556 consultas generales por esta enferme-- dad, y ya más específicamente en la UNM# 1 de Cd. Obregón -- Son. se registraron en ese año 4 440 consultas por ese mis-- mo motivo y en el HGZ# 1 de esta misma ciudad, se cantaron-- 341 egresados de hospital por descompensación (1). Se esti-- ma actualmente que 1 de cada 100 personas la padecen y -- aproximadamente la mitad de ellas no lo saben (2).

La preocupación que se deriva de estas cifras se incre-- menta cuando consideramos que la mayor parte de los pacien-- tes diabéticos no son detectados, sino hasta que presentan-- alguna complicación (3). Esto crea un problema claro de sa-- lud pública, y prueba de ello es la detección oportuna de -- este padecimiento como parte de los programas prioritarios--

del sector salud.

La clasificación actual de la Diabetes Mellitus incluye cuatro grupos:

GRUPO I o Diabetes Insulina Dependiente (anteriormente denominada juvenil).

GRUPO II o Diabetes mellitus No Insulina Dependiente -- (anteriormente del adulto).

GRUPO III Alteración en la Curva de la Tolerancia a la Glucosa.

GRUPO IV Diabetes Gestacional (3).

La diferencia entre estos grupos, y fundamentalmente entre los dos primeros, que son los que constituyen la Diabetes Mellitus propiamente dicha, estriba no sólo en los mecanismos que constituyen su etiopatogenia, fisiopatología -- factores desencadenantes o tratamiento. Esta diferencia va más allá de los aspectos puramente biológicos de la enfermedad, y se hace más evidente cuando colocamos al enfermo diabético como ser pensante y en interacción continua con las demás personas que constituyen su entorno.

Desde que el grupo de edad preferentemente afectado difiere en cada clase de Diabetes, varán también las características psicológicas y sociales de la enfermedad. Si bien es cierto que para el paciente adulto esta es una fuente de angustia importante y constante que altera su equilibrio -- emocional, para el paciente niño o joven estos efectos son aún mayores ya que su personalidad e ideología en desarrollo se verán necesariamente afectadas, no sólo por la enfermedad misma, sino también por los efectos que esta tenga so--

bre la gente que le rodea (4). Estos efectos condicionan -- inevitablemente un patrón de conducta, que de una manera u otra, afectará el buen control de este padecimiento que lo señala, que lo hace diferente a los demás niños. Estos aspectos, tan importantes como los biológicos, y que forman parte misma de la enfermedad, han sido relegados a un segundo término por estos últimos, condicionando de ésta manera un enorme desconocimiento sobre la participación de los mismos en la historia natural de esta patología.

Hoy en día, por lo tanto, es indiscutible el hecho de -- que la Diabetes Mellitus Insulina Dependiente es un padecimiento de consecuencias físicas y psicológicas que deben especificarse con el fin de garantizar un tratamiento adecuado. Revisiones recientes (4,5 y 6) incluyen este aspecto -- como parte fundamental en el manejo de esta entidad, cuya guía debe partir de 3 aspectos básicos (4,6):

- 1.- Educación del niño y la familia.
- 2.- Control periódico de los niveles de glucemia (tanto en la consulta externa como en el hogar).
- 3.- Mantener un desarrollo físico, psicológico y emocional normal.

Revisaremos brevemente cada uno de ellos.

EDUCACION FAMILIAR.- Es realmente lamentable constatar -- a través de la práctica clínica y en la consulta familiar, -- el desconocimiento , la mayoría de las veces casi total --- tanto de los familiares como del paciente, sobre la naturaleza real y características más importantes de la Diabetes-

ignorancia que en la mayoría de los casos conduce a ideas - pseudoconcretas aberrantes que menguan las posibilidades de un buen control basado en la participación no sólo del enfermo mismo, sino de todo el grupo familiar nuclear.

CUIDADO FISICO.- Este aspecto del tratamiento, requiere de visitas periódicas al consultorio por lo menos cada mes. Se recomienda que el paciente debe ser educado de tal forma que lleve un registro diario de las dosis de insulina, concentraciones de glucosa en orina y sangre (mediante tiras- reactivas como Testostix, Clinitest etc.), concentración de cetonas en orina y reacciones hipoglucémicas. El médico debe de revisar ese registro en cada visita al consultorio. Además en cada una de ellas deben chequearse el peso, talla, dieta, glucemia, EGO y fondo de ojo, cuya revisión permite el descubrimiento temprano de retinopatía diabética (4).

Los objetivos del tratamiento incluyen glucosurias pre- pandriales negativas, glucemia en ayunas normal, ausencia de síntomas de descompensación y complicaciones metabólicas ajuste emocional satisfactorio y buen crecimiento ponderal. Debe recomendarse una higiene adecuada, enfatizar la dieta recomendada, y motivar su participación en actividades académicas y deportivas (4,6)

El niño diabético, no sólo puede, sino que debe hacer - ejercicio, ya que esta bien demostrado hoy en día la influencia positiva de este sobre el control, siempre y cuando se tomen las debidas precauciones. El ejercicio debe ser adecuado a su grado de control metabólico. El ejercicio -- disminuye las demandas de insulina exógena, evita el desa--

rrollo fácil de cetoacidosis diabética (al disminuir la lipemia, aumentando la captación de ácidos grasos libres y la formación de triglicéridos por los adipocitos) y puede prevenir las complicaciones metabólicas y cardiovasculares. Así mismo, desde el punto de vista psicológico y social, el ejercicio contribuye al establecimiento adecuado de interrelaciones personales, proporcionando autoafirmación y por tanto colabora de manera importante para la creación de una autoimagen positiva (7,8,9).

La actividad física debe realizarse durante cuarenta minutos, por lo menos tres veces por semana al 85% de la capacidad máxima. Se recomiendan ejercicios de baja resistencia y gran movilidad que corresponden a actividades aeróbicas en las que hay un incremento en las demandas de oxígeno, causando aumento en el gasto cardíaco pero sin modificar la tensión arterial. Estas incluyen la natación, ciclismo, saltar cuerda. Previamente debe realizarse una valoración médica para seleccionar a los sujetos para estas actividades (7,9).

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL TRATAMIENTO.— La Diabetes Mellitus insulina dependiente afecta más frecuentemente al adolescente, precisamente en la etapa de su vida en la que está tratando de asumir control sobre sus actos y debe de adaptarse a los múltiples cambios que implica la pubertad (4,5). Las reacciones de la familia también constituyen problemas que es necesario enfrentar (4,5,6). La Diabetes Mellitus en la adolescencia provoca alteraciones físicas y psicológicas de las que el médico debe estar alerta. Sin una adecuada comprensión de su dinámica, el médico no es

tará en condiciones de ayudar al adolescente diabético a -- alcanzar y mantener el nivel de sus niveles de glucosa (5,- 6). La pubertad y la adolescencia son etapas de la vida en -- las que se suscitan una serie de transformaciones bio-psico-- sociales a las que todo niño debe adaptarse teniendo que -- salvar para ello diversos obstáculos que le dificultan en -- menor o mayor grado esta tarea. Aunemos a estos problemas-- una enfermedad crónica, que lo ha distinguido siempre del -- resto de la familia, de sus compañeros de escuela, que le -- ha merecido siempre un trato diferente por parte de sus -- padres, hermanos, maestros y amigos, que lo ha restringido-- en su libertad de acciones, de juegos, de decisiones. ¿En -- que condiciones se encuentra y que situaciones tiene que -- enfrentar el diabético que llega a la adolescencia? ¿Que po-- sibilidades de adaptación tiene para esta etapa? ¿Revercu-- te eso en su enfermedad? (4,5,10).

Piedra angular en este proceso de adaptación son su fa-- milia y su Médico Familiar. El paciente debe visitar el --- consultorio de este en forma personal e individual, permiti-- tiendo a este formular preguntas, expresar preocupaciones -- y discutir las relaciones sociales del paciente. Es reco-- mendable que el médico se entreviste también con los padres del paciente, ya sea como grupo o por separado. De esta ma-- nera pueden fijarse las relaciones familiares interpersonales, fijar los objetivos terapéuticos y estar al tanto de -- los temores del paciente (4).

Los padres deben estar conscientes de que ciertos jove-- nes son capaces de manejar por su cuenta su enfermedad cró--

nica, así que una vez que el paciente lo demuestre se le --
 oermitirá continuar su control por el mismo (5, 10).

El médico debe recordar que las enfermedades crónicas--
 alteran de forma importante (4,5,10) las tendencias norma--
 les de un adolescente: control sobre su entorno, búsqueda --
 de identidad, necesidad de autonomía, aceptación social, --
 ajuste sexual, selección y preparaciones académicas.

Por lo común el impacto social de l diabetes no se de--
 ja sentir, sino hasta que el paciente vuelve a su vida co--
 tidiana (10,11). Por tanto, el período inicial de adapta---
 ción reviste gran importancia para la vigilancia médica así
 como para evaluar necesidades y personalidad del adolescen--
 te, autoconcepción de la enfermedad y tratamiento, reacción
 de los padres y hermanos ante la enfermedad y reacción del--
 propio paciente ante la misma (4,5,10). Dentro de las cri---
 merns se describen reacciones de depresión, culpa, angustia--
 realista o neurótica (que lleva a sentimientos de culpa oir
 responsabilidad paterna) (4). Hay también sentimientos de --
 resentimiento y rechazo, lo cual puede condicionar aversión
 hacia el equipo médico(5). Puede haber en los padres reac--
 ciones de sobreprotección o sobreindulgencia que por un la--
 do lleven a problemas de indisciplina, sobrecontrol y de---
 vendencia (provocando problemas neuróticos o de comporta---
 miento en el paciente/(10), y por otro condicione una rela--
 tiva desintegración familiar con receloso sentimiento de --
 ambivalencia del paciente y/o neurosis o problemas de com--
 portamiento familiar.

