

## TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL NIÑO / ADOLESCENTE DIABÉTICO

### RESUMEN

### INTRODUCCIÓN

### FACTORES PRONÓSTICOS INDIVIDUALES

### FACTORES PRONÓSTICOS RELACIONADOS CON LA FAMILIA

### INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

### PLAN DE INTERVENCIÓN

### BIBLIOGRAFIA

Joaquín Díaz Atienza<sup>1</sup>

### RESUMEN

La aparición de problemas psicológicos consecuentes a la presentación de una diabetes en el niño es algo relativamente frecuente y se encuadra dentro de las necesidades de ajuste psicológico, familiar y psicosocial ante cualquier enfermedad crónica. Su presentación va a depender de las habilidades del niño y de su familia para hacer frente a los mecanismos adaptativos necesarios, así como de las posibles secuelas neurológicas que a veces se presentan. Exponemos cuales son los factores de riesgo y de protección frente a la comorbilidad psicológica, así como las técnicas más frecuentemente utilizadas en su tratamiento.

### INTRODUCCIÓN

**La enfermedad crónica** en cualquier etapa de la vida conlleva una gran variedad de ajustes psicológicos en el individuo que la padece. Cuando aparece en **la infancia y en la adolescencia**, su presentación, implica tanto a la familia como al niño o al adolescente (RUTTER y cols, 1995). El impacto que supone un acontecimiento vital tan importante ha dado lugar a que disciplinas como la Psicología Médica Infanto-Juvenil y la Psicología Pediátrica se ocupen de cómo **prevenir los problemas psicológicos** consecuentes a los procesos adaptativos y **ayudar o intervenir** en las situaciones en las que éstos han aparecido (BEARISON y cols, 1994; ZIMMERMAN-TANSELLA, 1995).

En este sentido, abundan los estudios que intentan delimitar **factores de riesgo** y/o favorecedores, tanto **familiares** como **individuales** y **psicosociales**, de los problemas psicológicos que en muchos casos conlleva el diagnóstico y/o padecimiento de una enfermedad crónica. Todos ellos han contribuido a

---

<sup>1</sup> Psiquiatra Infantil. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Almería (España).  
E-mail: j.atienza@retemail.es

---

**humanizar** el acto médico e incrementar la **calidad de vida** y la **adherencia** a los tratamientos con la consiguiente mejoría del pronóstico (LEWIS, 1991).

En esta ponencia nos ocuparemos específicamente de la **Diabetes** en su presentación en edades pediátricas.

En una primera parte, y con objeto de ser lo más didácticos posible, abordaremos los aspectos generales referidos a **factores pronósticos**, sean individuales, familiares o secundarios a secuelas de la enfermedad. Posteriormente, desarrollaremos una estrategia de intervención psicológica que se ha demostrado empíricamente ser de utilidad.

### FACTORES PRONÓSTICOS INDIVIDUALES

*Tabla –1: Factores pronósticos individuales.*

1. Edad
2. Género
3. Situación premórbida
4. Inteligencia
5. Bajo impacto emocional.
6. Prontitud en el diagnóstico y tratamiento.
7. Presencia o no de secuelas neuropsicológicas

Tanto **la edad** de presentación como **el género** han demostrado tener un peso importante como factores de riesgo a padecer secundarismos psicopatológicos consecuentes al diagnóstico de diabetes. Así, parece que cuanto más precozmente se presenta la enfermedad mayor es el riesgo de sufrir problemas emocionales y desadaptaciones sociales y escolares. Los niños más pequeños pueden presentar problemas adaptativos relacionados fundamentalmente con el colegio, mientras que los que presentan edades que van de la pubertad a la adolescencia se verán más afectados en lo que se refiere a su vida social. Las niñas se adaptan con mayor facilidad que los niños (FRANK y cols, 1998).

Estos aspectos no han sido claramente elucidados, aunque, en relación a la edad, se dice que cuanto más pequeño es el niño menores son las posibilidades de comprensión de las imposiciones del autocuidado y que la actitud de los padres es mucho más intervencionista y sobreprotectora. En cuanto al género, se argumentan aspectos diferenciadores del temperamento (KAROLY y BAY, 1990).

