

INSTITUTO NACIONAL DE ENDOCRINOLOGIA

El Adolescente Diabético*

Por el Dr.:

RICARDO GÜELL**

Güell, R. *El adolescente Diabético*. Rev Cub Ped 56: 3, 1984.

El adolescente diabético presenta problemas y características en su comportamiento que lo hacen marcadamente diferente del niño y el adulto diabético. La falta en reconocer esta verdad hace que nuestro manejo sea incorrecto y el paciente rechace nuestra atención y cuidados. Debemos estar preparados para tratar a nuestro adolescente diabético más como un adolescente que como diabético; ayudarlo a resolver sus problemas sociales y familiares, preparándolo para la vida, de manera que los problemas que como diabético tenga que enfrentar puedan ser bien conocidos y manejados de acuerdo con las características de cada etapa de su vida.

A nadie escapa que la adolescencia es una etapa crítica de la vida, con características muy particulares en las relaciones de vida y los anhelos e inquietudes que marcan al sujeto que va a convertirse en adulto independiente y maduro.

Esta transición de un niño física y sexualmente inmaduro dependiente y descuidado en su comportamiento, a un adulto maduro y lleno de responsabilidades, generalmente sucede de una manera "no fisiológica", incluso aún en la adolescencia "normal" y se convierte en una época de desilusiones y conflictos, para padres, maestros y para los mismos adolescentes.

Si a estas características de la adolescencia le adicionamos las particularidades que impone la diabetes como afección crónica, se crea una verdadera pesadilla, tanto para el adolescente como para el médico que lo atiende.

En nuestra exposición analizaremos muchos de los problemas que presenta el adolescente diabético, valoraremos cuál es la verdadera magnitud de éstos dentro de su afección o de su etapa de vida y por último,

* Conferencia impartida en el II Simposio Nacional sobre Adolescencia. MINSAP, Habana, noviembre 1982.

** Especialista de I grado en endocrinología infantil. Investigador titular. Departamento de endocrinología pediátrica, hospital infantil "Pedro Borrás Astorga".

cómo muchos de éstos pueden ser resueltos con un tratamiento racional del paciente como ser humano y no exclusivamente como un diabético.

Características generales de la etapa

Las dificultades que encuentra el adolescente diabético sólo podemos conocerlas plenamente en el contexto de las características de la adolescencia "normal". Progresivamente los cambios somáticos son sucedidos por profundos cambios en la dinámica de la vida psíquica y de las relaciones sociales. Hay en el joven una especie de "toma de conciencia de sí como ser social" que lo lleva a plantearse ¿Cuál ha de ser su papel en la vida? ¿Qué ha de ser de "su futuro"?, se enfrenta con la adquisición de la responsabilidad social, tanto por su incorporación a la vida productiva en muchos casos, como por las exigencias adultas para su comportamiento en la sociedad. Se hace más maduro, más independiente. Sin embargo, la diabetes interfiere en cada uno de estos cambios.

La aparición de los caracteres sexuales secundarios y el "estirón puberal" requiere una rápida adaptación psíquica a esta nueva imagen corporal y, aunque el adolescente normal se siente torpe, chambón, desgarrado, al mismo tiempo tiene sentimientos narcisistas y de autocomplacencia con su nueva situación biológica y, mientras el adolescente normal puede gozar de ello en un ambiente necesario de privacidad, el adolescente diabético es sometido a constantes exámenes físicos, que son fuentes de enojo y molestia. Si a ello unimos que el adolescente diabético puede presentar retraso de su maduración física y sexual, esto origina o refuerza los sentimientos de inferioridad o minusvalía que son frecuentes en estos pacientes.

El adolescente desarrolla independencia y trata de hacer su personalidad propia, características éstas que tropiezan con un obstáculo: el trato de los adultos. Las contradicciones e inconsecuencias del propio adulto (padres, maestros, médicos) ante esta nueva realidad hieren el sentido de dignidad y de independencia del adolescente, el cual se siente humillado y se enoja.¹ Esta situación es mucho más difícil para el adolescente diabético; si él no regresa al hogar a tiempo puede ser por estar recreándose o por haber sufrido un accidente a causa de su diabetes, si es una niña, la situación es más grave aún. La fricción que se crea entre el adolescente diabético y sus padres no se limita solamente al hecho de estar "gamberreando" o "ganduleando", sino que recaerá sobre su tratamiento y la manera de cumplirlo o no en esta situación.