Entre las reacciones que el paciente presenta ante el-

comportamiento familiar pueden originarse desde tendencia a la autocontemplación (en caso de sobreprotección paterna) - que aunada a la angustia de saberse enfermo condicione desde hipocondría, simples problemas de adaptación o francos estados neuróticos (5). Esta continua preocupación lo lleva a un cuidado constante que puede ocasionarle una obsesión por el control, lo cual le recuerda en la misma forma que es diferente, dañando de esta manera su autoimagen. Si por el contrario se encuentra con rechazo e incomprensión familiar puede sufrir retracción de la enfermedad con verdaderos estados depresivos que pueden llevarle a pensamientos o intentos suicidas (5,10,11). Una respuesta frecuente del adolescente que se siente sobrenrodeado y constantemente vigilado por sus padres, es el negarse a la aplicación de insulina o a la transgresión dietética, como una forma de protesta y de querer establecer su autonomía, lo cual favorece las descompensaciones (4).

En el terreno de su sexualidad, aspecto primordial en esta etapa, el adolescente se enfrenta también a otras preocupaciones. Aquel que se entera, sin una explicación adecuada, sobre la disfunción sexual relacionada con su enfermedad, puede presentar problemas de desarrollo, o a sobrentuaciones en un afán por demostrar su capacidad sexual (5, 10). Para evitar estas reacciones se requiere de proporcionar al paciente una información fidedigna y hacerle entender que no se ha demostrado que el diabético no puede tener una vida sexual plena (11).

Es innegable la participación que todas estas reacciones pueden tener en la ruptura de la homeostasis del organismo y del equilibrio biosicosocial de estos pacientes.

En nuestra unidad se desconoce cuáles de esas reacciones referidas en la literatura, presentan nuestros niños y adolescentes diabéticos, así como sus familias, y que influencia ejercen estas reacciones sobre su control o su descontrol. Por esta razón se decidió realizar el presente trabajo de investigación, en un afán por contribuir a reintegrar el enfoque humanista de estos pacientes que tanto lo necesitan, y aportar un grano de arena al conocimiento de esta área insuficientemente explorada, con el objetivo de ayudar a que el adolescente Diabético Juvenil, restaure la imagen que debe tener de sí, la imagen de una persona, que bien controlada, puede llevar una vida casi normal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Cuales son las reacciones de los padres y hermanos-- del diabético insulino dependiente púber y adolescente, ante su enfermedad, las actitudes de este ante la misma y ante esas reacciones familiares, y de que manera influyen ambas sobre el adecuado control de su padecimiento ?

¿De que manera influyen un mejor conocimiento y una -- mayor comprensión, por parte de toda la familia, en el control metabólico del Diabético Adolescente Insulino Depen-- diente?

OBJETIVOS.

- I.- IDENTIFICAR las reacciones de la familia y del propio paciente diabético juvenil niño y adolescente ante la enfermedad de este, la respuesta del enfermo ante esas reacciones familiares, y la influencia de ambas sobre el control de su patología.

- II.- IDENTIFICAR la influencia de un mayor conocimiento y una mejor comprensión de las características de la Diabetes Mellitus Insulina Dependiente por parte de la familia y el enfermo, en el control metabólico del mismo.

MATERIAL Y METODOS

El grupo de estudio fué conformado por un total de 15 -- pacientes diabéticos juveniles captados en el servicio de -- Urgencias Pediátricas del HGR-1 y en la UMF-1 de Cd. Obre-- gón Son. Nueve pacientes fueron del sexo masculino y seis -- del sexo femenino. Las edades fluctuaron entre 11 y 17 años con un promedio de 14 años. El tiempo de evolución del pa-- decimiento fué de 1 a 8 años, con un promedio de 4.5 años.

El tiempo de estudio fué del 10. de Febrero al 30 de -- Noviembre de 1987. Este se dividió en 2 etapas. La primera -- comprendió los primeros seis meses (de Febrero a Agosto de ese año), durante los cuales se captaron los pacientes y -- se seleccionó la muestra.

En la primera entrevista familiar (una vez captado el -- paciente) se entregó un cuestionario para los padres, otro -- para el paciente diabético y uno más para los hermanos ma-- yores de 10 años, los cuales investigaban los aspectos re-- ferentes a la falta de información sobre la enfermedad, y -- reacciones, sentimientos y aspectos psicológicos hacia la -- misma de cada uno de ellos.

Durante los 6 meses de la primera etapa, se revisaron los expedientes clínicos y se evaluaron como parámetros del con-- trol el peso, la talla, las cifras de glucemia, glucosa o -- cetona en orina, y la presencia de descompensación metabó-- lica (cetoacidosis diabética).

Al término de la primera etapa y de acuerdo a los parame--

metros anteriores se dividieron a los pacientes en dos sub-grupos: el grupo A denominado como grupo con difícil o inadecuado control, y el grupo B grupo con adecuado control -- metabólico. El grupo A estuvo conformado por 10 pacientes. -- En cuanto al sexo, siete de ellos fueron masculinos y tres femeninos. La edad fluctuó entre 11 y 16 años con un promedio de 13.3 años. El tiempo de evolución del padecimiento -- fué de 1 a 8 años con un promedio de 3.3 años. El grupo B -- estuvo constituido por 5 pacientes, 3 del sexo femenino y -- 2 del sexo masculino. La edad de los mismos fluctuó entre -- 14 y 17 años con un promedio de 15.6 años. El tiempo de -- evolución de la enfermedad varió entre 3 y 7 años, con un -- promedio de 5.6 años.

Los criterios para considerar el control metabólico como difícil o inadecuado fueron los siguientes:

- 1.- Hiperglucemias sostenidas y frecuentes (más de 180mg en más de 3 ocasiones.
- 2.- Glucosuria mayor de ++ en 3 ocasiones o más.
- 3.- Cetonuria mayor de + en 2 ocasiones o más.
- 4.- Pobre crecimiento o falta de ganancia ponderal para la edad y el sexo de los pacientes (peso y talla).
- 5.- Síntomas de descompensación o presencia de Cetonacidosis diabética, aún cuando fuera en una sola ocasión durante el lapso de 6 meses de la primera etapa.

Aquellos pacientes que no presentaron ninguna de las alteraciones anteriores fueron incluidos en el grupo B.

El objetivo de dividir a los pacientes en estos dos sub-grupos fué el de observar si existieron diferencias signi--

cativas entre la dinámica familiar de ambos grupos y su influencia sobre el control de la diabetes.

La segunda etapa comprendió 4 meses (de Agosto a Noviembre de 1987) y consistió en la convivencia con el grupo mediante el desarrollo de pláticas de orientación sobre aspectos básicos de la enfermedad y sobre la forma de lograr un mejor control. Se llevaron a cabo un total de 9 pláticas 2 de las cuales fueron impartidas a los padres y a los pacientes. Las siete restantes fueron sólo para los diabéticos. En cada una de ellas se se estimuló la participación personal de los mismos y la comunicación entre ellos.

Durante esta etapa se continuó el registro mensual de peso, talla, glucemia, glucosurias, cetonurias y descompensaciones en ambos grupos.

RESULTADOS

El total de descompensaciones presentadas en el grupo A durante el 1er. período fué de 12, contra 6 presentadas en el 2o. período. Aunque el número de cetoacidosis disminuyó a la mitad, las descompensaciones que se presentaron en la segunda etapa fueron casi a expensas de los pacientes con más difícil control dentro de este grupo.

Un paciente se descompensó en 2 ocasiones en cada período, mientras que cuatro lo hicieron en una ocasión en cada etapa. Otros cuatro se descompensaron solamente en una ocasión en el primer período y uno más se descompensó en dos ocasiones en ese mismo período sin presentar otro cuadro durante el 2do. Sumando estas cifras encontramos que durante el tiempo que duró el estudio un paciente se descompensó en 4 ocasiones, cinco lo hicieron en 2, y cuatro presentaron un sólo cuadro de cetoacidosis diabética.

En el grupo B se presentaron dos cuadros de descompensación metabólica (cetoacidosis) durante el 2o. período, y ambas fueron debidas a procesos infecciosos de vías aéreas.

Las cifras de glucemia presentadas durante todo el estudio variaron significativamente en cada grupo (Tabla 1). -- El margen de variación mensual fué muy amplio en el Grupo A fluctuando entre 140-600 como intervalo mayor y 71-200 mg/dl. como intervalo menor, mientras que en el grupo B se mantuvieron en niveles menores y más constantes que en el grupo anterior, siendo el intervalo mayor el comprendido entre 210-150mg/dl y el menor entre 150-130 (Gráfica 1).

La tendencia en la variación mensual de la glucemia en el Grupo A no se modificó en el 2o. período con respecto al primero, mientras que en el Grupo B, durante este último se aprecia un leve ascenso, debido a la presencia de las dos descompensaciones ya mencionadas (Gráfica 1).