---

Igualmente relevante se ha encontrado la **situación psicológica anterior** al diagnóstico: Los niños con problemas emocionales o conductuales anteriores a la diabetes, la presencia concomitante de trastornos paidopsiquiátricos y antecedentes de desajustes psicosociales, así como la sugestionabilidad ante los miedos anticipatorios a la incertidumbre de las consecuencias de la enfermedad, han sido valorados como factores de riesgo desadaptativo. Por el contrario, la **inteligencia** y un **bajo impacto emocional** son considerados como factores de protección. Estos aspectos deben ser considerados anticipadamente a la hora de las posibles actuaciones terapéuticas, ya que una intervención precoz sobre los niños y adolescentes con estas características puede minimizar las consecuencias psicológicas de la enfermedad. La familia antes situaciones como éstas pueden vivir con gran angustia e indefensión la presentación de un nuevo problema (HAUSER y cols, 1990; HOLMES y cols, 1999).

También se han mostrado factores de buen pronóstico **la prontitud en el diagnóstico e instauración del tratamiento**, así como **la ausencia de secuelas** neurológica y neuropsicológica. En este último aspecto, se ha evidenciado que la presencia de trastornos específicos del desarrollo como dificultades en la lectura contribuyen a una mayor dificultad en los procesos adaptativos, sobre todo en lo que respecta al ámbito escolar. Estos trastornos específicos pueden ser primarios o secundarios a una diabetes no diagnosticada durante un tiempo excesivamente largo. Independientemente de la causa, deben ser contemplados en el Plan de Tratamiento (KAUFMAN y cols, 1999).

### **FACTORES PRONÓSTICOS RELACIONADOS CON LA FAMILIA.**

De cómo reacciona la familia, de cómo maneja sus miedos y ansiedades ante el diagnóstico va a depender gran parte del éxito o fracaso, no solo de los mecanismos adaptativos del niño, sino, igualmente, de la intervención psicológica, si ésta fuera precisa. El acercamiento analítico a la familia como factor de riesgo o protección frente a los problemas psicológicos del niño diabético se ha producido desde diversos paradigmas: **sistémico, conductual, conductual-cognitivo** y **psicoanalítico**. Sin entrar en aspectos específicos de cada uno de los modelos, expondremos aquellas características sobre las que existe un consenso generalizado, independientemente del modelo explicativo del que procedan.

El diagnóstico de diabetes supone para cualquier familia la necesidad de hacer frente a una enfermedad crónica. Esto significa la puesta en marcha de **mecanismo de afrontamiento y de reajustes** en la dinámica familiar muy importantes, ya que, hablamos de una enfermedad que, aunque no incapacitante, si que se necesita poner en marcha la elaboración de estrategias que posibiliten el **autocuidado** (RIEKERT y DROTAR, 1999), al mismo tiempo que éstas no afecten significativamente la **autonomía** ni **la calidad de vida** del niño ni de la familia. Esto requiere una dedicación suplementaria por parte de los padres hacia el paciente. De aquí que la adaptación deba darse en todos los miembros de la familia, tanto en los padres como en los hermanos (SATIN y cols, 1989;

---

ANDERSON y cols, 1990; FLORIAN y cols, 1998; SEPPANEN y cols, 1999) (Tabla – 2).

*¿Qué supone para el sistema familiar?*

En nuestro contexto cultural, normalmente, se produce una **exclusión**, y en la mayoría de los casos una **autoexclusión**, del padre en cuanto a la toma en cargo de las nuevas responsabilidades, siendo la madre habitualmente que la que asumen el rol principal. Esto, sin embargo, puede ser motivo de **tensiones** en el ámbito familiar debido a desacuerdos entre los cónyuges.

Los diferentes estudios realizados han puesto en evidencia la aparición en los padres de **síntomas depresivos y ansiosos**, cuando no la aparición de una

*Tabla –2: Factores pronósticos Generales Familiares.*

1. Necesidad de mecanismos de afrontamiento
2. Reajustes ante la nueva situación familiar
3. Estrategia para favorecer los **autocuidados** e impedir el deterioro de la calidad de vida.

auténtica patología depresivo-ansiosa. La magnitud clínica de ellos va a condicionar significativamente la toma en cargo del niño. E incluso facilitar la aparición de estos mismos síntomas en el paciente.