En este período de cambio, la repercusión de las nuevas posibilidades y las exigencias sociales crean la necesidad específica del sentimiento de pertenencia a un grupo. Estos grupos son movidos por la necesidad de intercambio de impresiones y experiencias entre contemporáneos, frente al nuevo panorama social que se abre ante ellos. El adolescente necesita ser aceptado por su grupo y sentirse importante dentro

de él. Esta situación se hace muy difícil para el adolescente diabético por las "limitaciones" que la enfermedad impone en su modo de vida, lo que lo hace diferente del resto de sus compañeros; son libres como "cenicienta", sólo hasta la hora en que tengan que realizar sus análisis y tomar sus alimentos. Si a estas limitaciones agregamos el no contar con los medios idóneos para el control de la glicemia o glucosuria (cintas), jeringuillas desechables y disponibilidad de alimentos adecuados para el diabético en cafeterías o comedores escolares, la situación es más grave.

Al nivel sociológico, conjuntamente con las anteriores transformaciones, el joven se enfrenta a nuevas responsabilidades dentro de la sociedad al considerarse apto para iniciarse en la vida laboral y encontrar limitaciones para ello por su edad, lo que hace que se sienta discriminado y poco útil al no poder desarrollar sus capacidades. Esta situación se hace difícil al tratarse de un adolescente diabético, que por razones de ubicación de los centros de estudio no puede incorporarse a los planes educacionales y por otra parte la ley laboral no permite que pueda comenzar a trabajar, por su edad, además, del pensamiento de discriminación que respecto al joven diabético pueda existir entre los empleadores.

Frecuencia de problemas emocionales y psíquicos en adolescentes diabéticos

Diversas encuestas realizadas en adolescentes normales muestran que éstos presentan con gran frecuencia síntomas neuróticos y sentimientos depresivos, además de riñas y pequeños conflictos en las relaciones con sus padres.¹⁻⁴

Al comparar estos grupos con adolescentes diabéticos se observó en estos últimos una frecuencia mayor de problemas psicosociales entre ellos: mayor ansiedad, menor autoestimación y mayores trastornos en su relación de balance dependencia-independencia del hogar paterno. En nuestro medio hemos encontrado mayor sentimiento de tristeza e introversión, aunque con buena aptitud hacia el estudio.⁵⁻¹¹

Con la información recogida hasta aquí es difícil llegar a una conclusión definitiva acerca de la salud mental del adolescente diabético, y pudiera ser una de las conclusiones de este seminario un estudio en común sobre este aspecto.

Sin embargo, podemos inferir que en los adolescentes con enfermedades crónicas, aun cuando presentan algún sentimiento de inferioridad, la mayoría parece desarrollar un fuerte mecanismo de defensa y auto-disciplina para preservar su personalidad, y muchos de los problemas que observamos en ellos responden más a esta etapa de la vida que a la afección en sí, por eso el médico que atiende a estos pacientes debe tratar de delimitar bien los problemas normales de la adolescencia, valorando su real influencia sobre la evolución del adolescente diabético y no ver a éste erróneamente sólo como un "ente diabético".

¿Quién debe tratar al adolescente diabético y dónde?

La atención al niño y adolescente diabético, consideramos que se debe realizar en servicios especializados que puedan garantizar un cuidado médico adecuado, tanto en los estados de descompensación como en los períodos de seguimiento; que cuente además con personal entrenado (psicólogos, enfermeras, dietistas, trabajadores sociales), que brinden a estos pacientes una atención integral a sus problemas sociales, sus motivaciones vocacionales, trastornos emocionales, consejos dietéticos y educación diabetológica adecuada.