En cuanto a la evolución del peso (tabla 2), esta fué satisfactoria en ambos grupos, en promedio con buen incremento ponderal. El grupo B presentó una curva de peso mayor debido a que en promedio, tenía una edad mayor que la del Grupo A. Como puede verse en la Gráfica 2, el incremento de peso fué uniforme en ambos grupos, a excepción de que en Junio hubo un discreto descenso en el promedio de peso del grupo B, debido a pérdida de peso en 2 pacientes de este grupo.

La talla presentó un incremento más lento y discreto, aunque también uniforme, en ambos grupos (Tabla 2).

Con respecto al cuestionario "encontramos los siguientes resultados (Cuestionario A, dirigido a los pacientes diabéticos): 14 de ellos (93.3%) saben el nombre de su enfermedad y sólo 1 (6.6%) la suyo en forma incompleta. Sólo 5 de ellos (33.3%) saben en que consiste, mientras que 10 (66.6%) lo desconocen. En cuanto a si su Médico Familiar les ha explicado en que consiste su enfermedad, 11 (73.3%) contestaron que no y sólo 4 (26.6%) contestaron afirmativamente. Todos los pacientes (100%) manifestaron que les gustaría que su Médico Familiar les hablara más al respecto.

Trece nacientes (86.6%) confesaron sentirse inferiores a los demás niños y sólo 2 (13.3%) contestaron que no.

Los sentimientos y actitudes presentados por los nacientes diabéticos se ilustran en orden de frecuencia en la tabla 3 y se ilustran los más frecuentes en la Gráfica 3. La preocupación y los problemas de relación fueron los más frecuentes compartidos por 14 nacientes (93.3%), seguidos de miedo en 13 (86.6%), sobreprotección en 13 (86.6%), inseguridad 12 (80%), tristeza en 10 (66.6%), aislamiento en 9 (60%), obsesión por el control en 6 (40%), problemas de comunicación en 3 (20%) y pensamientos suicidas referidos por 2 nacientes (13.3%).

Dividiendo las cifras anteriores en la frecuencia obtenida en cada grupo tenemos los siguientes resultados. La preocupación fue referida por 9 nacientes del grupo A (60%) y 5 del grupo B (33.3%), los problemas de relación en 10 nacientes del grupo A (66.6% del total de nacientes) y 4 del grupo B (26.6%); el miedo en 9 nacientes del grupo A (60%) y 4 del grupo B (26.6%); de los 13 que refirieron sentirse sobreprotegidos 9 (60%) fueron del grupo A y 4 (26.6%) del grupo B; 8 (53.3%) del grupo A y 4 (26.6%) del grupo B, refirieron inseguridad. La tristeza se encontró en 7 nacientes del 1er. grupo (46.6%) y 3 del segundo grupo (20%); aislamiento en 6 (40%) del grupo A y 3 (20%) del grupo B; los problemas de comunicación, la obsesión por el control y los pensamientos suicidas solo fueron referidos por nacientes del grupo A.

A la pregunta de si sus madres entienden su enfermedad - ocho contestaron que sí (53.3%) (6 del grupo A y 2 del grupo B), mientras que 7 contestaron que no (46.6%), 4 del grupo A (26.6%) y 3 del grupo B (40%).

Trece pacientes (86.6%) contestaron que el control de su enfermedad les ha sido difícil. Diez de estos (66.6%) pertenecientes al grupo A y los 3 restantes (20%) al grupo B.

En cuanto a las actitudes que el paciente ha presentado respecto a su control (Tabla y Gráfico 4) se encontró que - 10 de ellos (66.6%) se han dejado de poner o se niegan a -- inyectarse la insulina en ocasiones (7 del grupo A (46.6%) y 3 del grupo B (20%); transgreden su dieta ingiriendo alimentos que ellos saben no deben de comer 9 (60%) (6 del grupo A (40%) y 3 (20%) del grupo B; engañan a sus padres - diciendo que se administran la insulina cuando en realidad no lo hacen 6 pacientes (40%) (3 del grupo A y 3 del grupo B) cinco pacientes refirieron inyectarse en ocasiones menos insulina que la dosis indicada (33.3%) (3 del grupo A (20%) y 2 (13.3%) del grupo B); por el contrario 3 de ellos (20%) confesaron haberse inyectado en ocasiones una dosis mayor - que la recomendada (2 del grupo A (13.3%) y 1 (6.6%) del grupo B); 2 (13.3%) comen de más y uno (6.6%) transgrede su dieta comiendo en menor cantidad que la recomendada. Estos 3 últimos pacientes pertenecieron al grupo A.

Con referencia al ejercicio, 13 pacientes (86.6%) no -- practican ninguna clase de ejercicio (9 (60%) del grupo A - y 4 (26.6%) del grupo B), mientras que 2 (13.3%) sí lo hacen

ambos pertenecientes al grupo B. Solo 4 pacientes (26.6%) - sabían que eran capaces de realizar deporte, y dentro de estos los referidos fueron el beisbol, el futbol, las carreras y el basketbol, (2 de estos pacientes fueron del Grupo A y dos del grupo B). Los 11 restantes (73.3%) desconocían que su enfermedad no les impide hacer deporte, y mucho menos sabían que tipo de ejercicio pueden realizar.

El 100% de los pacientes contestó que les gustaría convivir con otros niños diabéticos.

En cuanto al cuestionario B (dirigido a los padres del - paciente diabético) se encontraron los siguientes resultados. El total de padres entrevistados fué de 27. De los 3 - faltantes dos habían fallecido y uno se había divorciado, - de tal forma que no vivía con sus esposa y el paciente. De los 27, veinticinco (92.5%) sabían el nombre de la enfermedad, uno (3.7%) la escribió en forma incompleta y sólo uno (3.7%) no la supo. Estos dos fueron padres de pacientes del grupo A. Solo 8 (29.6%) sabían en que consiste la enfermedad (4(14.8%) para cada grupo). Los 19 restantes (70.3%) lo ignoraba (14 del grupo A (51.8%) y 5 (18.5%) del grupo B); Veintiseis padres (96.2%) refirieron que les gustaría que - su médico familiar les explicara mas aspectos de la enfermedad de su hijo, ya que sólo 7 (25.9%) (4 del grupo A y 3 - del grupo B) refirieron que así lo ha hecho.

Veinticinco padres consideran a su hijo diferente (92.5% y 23 (85.1%) lo considera menos capaz que otros niños no - diabéticos (15 (55.5%) del grupo A y 8 (29.6%) del grupo B)

En cuanto a si les preocupa la enfermedad de su hijo 2 (7.4%) contestaron que poco (estas madres fueron del grupo A) 15 (55.5%) contestaron mucho y 10 (37%) contestó que le preocupaba demasiado.

Los sentimientos y reacciones presentados por los padres de ambos grupos se encuentran enlistados por orden de frecuencia en la Tabla 5 y los más frecuentes se ilustran en la Gráfica 5. Se encontró que el sentimiento que más han experimentado es la preocupación en 23 de ellos (85.1%) (14 padres del grupo A (51.8%) y 9 (33.3%) padres del grupo B); la sobreprotección fue la reacción más frecuente, presentada por 21 padres que representa un 77.7% (14 (51.8%) para el grupo A y la mitad para el grupo B); la desesperación fue el 2o. sentimiento referido en 21 padres (77.7%, 13 (48.1%) del grupo A y 8 (29.6%) del grupo B); miedo en quinto lugar con una frecuencia de 19 (70.3%) (en el grupo A 12 (44.4%) y 7 (25.9%) en el grupo B); el sentimiento de culpa fue manifestado por 19 (66.6%) (11 en el grupo A (40.7%) y 7 (25.9%) en el grupo B); 8 (29.6%) manifestaron haber experimentado en ocasiones coraje hacia la enfermedad (12 en el grupo A (44.4%) y 6 (22.2%) en el grupo B); 5 padres refirieron hostilidad en ocasiones (18.5%), 1 refirió haberse avergonzado de tener un hijo diabético en alguna ocasión (3.7%) y ese mismo ha experimentado rechazo hacia su hijo. Estos últimos sentimientos sólo se presentaron en papás del grupo A.

Los sentimientos y actitudes de los hijos diabéticos ---

respecto a su control identificadas por sus madres fueron - los siguientes (tabla 6, Gráfica 6): 22 madres (81.4%) re- firieron que sus hijos han dejado de inyectarse o se niegan a administrarse la insulina (17 del grupo A (62.9%) y 5 -- 18.5%, del grupo B); 17 (62.9%) contestaron que sus hijos -- transgreden su dieta ingiriendo alimentos que saben estan - prohibidos para ellos (12 (44.4%) en el gno. A y 5 (18.5%) - en el grupo B); 16 (59.2%) confesaron que su hijo come en - mayor cantidad de la indicada (10 madres del gno. A (37%) y - 6 del gno. B (22.2%); 10 madres (37%) refirieron descubrir - que han sido engañados por sus hijos, quienes les hacen --- creer que se han inyectado la insulina cuando en realidad - no lo han hecho. Estos padres eran sólo del gno. A. Siete - (25.9%) han descubierto a su hijo en ocasiones administran- dose una dosis menor de insulina. Igualmente fueron padres de pacientes del grupo A. Otras de las actitudes de diabé- ticos con difícil control identificadas por los padres fue- ron el comer en menor cantidad (5, 18.5%) y 2 madres (7.4%) los han sorprendido alterando el registro de sus glucosu- rias.