A veces, dependiendo de las características de cada uno de los miembros de la familia y de las habilidades de afrontamiento y de resolución de problemas, los padres pueden **sentirse desbordados** por las nuevas responsabilidades con relación a los cuidados dando lugar a situaciones de conflicto frente al niño o entre los padres. Estos conflictos y desacuerdos se han relacionado en múltiples estudios con un menor cumplimiento terapéutico.

Otro aspecto a considerar, y que necesariamente forma parte de la evaluación para el tratamiento psicológico, es la aparición de pautas educativas de **sobreprotección** hacia el paciente, impidiendo la autonomía social y dificultando la adherencia a los autocuidados. Va a dar lugar a niños dependientes de los padres con limitaciones importantes en sus relaciones y actividades sociales.

También se ha detectado que en algunas familias se produce un deterioro de la calidad de vida a través de un sentimiento de **menor satisfacción personal**, tanto en la convivencia intrafamiliar y en autoevaluación de la propia competencia en el nuevo rol de padres como por el impacto negativo que se produce en las

---

relaciones sociales que con relativa frecuencia conducen a un **aislamiento social** con pérdida de las redes de apoyo habituales (SATIN, 1989, LOWES y LYNE, 1999).

En esta misma línea de investigación se han delimitado familias de mayor o menor riesgo en función de sus **características pre-mórbidas**. Serían familias protectoras frente a los secundarismos psicopatológicos las que reúnen las siguientes:

- Familias cohesivas.
- Independientes y, al mismo tiempo, participativas socialmente.
- Con buen nivel de organización.
- Poco rígidas y con un nivel de acuerdo importante entre los cónyuges.
- Optimistas, bajo neuroticismo, estabilidad emocional, buena autoestima y con capacidad para expresar emociones..
- Capacidad en la resolución de problemas.
- Dinámica intrafamiliar basada en la disciplina, negociación y pautas educativas orientadas al favorecimiento de la competencia entre sus miembros y la capacidad de control.

Finalmente, reseñar algunos problemas que suelen **aparecer entre los hermanos**. Se ha demostrado que éstos suelen presentar un deterioro del autoconcepto debido al **sentimiento de abandono** ante los mayores cuidados y atenciones presentadas al hermano enfermo. Incluso se han descrito la aparición de un mayor **retraimiento social** y la asunción de **competencias** que no les corresponde.

### INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

A continuación exponemos la metodología de evaluación e intervención que realizamos en la Unidad de Salud Mental Infantil y que se intenta evaluar en estos momentos.

Independientemente de cada situación concreta, debemos considerar unos planteamientos generales de evaluación o diagnóstico con objeto de operativizar lo más posible la intervención. Sería este planteamiento general el que nos posibilitaría definir cada situación y priorizar, en base a los resultados, las áreas de intervención psicológica y/o psicosocial.

#### 1. Aspectos Generales de Evaluación ligados al Diagnóstico y Manejo de la Enfermedad:

- Cumplimiento, y dificultades respecto a éste, de las normas sobre la alimentación.
-

- Idoneidad en la administración de insulina.
- Realización de ejercicio.
- Dificultades y alegaciones en cuanto a la adherencia a las indicaciones médicas.

## **2. Valoración de la Dinámica Familiar:**

- Valoración de los cambios producidos en los cuidados de los hermanos no enfermos, así como su nivel de implicación en el tratamiento.

### **Respecto al paciente:**

- o Tratamiento diferencial con respecto a los hermanos.
- o Manejo por parte de los padres de conductas no pertinentes.
- o Como asume y que miedos presenta frente a las pautas tendentes a la autonomía y frente a las anticipaciones negativas.
- o Evaluar la existencia de absentismo escolar, rendimiento, problemas de interacción social y los posibles desajustes conductuales y/o emocionales.
- o Evaluar, si hay deterioro del rendimiento académico, la posibilidad de algún trastorno específico.

### **Factores Contextuales de Valoración:**

Son elementos que aparecen interrelacionados con el medio familiar como sistema dinámico, el individuo y el contexto socio-escolar. Para hacerlo de forma didáctica, vamos a considerarlos, sin embargo, de forma independiente.

### **Adherencia al Tratamiento:**

- o Nivel de comprensión de las indicaciones.
- o Por diferencias entre los padres
- o Por conflicto parento-filial.