Nos oponemos a la consulta u hospitalización en servicios no especializados; el ingreso en servicios de diabéticos adultos es contraproducente y de resultados desastrosos, ya que además de convertirlos en la "mas-cota" del servicio, donde lo sobreprotegen y lo miman, sin tener en cuenta sus problemas reales, el espectáculo que se le ofrece de diabéticos son nefropatías, amputaciones y ceguera, etc., hace que el adolescente adquiera en un momento crucial de su vida una visión dantesca de su enfermedad, lo que en realidad es poco edificante.¹²

Creemos que el niño y el adolescente diabético deben ser atendidos por el endocrinólogo pediatra en un servicio especializado, en una consulta especial para estas edades, donde no prime la prisa y donde se valoren más los problemas psicosociales del adolescente diabético en su verdadera magnitud, considerándolo como un ente humano y no como un problema estricto de "buen control bioquímico". Por otra parte, el endocrinólogo pediatra debe estar consciente de que ya su paciente ha llegado a la adolescencia y *no insistir en tratarlo como un niño*, so peligro de que el paciente haga con él la misma proyección negativa que con sus padres. A partir de ese momento debe atender al adolescente como tal e interesarse por sus problemas.

¿Cómo manejar su atención en consulta?

El adolescente diabético al sentirse independiente puede dejar de asistir a consulta si lo desea y es por ello necesario que en ésta tratemos de reafirmar su personalidad y ganarnos su amistad y confianza para una mejor atención. Las consultas deben ser sin prisa, preferiblemente con el paciente solo, sin los padres; debemos "conspirar" con él, ganarnos su confianza, pero con objetivos muy claros por nuestra parte de qué nos proponemos con este manejo. Debemos tratarlo como "persona", darle confianza, tratar de conocer sus inquietudes, preocupaciones, qué sabe de su enfermedad, qué piensa de ella, sus temores, reeducarlo sin prisas pero sin descanso, aprovechando cada consulta para ello. Si proviene de otro servicio tratar de evitar los cambios bruscos, si fuera necesario en el tratamiento y en la educación, desde la primera consulta, pues esto pudiera representar para él una crítica a todo lo hecho hasta ese momento y por tanto, una crítica a su médico que lo ha cuidado hasta ahora. Los cambios deben introducirse gradualmente y siempre previo análisis y discusión, no perder de vista que es un ser humano y no una cifra de glucosa.

Aspectos específicos del tratamiento

Inyecciones. El adolescente diabético ve la administración de insulina como una obligación desagradable y que consume mucho de su tiempo y actividad. El pinchazo se convierte en foco constante de enojo y resentimiento hacia la enfermedad y las restricciones que ésta implica; si a ello sumamos el no disponer de agujas y jeringuillas desechables, que no necesitan "hervirse" para esterilizar, lo que hace más engorroso y laborioso el momento de la inyección. Este es un punto que tenemos que tener presente siempre en nuestras conversaciones, con el objetivo de mostrarles lo imprescindible y necesario que es en él la administración de insulina.

El advenimiento de las jeringuillas desechables y el saber que éstas pueden usarse varias veces haciendo más económica la inversión, da una nueva visión en el manejo de esta área de conflictos.

Dieta. Esta es la mayor causa de conflictos entre los adolescentes, padres y médicos. La dieta normal del adolescente frecuentemente es ilógica, falta de uniformidad, variable no sólo en su composición, sino también en el monto de sus calorías.

Las "chucherías" y los fiambres son las características de la alimentación del adolescente. Por otra parte, el hecho de reunirse en las cafeterías, comedores estudiantiles, etc., da al comer una connotación de relaciones sociales y de convivencia que va más allá del acto de la alimentación. Es por ello que esta esfera debe ser manejada con mucho tacto, evitando los conflictos que en el orden psicosocial puede traer al adolescente diabético la imposición de un régimen dietético rígido, el cual por la repercusión negativa que tendrá sobre su estado emocional ocasionará más dificultades en su control metabólico que un régimen manejado con discreción. Esto se agrava mucho más en las niñas cuando tratan de mantenerse "delgadas" por los cánones de la moda y la buena salud. Mantener el peso ideal se hace difícil sin el consejo y la orientación dietética y diabetológica necesaria, ya que la disminución de alimentos sin una adecuada reducción de insulina provoca hipoglicemias y éstas a su vez a mayor ingestión de carbohidratos y aumento del peso corporal nuevamente, creando sensación de frustración en la paciente. Debemos ayudar a nuestros adolescentes diabéticos con una correcta educación dietética que los reafirmen en su control emocional y metabólico.