Con respecto a las actitudes y sentimientos en grol. - que han logrado identificar en sus hijos diabéticos, se en- contro lo sgts (Tabla 7): la preocupación fué el sentimien- to que más madres encontraron, con una frecuencia de 22 --- (81.4%) (14 (51.8%) para el grupo A y 8 (29.6%) para el B); la depresión fue referida por 21 (77.7%) (en el gno. A 15 -- (55.5%) y 6 (22.2%) en el gno. B); miedo 20 (74%) (14 en el-

grupo A (51.8%) y 6 (22.2% en el grupo B); tristeza 19 -- (70.3%) (15 (55.5%) en el grupo A y 4 (14.8%) en el B); rebeldía en la misma proporción que la anterior; inseguridad en 18 (66.6%) (14 (51.8%) en el grupo A y 4 (14.8%) en el B); 17 madres (62.9%) han identificado reacciones de coraje -- en algunas ocasiones en sus hijos (14 (51.8%) en el grupo A y 3 (11.1%) en el grupo B); un mismo número ha notado problemas de relación (13 (48.1%) en el grupo A y 4 (14.8%) en el B) 14 (51.8%) ha logrado identificar sentimientos de inferioridad (13 en el A (48.1%) y 1 en el grupo B (3.7%); obsesión por el control 12 (44.4%) (8 en el grupo A (29.6%) y 4 en el grupo B (14.8%); el aislamiento y los problemas de comunicación con ellos mismos, fueron los que menos se refirieron en un mismo porcentaje al anterior.

Veinticuatro (88.8%) tratan diferente a su hijo con respecto a sus demás hermanos. Veinte (74%) confesaron que les es difícil el control de sus hijos (15 de estos (55.5%) -- fueron del grupo A y 5 (18.5%) del grupo B).

Dieciocho padres (66.6%) desconocían que sus hijos son capaces de hacer ejercicio (15 (55.5%) padres del grupo A, -- el resto pertenecía al grupo B). A 25 (92.5%) le gusta que su hijo conviva con otros niños diabéticos. Sólo uno contestó negativamente en este sentido y fué del grupo A. El mismo número confesó que el tener un hijo diabético ha alterado su vida. Dieciocho (66.6%) de estos fueron del grupo A y los 7 restantes (25.9%) del grupo B.

En cuanto a las respuestas del cuestionario C (dirigi--

do a los hermanos del paciente diabético) tenemos los siguientes resultados (Gráfica 6). El total de hermanos entrevistados fué de 31. De estos 20 fueron del grupo A, y 11 del grupo B.

De los 31, sólo 27 (87%) saben el nombre de la enfermedad, pero sólo 6 (19.3%) saben en que consiste. Veintidos (70.9%) refirieron llevarse bien con él (13 (41.9%) del grupo A y 9 (29%) del grupo B).

Con respecto a los sentimientos y actitudes hacia sus hermanos diabéticos, 25 (80.6%) lo consideran menos capaz que ellos (18 (58.4) del grupo A y 7 (22.5%) del grupo B; 22 (70.9%) lo protege y lo cuida (la mitad (11, 35.4%) para cada grupo; 20 (64.5%) experimentan preocupación (14 (45.1%) en el grupo A y 6 (19.3%) en el grupo B; 22 (70.9%) refirieron que sus padres lo sobreprotegen (15 (48.3%) en el grupo A y 7 (22.5%) en el grupo B) y esta situación ha llegado a despertar celos en 16 (51.6%) (10 (32.2%) en el grupo A y 6 (19.3%) en el grupo B). a pesar de ello sólo 5 (16.1%) ha llegado a experimentar sentimientos de rechazo (4 (12.9%) en el A y sólo 1 (3.2%) en el B.

Referente a el trato que el diabético tiene hacia sus padres, 27 hermanos (87%) refirieron que tiene buenas relaciones con sus padres (18 (58.0%) en el grupo A y 9 (29.9%) en el grupo B. Cuatro (12.9%) refirieron que lleva malas relaciones con sus padres (siendo de estos 3 (9.6%) del grupo A y 1 (3.3%) del grupo B.

A 24 hermanos (77.4%) les parece difícil tener un herma-

no diabético (15 del grupo A (48.3%) y 9 (29%) del grupo B) Un igual número (24, (77.4%) considera que el tener un hermano diabético, ha alterado su dinámica familiar (con la misma distribución para ambos grupos, antes mencionada). Sin embargo 31 (100%) contestaron quererlo igual que a sus otros hermanos no diabéticos.

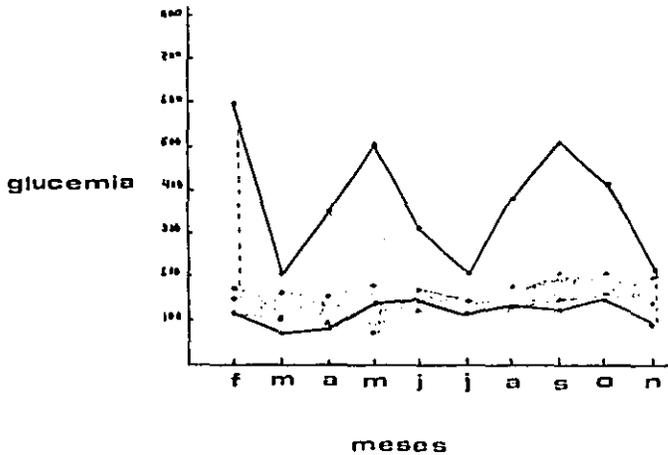
TABLA # 1
 INTERVALO DE VARIACION MENSUAL DE LA GLUCEMIA EN
 AMBOS GRUPOS DE DIABETICOS JUVENILES
 HGRZ# 1, UME# 1, CD. OBRÉGON SON.
 FEB-NOV. 1987

MES	GRUPO A GLUCOSA (mg/dl)		GRUPO B GLUCOSA (mg/dl)	
	MINIMA	MAXIMA	MINIMA	MAXIMA
FEBRERO	120	600	120	170
MARZO	71	200	110	168
ABRIL	80	350	90	160
MAYO	140	500	70	180
JUNIO	150	310	130	170
JULIO	110	200	110	140
AGOSTO	130	370	130	380
SEPTIEMBRE	130	510	140	200
OCTUBRE	140	410	150	210
NOVIEMBRE	80	200	140	190

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

Grafica 1

**Intervalo de variación mensual de glucemia en
ambos grupos de diabeticos juveniles
UMF-1 Cd. Obregon Son.
Feb.-Nov.1987**



□ grupo A
▣ grupo B

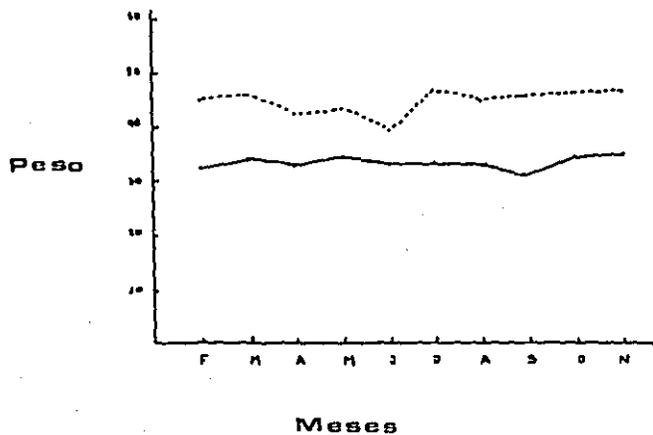
TABLA # 2.
 PROMEDIO MENSUAL DE PESO Y TALLA E. AMBOS GRUPOS.
 HGRZ- 1, UMF- 1, CD. OBREGON SON.
 FEB-NOV. 1987

MES	GRUPO A		GRUPO B	
	PESO	TALLA	PESO	TALLA
FEBRERO	34.5	1.48	47.1	1.60
MARZO	36.0	1.48	48.0	1.60
ABRIL	35.3	1.50	44.0	1.61
MAYO	37.3	1.51	46.1	1.62
JUNIO	36.9	1.51	41.0	1.62
JULIO	36.6	1.52	49.6	1.63
AGOSTO	37.1	1.52	47.9	1.63
SEPTIEMBRE	33.9	1.52	48.1	1.63
OCTUBRE	37.4	1.54	48.3	1.64
NOVIEMBRE	37.6	1.54	48.8	1.65

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

Grafica 2

**Promedio Mensual De Peso en Ambos Grupos
UMF-1 Cd. Obregon Son.
Feb.-Nov.1987**



— Grupo A

- - - Grupo B

TABLA # 3

SENTIMIENTOS Y REACCIONES DEL DIABETICO JUVENIL
 HGRZ# 1, UMF# 1, CD. OBREGON. SON.
 FEB-NOV. 1987

SENTIMIENTO/REACCION	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
PREOCUPACION	14	93.3%
PROBLEMAS DE RELACION	14	93.3%
MIEDO	13	86.6%
SOBREPROTECCION	13	86.6%
INSEGURIDAD	12	80.0%
TRISTEZA	10	66.6%
AISLAMIENTO	9	60.0%
OBSESION POR EL CONTROL	6	40.0%
INCOMUNICACION	3	20.0%
PENSAMIENTOS SUICIDAS	2	13.3%

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

Grafica 3

**Sentimientos y Reacciones mas Frecuentes
de los Diabeticos en Ambos Grupos
UMF-1 Cd. Obregon Soñ.
Feb-Nov. 1987**

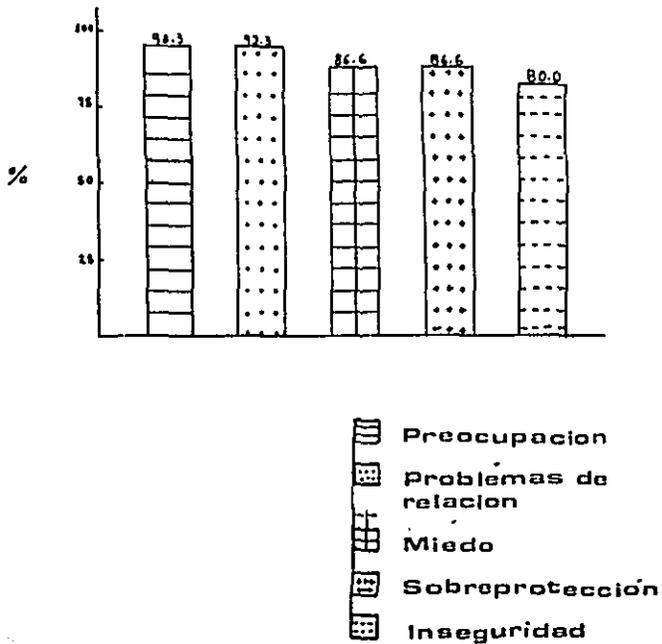


TABLA # 4

ACTITUDES DEL DIABETICO JUVENIL ADOLESCENTE
RESPECTO A SU CONTROL. HGRZ#1, UMF#1
CD. OBREGON SON. FEB-NOV. 1987

ACTITUD	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
SE HA DEJADO DE PONER INSULINA.	10	66.6%
COME ALIMENTOS NO PERMITIDOS	9	60.0%
ENGAÑA A SUS PADRES DICRIENDO QUE SE APLICA LA INSULINA	6	40.0%
SE INYECTA MENOS INSULINA	5	33.3%
SE INYECTA MAS INSULINA	3	20.0%
COME MAS ALIMENTOS QUE LOS INDICADOS	2	13.3%
NO LLEVA UNA HIGIENE ADECUADA	2	13.3%
COME DE MENOS	1	6.6%

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

Actitudes del Diabetico Respecto a su Control
UMF-1 Cd. Obregon Son.
Feb.-Nov. 1987

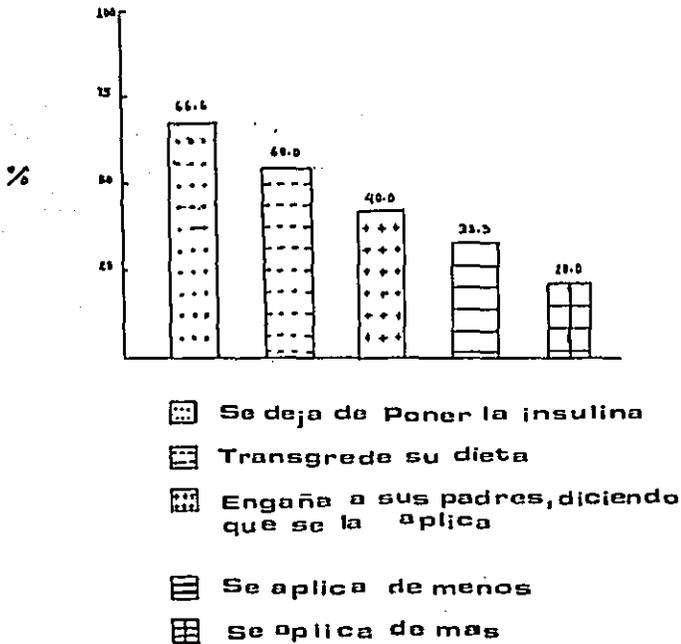


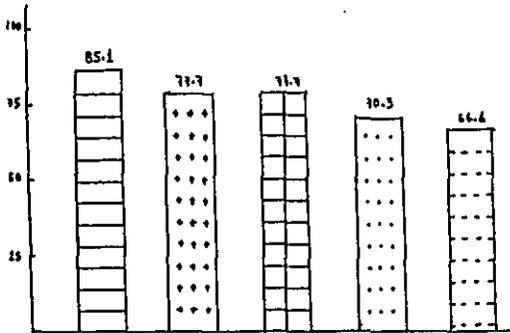
TABLA # 5
 SENTIMIENTOS Y REACCIONES DE LOS PADRES
 DEL DIABETICO JUVENIL ADOLESCENTE
 HGRZ-1, UMF-1, CD. OBREGON SON.
 FEB-NOV. 1987

SENTIMIENTOS/REACCIONES	FRECUENCIA EN N ^o .	PORCENTAJE
PREOCUPACION	23	85.1%
SOBREPROTECCION	21	77.7%
DESESPERACION	21	77.7%
MIEDO	19	70.3%
CULPA	18	66.6%
CORAJE	8	29.6%
HOSTILIDAD	5	18.5%
VERGUENZA	1	3.7%
RECHAZO	1	3.7%

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

Grafica 5

**Sentimientos y Reacciones De los Padres De
Los Pacientes Diabeticos
UMF-1 Cd. Obregon
Febr-Nov. 1987**



- ☐ Preocupacion
- ☐ Sobreproteccion
- ☐ Desesperacion
- ☐ Miedo
- ☐ Culpa

TABLA # 6
 ACTITUDES DEL DIABETICO JUVENIL RESPECTO A SU CONTROL
 IDENTIFICADAS POR SUS PADRES
 HGRZ# 1, UMF# 1, CD. OBREGON SON.
 FEB-NOV. 1987

ACTITUD	NUMERO	PORCENTAJE
SE HAN DEJADO O SE NIEGAN A APLICARSE LA INSULINA	22	81.4%
TRANSGREDE SU DIETA INGIRIEN-- DO ALIMENTOS NO PERMITIDOS	17	62.9%
COME EN MAYOR CANTIDAD	16	59.2%
SE HA INYECTADO UNA DOSIS ME-- NOR DE INSULINA	7	25.9%
LOS HAN ENGANADO DICRIENDO QUE SE APLICA SU INSULINA, CUANDO EN REALIDAD NO LO HACE	10	37.0%
COME EN MENOR CANTIDAD	5	18.5%
ALTERA EL REGISTRO DE SU DES-- TROSTIX O GLUCOSURIA	2	7.4%

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

Grafica 6

Sentimientos y Actitudes de Los Hermanos
UMF-1 Cd. Obregon
FEB-NOV. 1987

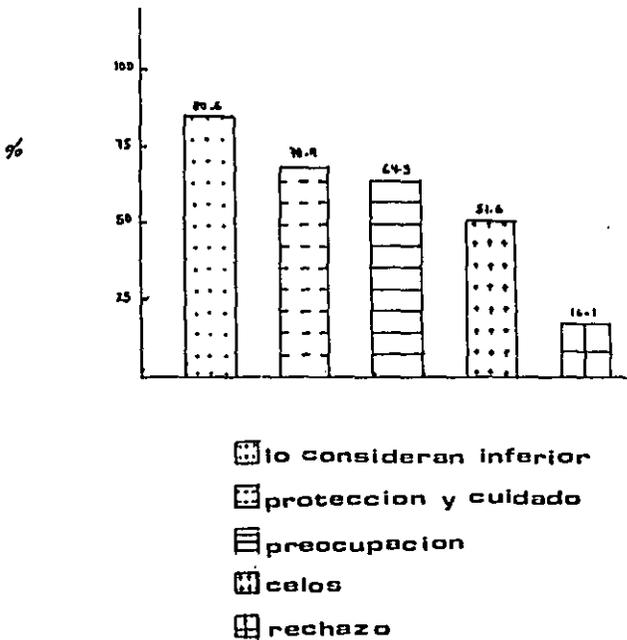


TABLA # 7
 SENTIMIENTOS Y REACCIONES DEL DIABETICO JUVENIL
 IDENTIFICADAS POR SUS PADRES
 HGRZ# 1, UMP# 1, CD. OBREGON SON.
 FEB-NOV. 1987

SENTIMIENTO/REACCION	NUMERO	PORCENTAJE
PREOCUPACION	22	81.4%
DEPRESION	21	77.7%
MIEDO	20	74.0%
TRISTEZA	19	70.3%
REBELDIA	19	70.3%
INSEGURIDAD	18	66.6%
CORAJE	17	62.9%
PROBLEMAS DE RELACION	17	62.9%
INFERIORIDAD	14	51.8%
OBSESION POR EL CONTROL	12	44.4%
AISLAMIENTO	12	44.4%
INCOMUNICACION	12	44.4%

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

ANALISIS Y DISCUSION.