Control metabólico en el adolescente diabético

El concepto de "control metabólico" es mal conocido no sólo por el adolescente diabético, sino por un gran número del personal que atiende a estos pacientes, que piensan que esto significa no tener síntomas o ingresos hospitalarios por hipoglicemias o cetoacidosis. El que se comprenda que control en el adolescente diabético significa "un serio intento por obtener niveles normales de glicemia" no es fácil; y una forma que contribuye a no lograrlo es tratar de intimidar al paciente con complicaciones futuras, si no mantiene un buen control; bastante dura es la realidad dia-

ria del adolescente diabético para que se detenga a considerar los 20 años futuros.¹³

¿Cómo "controlar" el control?

El adolescente odia los análisis de orina, la doble micción es engorrosa y cuantificar su glucosuria por el "clásico" método de Benedict es casi imposible en la escuela, el trabajo o cuando se encuentra de paseo entre amigos. Tal vez el uso de las "cintas" comerciales que se usan para esos fines, haga un poco más fácil este modo de control. Sin embargo, aun los más precisos métodos de medir la glucosuria dan un pobre estimado de la glicemia y muchos adolescentes encuentran poco seguro el ajustar sus dosis de insulina basándose en ellos y además, muchos son temerosos de los exámenes aglucosúricos por la posibilidad de una hipoglicemia. Insistimos en que el adolescente realice exámenes en los cuales no cree, solamente provoca irritación, enojo o falsear los resultados.¹⁴⁻¹⁶

Las determinaciones de glicemia, y sobre todo la autodeterminación de la glicemia ha sido aceptada por los adolescentes de una manera entusiasta en aquellos lugares donde estos métodos están a su alcance; en especial por el método de las llamadas "cintas", que no necesitan equipos especiales para su lectura.^{17,18} En realidad el método ha servido de ayuda para mejorar la enseñanza y el control de los jóvenes diabéticos. Nosotros recomendamos la adquisición de estas cintas que no necesitan equipos para su lectura, en el control de los jóvenes diabéticos tanto en el hogar como en los servicios de atención a los mismos.

La hemoglobina glicosilada (HbA1) es útil para la detección de mal control en el diabético.^{19,20,21}

Sin embargo, recientemente se ha puesto en duda su utilización en el adolescente como método aislado, pues períodos de mal control pueden dar valores elevados de HbA1, los que no se estabilizan a pesar de un período largo de buen control. Sus valores siempre son elevados en el adolescente diabético por las fluctuaciones que éste presenta en la glicemia de día en día y aun dentro del mismo día, de aquí que las determinaciones de HbA1 deben ser complementadas con determinaciones de glicemias y glucosurias de 24 horas.²¹

Diabetes "inestable" en el adolescente

Se dice con frecuencia que la diabetes del adolescente es "inestable", dado sus frecuentes episodios de hipoglicemia y cetoacidosis. Sin embargo, autores como *Tattersall*¹³ consideran que esta "inestabilidad" responde más a condiciones ambientales en esta época de la vida que a particularidades de la enfermedad en sí en el adolescente. Frecuentemente la "inestabilidad" se desarrolla como respuesta a una vida irregular fuera de todas las reglas en relación con el control en dieta, insulina y actividad. En otras ocasiones responde más al manejo de la situación por parte del adolescente, tratando de huir de deberes escolares o situaciones no cómodas en el hogar, incluso llegando a admitir francamente que ellos se sienten

mejor en el hospital que en su hogar. El común denominador de esta situación de "inestabilidad" en su control es tratar de resolver alguna situación de conflicto y obtener además alguna ganancia secundaria con esta actitud. Es decir, esta situación responde más a una manipulación deliberada de su estado diabético por parte del paciente, que a un verdadero descontrol metabólico por excesos de hormonas de contrarregulación.²²

Sin embargo, no podemos perder de vista la "inestabilidad" que se crea por el llamado fenómeno Somogy, como resultado de sobreinsulinización (más de 2U/kg/día) y que debe ser de las primeras causas en que pensar ante un adolescente con diabetes "inestable".¹²

Manejo de los problemas psíquicos y de otros problemas en relación con la adolescencia

La piedra angular en el manejo del adolescente diabético y de los problemas psicosociales que él pueda presentar, es la atención permanente por el mismo médico. No hay nada más desagradable y que dé origen a mayor desconfianza e inseguridad al paciente que tener que repetir su historia cada vez a un médico distinto.