Analizando en primer término los parámetros que se utilizaron en ambos grupos para evaluar el control encontramos lo siguiente. El peso y la talla mostraron un incremento -- progresivo, aunque lento, uniforme en ambos grupos y ade-- cuando para la edad y el sexo. Por tanto no hubo diferencias significativas en estos parámetros entre los grupos del estudio. Con respecto a la glucemia, encontramos una mayor -- variación. Como queda deducirse de la Gráfica 1, las cifras de glucemia fueron más elevadas en el grupo A, y la varia-- ción mensual de las mismas fluctuaron en rangos muy amplios mientras que en el grupo B las cifras de glucemia fueron me-- nores y las diferencias mensuales se mantuvieron dentro de intervalos estrechos. La progresión de esta curva de gluca-- mia fue más constante que la del grupo A. Tratando de re-- saltar diferencias en ambas curvas, con respecto al 1o. y 2o. período, vemos que no se modificaron. Si acaso se elevó un poco la curva del grupo B (debido a las descompensacio-- nes presentadas por 2 pacientes de este grupo). Se esperaba encontrar, que mediante la información y capacitación de -- los pacientes para un mejor control, a través de las plátic-- as del 2o. período, un descenso en los niveles de glucemia sobre todo en el grupo A. El hecho de que esto no haya ocu-- rrido así no descarta la influencia del factor falta de in-- formación, pero si nos hace pensar que el tiempo de reali-- zación de pláticas fué muy corto, y por tanto, insuficien-- te para demostrar dicha relación con este parámetro. No --

ocurrió igual con el parámetro de las descompensaciones metabólicas. Este fué el que mayor diferencia presentó en un período y en otro. De 12 cuadros de cetoncuidosis diabética presentados en la 1ª. etapa, estos se redujeron a 6 casos - es decir la mitad, durante la 2ª. Aunque estos casos fueron presentados por los 5 pacientes de más difícil control dentro del grupo, también encontramos que 4 de los pacientes - que se descompensaron en 1 ocasión y uno que lo hizo 2 veces durante el 1er. período del estudio, ya no lo hicieron en el 2o., lo cual además de significativo es alentador. -- Aún cuando carecemos del arma estadística necesaria para -- demostrar asociación entre la información de la enfermedad y un mejor control, es innegable que esta existe y se requiere quizá de un mayor grupo de estudio para poderlo inferir al universo de pacientes diabéticos juveniles que hay en la población así como un mayor tiempo de estudio.

Respecto a las reacciones y sentimientos de todo el núcleo familiar hacia la enfermedad se encontraron datos muy interesantes.

Comenzaremos analizando los datos del cuestionario A, -- es decir, el dirigido al paciente diabético. En lo referente a sus sentimientos y reacciones en general vemos que la mayoría de ellos se han sentido o se sienten preocupados, con miedo, inseguridad y tristeza. Además casi el total de --- ellos ha presentado problemas de relación y se sienten sobreprotegidos e inferiores. Solo una minoría ha presentado obsesión por el control, problemas de comunicación y penas-

mientos suicidas. Si comparamos estos datos con los sentimientos y actitudes identificadas por los padres en sus hijos diabéticos, encontramos como principales la preocupación, depresión, miedo, tristeza, rebeldía, inseguridad y angustia. En un menor porcentaje se identificaron problemas de relación, inferioridad y obsesión por el control. Vemos que, aunque los primeros sentimientos y reacciones son compartidas por ambos grupos (con diferente orden si acaso), la diferencia más importante radica en que, mientras el adolescente diabético considera tener problemas de relación y sentirse inferior a otros niños sanos, los padres no han logrado identificar, en igual proporción, esos problemas en sus hijos. A aquellos lo que más les preocupa son los sentimientos que conforman un estado depresivo, que puede condicionar en el enfermo actitud o rebeldía para su control. A esta, por otra parte, lo que le preocupa más es no poder ser como otros niños no diabéticos y por ello tener problemas de relación con ellos. Una u otra situación genera lógicamente angustia, preocupación, tristeza o miedo, sentimientos compartidos, tanto por hijos como por padres. La diferencia radica en el origen que cada subámbito le otorga a dichos sentimientos.

Con respecto a las diferencias de sentimientos y reacciones entre cada grupo de diabéticos, encontramos que con un porcentaje y frecuencia menor en el grupo B, proporcionalmente fueron casi las mismas para cada uno. Quizá la diferencia que nos interesaría resaltar es que los problemas de

comunicación, la obsesión por el control y los pensamientos suicidas, fueron experimentados sólo por pacientes del grupo A. Esto aunado al mayor porcentaje y frecuencia en los otros problemas, sugiere que este grupo fué el más conflictivo tuviera consigo mismo y con su familia, lo cual se corroboró durante el transcurso de la segunda etapa.

En cuanto a si los hijos diabéticos consideran que sus padres entienden su enfermedad, la mitad contestó que sí, y un poco menos de la mitad que no. Los padres consideran, en un porcentaje mayor al referido por los hijos, entenderla y preocuparse por ella. Pese a que el grupo B tiene un mejor control, ambos subgrupos consideran en casi la misma proporción que el control de la enfermedad ha sido difícil.

En lo referente a las actitudes del adolescente respecto a su control, vemos que los porcentajes encontrados en el grupo A fueron mayores, pero proporcionales a la frecuencia en el grupo B. La mayoría se ha dejado de poner intencionalmente la insulina, o se niega a inyectársela, esta actitud fué la que más predominó. Dos terceras partes de los enfermos manifestaron hacerlo, como una forma de protesta a la sobrevisilancia y autoridad de sus padres. Han encontrado en esta actitud, la mejor forma de canalizar sus dificultades con ellos y recurren a esta arma, cada vez que estas dificultades se suscitan o se exacerban. Además los ayuda a sentirse menos dependiente, fomentando el desarrollo de la autonomía personal. Como 2ª. actitud más frecuente se encontró la transgresión dietética mediante la ingesta de alimen-

tos no permitidos en más de la mitad de ellos. Esto resultó fuente de una permanente situación conflictiva entre el diabético y sus padres. La repetición del acto, es ocasionada por los mismos fines que los llevan a dejar de ponerse la insulina: protesta y escape de la vigilancia paterna, y búsqueda de autonomía. Variantes de estas dos actitudes fueron las que le siguen en orden de frecuencia: ponerse una dosis menor de insulina, ponerse una dosis mayor, o transgredir la dieta comiendo de más o de menos.

La tercera reacción relativamente frecuente de este grupo, con respecto a su control, fué la de enseñar a sus padres diciendo que se ponen la insulina cuando en realidad no lo hacen, o se inyectan una dosis menor. Esta reacción adquiere un interés mayor cuando se le compara con la información que, a este respecto, proporcionaron los padres.

Ellos coinciden en identificar la negativa a aplicarse la insulina, o inclusive, dejar de ponerse la, y la transgresión de la dieta ingiriendo alimentos prohibidos, como las reacciones más frecuentes, seguidas de administración de una dosis menor, ingesta de alimentos en mayor cantidad, alteración en el registro de sus glucosurias (reacción no identificada por ninguno de los pacientes) y, sólo 10 de los 37 reconocieron, por último, el haberlos sorprendido enseñándolos, con respecto a la administración del medicamento. Esto contrasta notablemente, con el tercer lugar que esta reacción ocupó, dentro del grupo de diabéticos. Este hallazgo nos lleva a pensar que, a pesar de la estrecha vigilancia que algunos padres ejercen sobre sus hijos diabé-

ticos, estos han logrado salirse de esa vigilancia y no -- llevar un buen control, sin que sus propios padres se den -- cuenta de ello. Tal hecho, representa para el diabético ju-- venil, un punto a su favor. La disputa que se establece en-- tre padres e hijos, unos por dominar, controlar, proteger -- y otros por rebelarse, independizarse y romper esa vigilan-- cia, ha encontrado su mayor éxito, en no aplicarse la insu-- lina, sin que sus padres se den por enterados. Este logro -- convierte la lucha por el poder sobre el control, en un -- juego divertido, y a la vez peligroso, donde el hijo enfer-- mo trata de ganar a toda costa. El burlarse en esta forma -- del subsistema parental, incrementa el éxtasis del triunfo, -- tornando el juego más atractivo, con la consecuente reinci-- dencia del mismo y el inevitable condicionamiento de un --- control más difícil.

Las diferencias más relevantes entre cada grupo, con res-- pecto a este punto, consisten en que la aplicación de una -- dosis mayor de insulina, y la transgresión de la dieta co-- miendo en mayor y menor cantidad, fueron conductas exclusi-- vamente referidas por el grupo A.

Las respuestas referentes al desconocimiento y conoci--- miento de la enfermedad, por el diabético y su familia, en-- los 3 cuestionarios, fueron proporcionalmente congruentes.

A pesar de que la mayoría conoce el nombre de la enfer-- medad, una proporción semejante desconoce en que consiste. -- De los que contestaron afirmativamente esta pregunta, encon-- tramos una proporción mayor en el grupo B. Igualmente sólo-

a una minoría, su médico familiar le ha explicado en que -- consiste y todos ellos, contestaron que les gustaría que él le hablara más al respecto. En este sentido demuestran su -- necesidad de saber más y su disociación para hacerlo, y no -- ne una vez más de manifiesto, el poco conocimiento de la -- enfermedad por parte del portador y los elementos familia-- res estrechamente vinculados a él, ignorancia que juega un papel determinante en el control.

Los sentimientos y actitudes más frecuentes presentados -- por los padres fueron la preocupación, angustia, sobrepro-- tección, desesmeración, miedo, sentimiento de culpa, y en -- un porcentaje menor coraje, sentimientos de hostilidad, -- vergüenza y rechazo. Así vemos que la preocupación y la an-- gustia son sentimientos compartidos con la misma frecuencia por ambos subsistemas (y en un porcentaje menor, también -- por el subsistema filial). La sobreprotección también es -- reconocida en forma frecuente por ambas partes, solo que -- mientras que a los hijos les parece exagerada, a los padres les parece necesaria y la justifican como primordial para -- lograr el control de sus hijos.

En cuanto a la diferencia en este punto, entre los pa-- dres de cada grupo, los padres del grupo A refirieron los -- sentimientos de hostilidad, vergüenza y rechazo, sentimien-- tos no referidos por los padres del grupo B. Esto nos habla de que, aunque en una proporción baja (22.2%), 6 padres han experimentado sentimientos negativos, que han afectado las relaciones y la comunicación con sus hijos. Además dos de -- estos 6 padres, contestaron que la enfermedad de su hijo --

les preocupaba poco. Fueron madres periféricas, precisamente de aquellos pacientes con más difícil control, dentro de este grupo. Esta reacción relativamente baja (casi de una cuarta parte de los padres) adquiere importancia considerable si entendemos que está condicionando una desvinculación del subsistema paterno con el fraterno enfermo, mediante el establecimiento de límites rígidos que pretenden ignorar el problema de un hijo enfermo generador de sentimientos adversos en ellos. La ayuda que estas madres representan para sus hijos es prácticamente nula, y retroalimentan en los niños actitudes negativas como abatimiento, depresión o agresividad, lo cual inevitablemente afecta su control.

Pese a que tanto el paciente, como los padres y los hermanos consideran al primero como diferente y menos capaz -- que otros niños, los padres no refirieron identificar esa idea, en la misma frecuencia reconocida por el propio paciente. En cuatro quintas partes los diabéticos se sienten inferiores, en la misma proporción los padres así los consideran, sin embargo sólo la mitad de ellos han reconocido ese sentimiento en su hijo. El resto no lo ha hecho, no se ha dado o pretende no darse cuenta. Pese a que los progenitores también lo sienten así, desean que sus propios hijos no se vean, ni se sientan distinguidos y subestimados por otros niños, y sin embargo con su actitud contribuyen a todo lo contrario. Los propios hermanos, por sí fuera poco, refuerzan esa idea (la mayoría de ellos lo considero inferior, fué el sentimiento que más predominó en los hermanos). Aunque los padres no desean que se desarrolle en el --

niño ese sentimiento, lo sobreprotegen, lo vigilan, lo controlan y lo tratan diferente a sus demás hermanos. Lo increíble del caso es que la mitad de esos padres creen que el niño no se siente así. Existe aún un problema franco de puntación de los hechos, para una conducta indeseable que inconscientemente se está retroalimentando precisamente con la conducta que se desea evitar en el niño ("no quiero que mi hijo se sienta menos que otros niños", de acuerdo, sin embargo, que hacen los padres?, precisamente todo lo necesario para que se sienta así y lo peor es que no se dan cuenta de ello). De esta manera todos los elementos familiares en forma consciente o inconsciente, se encargan de fortalecer y fomentar esa distinción, ese señalamiento del diabético juvenil, que por el simple hecho de estar enfermo, lleva inherente a él, desde que se conoce como tal. Al hacerlo, se profundizan más en él, todos esos sentimientos negativos que favorecen el descontrol.

Evidentemente, si se desea que el adolescente diabético no se sienta inferior o tenga problemas de relación, deben buscarse otros medios para lograrlo, que no sean ni la sobreprotección, ni la sobreindulgencia. De ninguna manera se debe intentar que el paciente se sienta diferente a sus hermanos u otros niños sanos. Eso es inevitable. Lo que sí puede lograrse es hacerles sentir que esa diferencia no es sinónimo de minusvalía o incapacidad, fomentando en él, el desarrollo de actividades que se lo demuestren. Una área que puede contribuir a ello, en dimensiones considerables es el desarrollo de la capacidad para realizar ejercicio.

En este sentido también se encontró, que tanto los padres como los hijos diabéticos, en una proporción similar (y también en los dos grupos) no sabían que este último puede y debe realizar ejercicio practicando algún deporte con gran dinamismo y poco esfuerzo, que fortalezca sus músculos, y que eso, lejos de representar un peligro para su salud es, además de un beneficio físico y metabólico, un analéptico psíquico y moral que redituara increíblemente el verdadero valor que como ser humano tiene, sobre todo en esta etapa de su vida. Además la disposición por participar en este y otro tipo de convivencias existe, sobretudo por parte del enfermo, como lo confirman las respuestas formuladas en los cuestionarios A y B al respecto. Los padres que se refusan a que su hijo realice actividades deportivas lo hacen fundamentalmente por miedo, que se descomponen en miedo condicionado una vez más por su ignorancia.

Por otra parte los propios padres deben tratar de disminuir su angustia, su constante preocupación que los lleva a exagerar sus cuidados, protección y vigilancia, y que lo único que logra es fomentar más la angustia de los prolecientes, su dependencia que contrasta desastrosamente con esa necesidad imperante que tiene el adolescente en búsqueda de una identidad propia, de una autonomía personal cada vez más alejada de la tutela materna, y de un lugar en la sociedad. Mientras los padres no lo entienden así, ellos mismos fomentarán las conductas de rebeldía y protesta que se manifiestan en el descuido del control metabólico. El fomentar una mejor comunicación entre todos los subsistemas-

de la familia nuclear: padres, hijos diabéticos y sus hermanos, puede romper ese círculo vicioso de incomprensión-descontrol, mantenido por todos estos sentimientos y reacciones encontrados en ellos.

.

CONCLUSIONES.

1.- El grupo de diabéticos insulino dependientes de más-difícil control (grupo A), presentó reacciones adversas para el control de la enfermedad, no referidas por el grupo de mejor control (grupo B), producto de una comunicación -- más noble en el primero, entre los miembros de la familia -- y el paciente diabético.

2.- La preocupación, angustia, inferioridad, miedo y sobreprotección, fueron sentimientos compartidos tanto por -- madres como por hijos diabéticos, y en menor proporción por los hermanos.

3.- Ante su enfermedad el diabético reacciona experimentando miedo, preocupación e inseguridad, presenta problemas de relación interpersonal por sentirse inferior y se siente sobreprotegido.

4.- Los padres del paciente se preocupan tanto por la -- misma enfermedad de su hijo, como por su comportamiento ante la misma. Esta angustia lo lleva a exagerar su vigilancia y protección.

5.- La mayoría de los diabéticos de ambos grupos, reaccionan con rebeldía ante la sobreprotección de sus padres -- dejando de administrarse la insulina y/o transgrediendo su dieta.

6.- La rebeldía del hijo diabético, genera más angustia en el padre y refuerza sus cuidados esperados. Esto genera celos en los hermanos y mayor rebeldía en el paciente.

7.- Todos los elementos familiares consideran al diabético inferior, y subestiman su capacidad física, con ello

refuerzan su sentimiento de inferioridad e incrementan sus problemas de relación.

8.- El control de la enfermedad resulta difícil para todos los miembros de la familia del diabético juvenil.

9.- Tanto el enfermo, como sus familias, desconocen la mayor parte de conocimientos básicos y elementales de la diabetes mellitus. Este desconocimiento repercute en su control.

10.- La dinámica familiar repercute invariablemente en el control del diabético juvenil adolescente, como se encop tro en ambas grucca.

RECOMENDACIONES.

El enfoque terapéutico de la Diabetes Mellitus Insulino Dependiente (Juvenil) debe romper la tendencia individualista mantenido durante muchos años, y enmarcarla dentro de un enfoque sistémico que ubique a los elementos familiares como parte misma del enfermo, y por ende susceptibles de sufrir consecuencias en sus mutuas interacciones que formen así componentes de la enfermedad que requieren también de una atención cuidadosa. El Médico Familiar es quien tiene las herramientas necesarias para lograr ese cambio. Se mencionan a continuación algunas sugerencias al respecto.

- 1.- Fomentar la comunicación entre el paciente diabético y su familia.
- 2.- Proporcionar una mayor información al nivel del enfermo y su familia, sobre aspectos básicos de la Diabetes que sirvan para destruir los tabúes que sustentan ideas y actitudes erróneas, favorecedoras de descompensaciones.
- 3.- Disminuir en cada consulta la angustia del propio paciente y sus padres.
- 4.- Conscientizar a los padres de que a esta edad, el adolescente necesita desarrollar su independencia y autonomía, y eso incluye también el control de su enfermedad.
- 5.- Estimular el ego del diabético juvenil, destacando sus capacidades potenciales, en vez de sus limitaciones, ante él mismo y los que le rodean.

6.- La formación de un club de este tipo de pacientes -- dentro del Instituto, así como ya existen en las Unidades -- de Medicina Familiar, para Diabéticos No Insulino Depen--- dientes, obesos, hipertensos etc., a cargo de personal mé-- dico y paramédico capacitado para su dirección en educación sobre su enfermedad, en búsqueda del control ideal de la -- enfermedad y de este manera lograr la prevención de sus --- complicaciones.