Por otra parte, es esencial dar al paciente todo el tiempo que necesita, *oírlo, consultarle solo*, como si fuera un *adulto*.

Es necesario ayudar al paciente a resolver sus problemas; sólo haciéndole frente a ellos podrá vencerlos, y en esto, nuestro papel es apoyarlo en todo momento. Debemos evitar hasta donde sea posible los ingresos para estabilizar situaciones hogareñas o escolares.

Estos ingresos, aparte de dar una imagen equivocada del problema, haciéndolo un "problema médico", constituyen una evasiva que aparta al paciente de su marco normal de vida (hogar, escuela, trabajo).

Paciencia y tiempo son los dos ingredientes principales en nuestro trabajo con adolescentes diabéticos, dentro de un equipo de trabajo, como señalamos anteriormente, que sirva para auxiliarnos en el mejor conocimiento del manejo de situaciones que necesiten de la participación de un especialista.

Las relaciones sexuales son fuente de gran preocupación en el adolescente diabético, tanto en su manejo cotidiano, que como base sólida para cimentar una familia; las limitaciones que la enfermedad impone, los temores a un embarazo no deseado, el futuro de la descendencia, las contraindicaciones de algunos métodos anticonceptivos en la diabética, son punto frecuente de preocupaciones que debemos estar preparados y dispuestos a responder.²³

Los problemas de la escuela y las posibilidades de trabajo son dos grandes preocupaciones en el adolescente en general y en el diabético en particular. Al no poder continuar sus estudios el adolescente diabético se enfrenta con la realidad que no puede incorporarse al trabajo por no tener edad laboral y, aun cuando tiene buena capacidad productiva, no puede

dar su aporte a la sociedad y beneficiarse económicamente de su contribución, con lo que podría ayudar así a sus familiares que habitualmente incurren en gastos hasta de un 20% o más del presupuesto familiar en la atención del paciente diabético.²⁴ Creemos que esta situación debe estudiarse y resolverse, pues afecta a los jóvenes, colocándolos en situaciones predelictivas, pues ni estudian ni trabajan.

Por otra parte, además son muchos los adolescentes diabéticos que se ven limitados por su enfermedad de participar en tareas de la defensa, el trabajo agrícola y otras tareas cuyo contenido y posibilidades a ofrecer al joven diabético se deben valorar.

Gracias al desarrollo de nuestras condiciones político-ideológicas las drogas y el alcohol no son factores a considerar dentro de los problemas de nuestros adolescentes.

El hábito de fumar es dañino tanto a diabéticos como a no diabéticos, y debemos tratar de convencerlos de esto con el fin de no echar sobre sus vasos una carga nociva más.

SUMMARY

Güell, R. *The diabetic adolescent*. Rev Cub Ped 56: 3, 1984.

The diabetic adolescent presents problems and characteristics in his behaviour that make him markedly different from the diabetic child and adult. Failure to recognize this reality drive us to a wrong management of the situation and drives the patient to reject our care. We must be ready to treat our diabetic adolescent as an adolescent rather than as a diabetic; we must help him to solve his social and familial problems, getting him ready for life, in such a manner that those problems he has to face as a diabetic can be well known and managed according to characteristics of each stage of his life.

RÉSUMÉ

Güell, R. *L'adolescent diabétique*. Rev Cub Ped 56: 3, 1984.