7.- El desarrollo de programas, dentro del sector salud de actividades deportivas, bajo control médico, con la participación del diabético juvenil, en busca de mejorar su -- autoimagen y favorecer su control.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Pedraza M.T. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DESCOMPEN-
SACION DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS. Tesis de postgra-
do, Mex. 1982-1984; pp.13-19.
- 2.- Abitia A.I. y otros. DIABETES MELLITUS Y SU CONTROL
POR EL MEDICO FAMILIAR. Tesis de postgrado, Mex. 1977.
- 3.- Fanguanel S.G., Sánchez L., Villalobos M. DIABETES -
MELLITUS: tema monográfico. REVISTA DE LA FACULTAD DE ME-
DICINA U.N.A.M. Vol.26 Año26 No. 6 1933; pp. 259-279.
- 4.- Wheman T. DIABETES EN LA ADOLESCENCIA Revista Me-
xicana de Pediatría, Vol.52 No. 1; Ene-Feb 1986 13-19.
- 5.- Steiner P.D. PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF CHRONIC ILLNES-
Pediatr Clin North Am 1974; 21:825-840.
- 6.- Whiting J, et. al. MANAGEMENT OF DIABETES IN CHIL-
DREN. GENERAL PRINCIPLES. Canad Fam Phy. Vol. 32, Abril -
1986 pp. 869-875.
- 7.- Calzada R., Robles V.C., EL NIÑO DIABETICO Y LA --
PRACTICA DEPORTIVA. Bol Hqs Inf Mex Vol.42 No. 12 Dic.
1985 no. 731-785.
- 8.- Bergman et al. EXERCISE AND DIABETES Am Fam Phy -
Oct 1985; pp 105-111.
- 9.- Steiner P.D., PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF CHRONIC ILL-
NES. Pediatr Clin North Am. 1984. Num 31; 665-674.

10.- Whiting G. et al. MANAGEMENT OF DIABETES IN CHILDREN: COMMON PROBLEMS. *Canad Fam Phy* Vol. 32; Abril 1986

11.- Gwin R. et al. MANAGEMENT PROBLEMS IN DEALING WITH AN ADOLESCENT DIABETIC. *The Journal Family Practice* Vol.18 No.7? 1984. 207-222.

12.- Parra A.C. MANUAL DEL NIÑO DIABÉTICO. La Erencia - Médica Mexicana, México 1971.

14. ¿Cómo te gustaría que tus padres te tratarán?

15.- ¿ Te es difícil controlar tu enfermedad? SI NO ¿Por qué?

16. Señala con una X si alguna vez has hecho algo de lo agte. - con respecto a tu control:

___ Te has dejado de poner insulina porque te niegas.

___ Te pones a propósito menos insulina de la indicada.

___ TE PONES más de la indicada.

___ Engañas a los demás diciénd^o que te la pones cuando no lo has hecho.

___ No sigues tu dieta porque:

___ Comes de más.

___ Comes de menos

___ Comes cosas que sabes no debes comer.

___ NO llevas una higiene adecuada.

___ No haces ejercicio.

17. ¿Sabes si puedes hacer ejercicio? ¿Qué tipo de ejercicio te está recomendado?

18. ¿Te preocupa demasiado ser diabético? ¿Por qué?

19.- ¿Que sientes hace falta que hagan los demás (padres, hermanos, amigos, médicos) por ti? _____

20.- ¿Te gustaría convivir con otros niños y jóvenes diabéticos y saber lo que sienten, lo que piensan? SI NO ¿Por qué?

21. Utiliza los siguientes renglones para agregar algo que no se te haya preguntado y que quieras decir:

22.- _____

GRACIAS POR TU COLABORACION.

APENDICE II

CUESTIONARIO B

(DIRIGIDO A LOS PADRES DEL PACIENTE

ESTA
SALIR

TESIS NO DEBE
59 DEBE
BIBLIOTECA

NOMBRE: _____ EDAD _____ SEXO _____

- 1.- ¿Sabe usted el nombre de la enfermedad de su hijo? sí no
Escribalo: _____
- 2.- ¿Sabe en que consiste esta enfermedad? SI NO
Explíquelo con sus palabras: _____
- 3.- ¿Le ha explicado satisfactoriamente su Medico Familiar características de la enfermedad de su hijo? SI NO
- 4.- ¿Le gustaría que le explicara más? ¿Por qué?

- 5.- ¿Piensa que su hijo es diferente a los demás niños? ¿Por qué?

- 6.- ¿Piensa que es menos capaz para realizar las actividades que hace un niño no diabético?

- 7.- ¿Le preocupa nada/poco/mucho/demasiado/la enfermedad del niño ?
¿Por qué?

- 8.- La enfermedad de su hijo le ha provocado alguna (s) de la (s) sigtes. actitudes o sentimientos (Marque con una X):

ANGUSTIA _____	SOBREPROTECCION _____
MIEDO _____	SOBREINDULGENCIA _____
PREOCUPACION _____	PROBLEMAS DE COMUNICACION CON EL _____
SENTIMIENTOS DE CULPA _____	INDIFERENCIA _____
HOSTILIDAD _____	RECHAZO _____
CORAJE _____	IMPACIENCIA _____
VERGUENZA// _____	DESPERACION _____
- 9.- ¿T_nta usted diferente o igual a su hijo diabético con respecto a sus demás hermanos? _____ ¿Porqué? _____
- 10.- ¿Como siente que es su trato hacia él?

- 11.- ¿Como cree usted que su hijo interprete sus actitudes para - con él? ¿Estará satisfecho, o por el contrario, el comportamiento de usted lo molesta?

- 12.- ¿La actitud de usted hacia él contribuye a ayudarlo o le genera conflictos con él?

- 13.- _____

13.- ¿De que manera contribuye usted a su mejor control?

60

14. ¿Le es difícil el control de la enfermedad de su hijo?

15.- ¿Cuales cree ud. que sean las principales causas de que se descontrola? 66

16.- ¿ Se comunica lo suficiente con su hijo?

17.- ¿Como lo (la) trata su hijo diabético a ud.?

18.- ¿Ha identificado en el alguna(s) de las sgtes. actitudes o sentimientos (señale con una X):

ANGUSTIA	REBELDIA
MIEDO	OBSESION POR EL CONTROL
INSEGURIDAD	PROBLEMAS DE RELACION CON
INFERIORIDAD	HERMANOS O AMIGOS
PREOCUPACION	AISLAMIENTO
DEPRESION	INCOMUNICACION
TRISTEZA	PENSAMIENTOS O INTENTOS
CORAJE	SUICIDAS

19.- ¿Como tratan sus hermanos al niño diabético?

20. ¿Que sentimientos fomenta en sus hijos con respecto al hijo diabético?

21.- ¿Cuales de las sgtes. actitudes ha presentado su hijo con -- respecto a su control? (Marque con una X)

SE NIEGA A PONER LA	LA HA ENGAÑADO A USTED
INSULINA	DICIENDO QUE SE LA PONE
HA DEJADO DE PONER-	ALTERA EL REGISTRO DE SUS
SELA	GLUCOSURIAS
SE PONE MAS UNIDADES	NO SIGUE SU DIETA PORQUE
INTENCIONALMTE.	COME DE MAS
SE PONE MENOS UNIDADES	COME DE MENOS
INTENCIONALMENTE	COME LO QUE SABE NO DEBE COMER

22.- ¿Sabía que el niño puede hacer ejercicio? ¿De que tipo de ejercicio?

23. ¿Que le gustaría hacer para ayudar a un mejor control de su hijo diabético? ¿Que piensa que se necesita?

24. ¿LE GUSTARIA QUE su hijo PARTICIPARA EN CONVIVENCIAS CON OTROS NIÑOS DIABETICOS? ¿PORQUE?

25. ¿Siente que el tener un hijo diabético ha afectado su vida y su relación familiar? ¿Por qué?

(PARA HERMANOS DEL PACIENTE DIABETICO MAYORES DE 10 años)

Nombre: _____ Edad _____ Sexo _____

- 1.- ¿Sabes el nombre de la enfermedad de tu hermano? si no
Escribela:-- _____
- 2.- ¿Tienea idea en que consiste esa enfermedad? SI NO
¿Puedes explicarla? _____
- 3.- ¿Crees que tu hermano es diferente a tí por ser diabético?
¿Por que? _____
- 4.- ¿Crees que tu hermano es menos capaz de hacer las cosas que
tu haces? _____
- 5.- ¿Como tratas a tu hermano diabético? 66 _____
- 6.- ¿Como te trata éla tí? 66 _____
7. ¿Has experimentado alguna vez algún sentimiento de rechazo en
su contra? SI NO ¿Por qué? 66 _____
- 8.- ¿Como lo tratan tus papas? ¿Lo tratan diferente que a tí? _____
- 9.- ¿Sientes que tus papas lo protegen más que a tí? SI NO
¿Te encela esa situacion (sientes celos)? _____
- LØ.- ¿Como trata él a tus papas? _____
- 11.- ¿Qué haces tu para ayudarlo a controlarse? _____
- 12.- ¿Sientes que es difícil tener un hermano diabético? _____
13. ¿El tener un hermano diabético ha alterado tu relación fami-
liar? SI NO ¿En que forma? 66 _____
- 14.- ¿Sientes quererlo igual que a tus demádo hermanos? 66 _____
- 15.- Utiliza las sigtes. líneas para agregar algo que no se te ha-
ya preguntado y que quieras decir: & _____

GRACIAS POR TU COLABORACION.