L'adolescent diabétique présente des problèmes et des caractéristiques dans son comportement qui le font très différent de l'enfant et de l'adulte diabétique. La méconnaissance de cette vérité fait que notre conduite soit incorrecte et que le patient refuse notre attention et nos soins. Il faut être préparés pour traiter l'adolescent diabétique plus comme un adolescent que comme un diabétique; il faut l'aider à résoudre ses problèmes sociaux et familiaux, en le préparant pour la vie, de telle façon que les problèmes auxquels il pourrait se heurter en tant que diabétique puissent être bien connus et bien envisagés suivant les caractéristiques de chaque étape de sa vie.

BIBLIOGRAFIA

1. Alviza, R.: Aspectos psicológicos de la adolescencia. En: Güell, R. (ed). Temas de Endocrinología Infantil. Cap. VIII Ed. Organismos, La Habana, 1974.
2. Gessel, A. et al.: El adolescente de 10 a 16 años. Ed. Universitaria. La Habana, 1966.

3. *Wolkind, S. N.; J. C. Coleman*: The psychiatry of adolescence. *Br J Hosp Med* 16: 572, 1976.
4. *Rutter, M. et al.*: Adolescent turmoil: fact or fiction? *J Child Psychol Psychiatry* 17: 35, 1976.
5. *Alviza, R. et al.*: Family Situation of juvenile diabetic. *Acta Diabet Lat* 11: 245, 1974.
6. *Alviza, R. et al.*: Scholastic Situation of the juvenile diabetic. *Acta Diabet Lat* 11: 250, 1974.
7. *Ojeda-Oves, R.*: Adolescencia y diabetes. Tesis de grado, Habana, 1982.
8. *Greydanus, D. E.; A. D. Hofman*: Psychological factors in diabetes Mellitus: A review of the literature with emphasis on adolescence. *Am J Dis Child* 133: 1061, 1979.
9. *Steaky, G.*: Family background and state of mental health in a group of diabetic school children. *Acta Paediat Scand* 52: 377, 1963.
10. *Gath, A.; M. A. Smith; J. D. Baum*: Emotional behavioral and educational disorders in diabetic children. *Arch Dis Child* 55: 371, 1980.
11. *Sullivan, B. J.*: Self-esteem and depression in adolescent diabetic girls. *Diabetes Care* 1: 18, 1978.
12. *Güell, R.*: Temas de Endocrinología infantil. Cap XII, Ed Organismos, Habana, 1974.
13. *Tattersall, R. B.; J. Lowe*: Diabetes in adolescence. *Diabetología* 20: 517, 1981.
14. *Ludvigsson, J.; P. G. Svensson*: Self-control with urinalysis in juveniles diabetes. *Acta Paediatr Scand* 68: 887, 1979.
15. *Winter, R. J.*: Traisman HS, Green OC glycosuria in children with diabetes: advantages of two drop climatest method. *Diabetes Care* 2: 349, 1979.
16. *Ehrlich, R. M.*: Diabetes Mellitus in childhood. *Clin Endocrinol Metab* 11: 195, 1982.
17. *Tattersal, R. B.*: Workshop on home monitoring of blod glucose, Nottingham University, 1980.
18. *Tattersall, R. B.; E. Gale*: Patient self-monitoring of blod glucose and refinements of conventional insulin treatment. *Am J Med* 70: 177, 1981.
19. *Rosenbloom, A. L. et al.*: Total glycosylated hemoglobin estimation in the management of children and youth wilh diabetes, ISGD Bull 4: 24, 1980.
20. *Topper, E. et al.*: The significance of glycosylated hemoglobin (GHb) determination as an index of control in juvenile diabetes patients. ISGD Bull 4: 22 1980.
21. Workshop on challenges in treatment of diabetes mellitus: critical evaluation, JDF, Aarhus, 1980.
22. *Gale, E. A. M.; A. B. Kurtz; R. B. Tattersall*: In search of the somogy effect. *Lancet* 2: 279, 1980.
23. *Steel, J. M.; L. J. P. Duncan*: Contraception for the insulin-dependent diabetic woman: the view from one clinic, *Diabetes Care* 3: 557, 1980.
24. *García, R.*: Comunicación personal.

Recibido: 13 de abril de 1983.

Aprobado: 15 de mayo de 1983.

Dr. *Ricardo Güell*

Instituto de Endocrinología. Zapata y D,
Vedado, Ciudad de La Habana.