### **Valoración del entorno familiar:**

- o Nivel de estrés y manejo del mismo.
  - o Habilidades de los miembros de la familia para el ajuste y afrontamiento.
-

- Calidad de la interacción padres / hijo.
- Salud psicológica de cada uno de los miembros.
- Apoyo social.

- *El paciente y la dinámica familiar:*

- Medidas puestas en marcha para evitar el aislamiento social.
- Evaluar las posibles limitaciones impuestas para la interacción.
- Miedos al rechazo social debido a la enfermedad
- Medidas puestas en marcha, e idoneidad de las mismas, para favorecer el autocuidado.
  
- Aparición y abordaje de conductas internalizantes: Miedos, fobias, ansiedad, depresión, retraimiento y bajo autoconcepto.
  
- Aparición y abordaje de conductas externalizantes: Incumplimientos, desafíos a las figuras de autoridad, agresiones, irritabilidad, autolesiones.

En la valoración de los aspectos anteriores deberíamos utilizar una entrevista estandarizada apoyada por cuestionarios específicos con suficiente validez y fiabilidad.

Una vez obtenida la información deberemos priorizar cual será el área de intervención y las hipótesis respecto a las causas que estén motivando los problemas detectados. Normalmente, las áreas de intervención pueden darse en

- El ámbito familiar como sistema.
- En el ámbito neurocognitivo y/o escolar.
- En el ámbito individual.

Respecto al tipo de intervención, nosotros proponemos las que habitualmente utilizamos, sin que esto suponga infravalorar otros planteamientos diferentes. En este sentido, consideramos diferentes modelos de intervención, así como la pertinencia de aplicarlos, en cada situación concreta:

- **Entrenamiento en la solución de problemas:**

Previa definición y formulación del /los problemas, proponemos un plan de generación de soluciones alternativas, así como la toma de decisiones en base a la anticipación positiva de los resultados, la evaluación de los mismos y la elaboración de un plan de soluciones.

- **Técnicas de inoculación y afrontamiento al estrés:**

---

Normalmente se analizan los factores estresantes así como la disponibilidad de recursos para hacer frente en cada miembro de la familia. La estrategia de superación que suelen utilizarse son las charlas que sirvan de catarsis y alivien el malestar. Suelen darse recomendaciones, tanto cognitivas como conductuales, que sean útiles para hacer frente a la situación.

Aunque nos basamos en el Modelo de Volkman y Lazarus, procuramos adaptarlo a cada situación y familia con objeto de que sea lo más eficaz posible. De todas formas, intentamos seguir la secuencia de Fase Educativa o de conceptualización, Fase de Adquisición de habilidades de afrontamiento y una Fase de Aplicación. En la Fase de Adquisición utilizamos frecuentemente la relajación como procedimiento que facilite el control emocional.

Aunque no forma parte, estrictamente hablando, de este modelo, si que incluimos la información acerca de la enfermedad, la insistencia en el mantenimiento del estilo d vida, tanto del paciente como de los demás miembros de la familia, así como la indicación de que participen en Escuelas de Padres, Grupos de Apoyo y Asociaciones de Afectados.

Insistimos en que el paciente participe en campamentos de verano que creemos se trata del lugar idóneo para aprender técnicas de autocuidado con un modelado que es, prácticamente, imposible conseguir en intervenciones o charlas descontextualizadas.

### **- Terapia Racional Emotiva**

Creemos que es una de las técnicas más útiles, tanto en el abordaje psicoterapéutico de los padres como de los pacientes. Seguimos, habitualmente el esquema clásico: la explicación del esquema A (acontecimiento activador), B (creencias acerca de A), C (consecuencia emocional y conductual); detección de creencias irracionales, discusión acerca de las creencias, y alternativas.

La aplicación concreta es adaptada a cada caso y su indicación se realiza en base a los datos aportados por la evaluación inicial del problema.

### **- Técnicas de Condicionamiento Clásico**

Cuando existen miedos bien estructurados en relación a la enfermedad o a la toma en cargo por parte del sujeto de técnicas de autocuidado (inyecciones de insulina) solemos aplicar algunas de las técnicas de desensibilización procedentes de este paradigma.

---

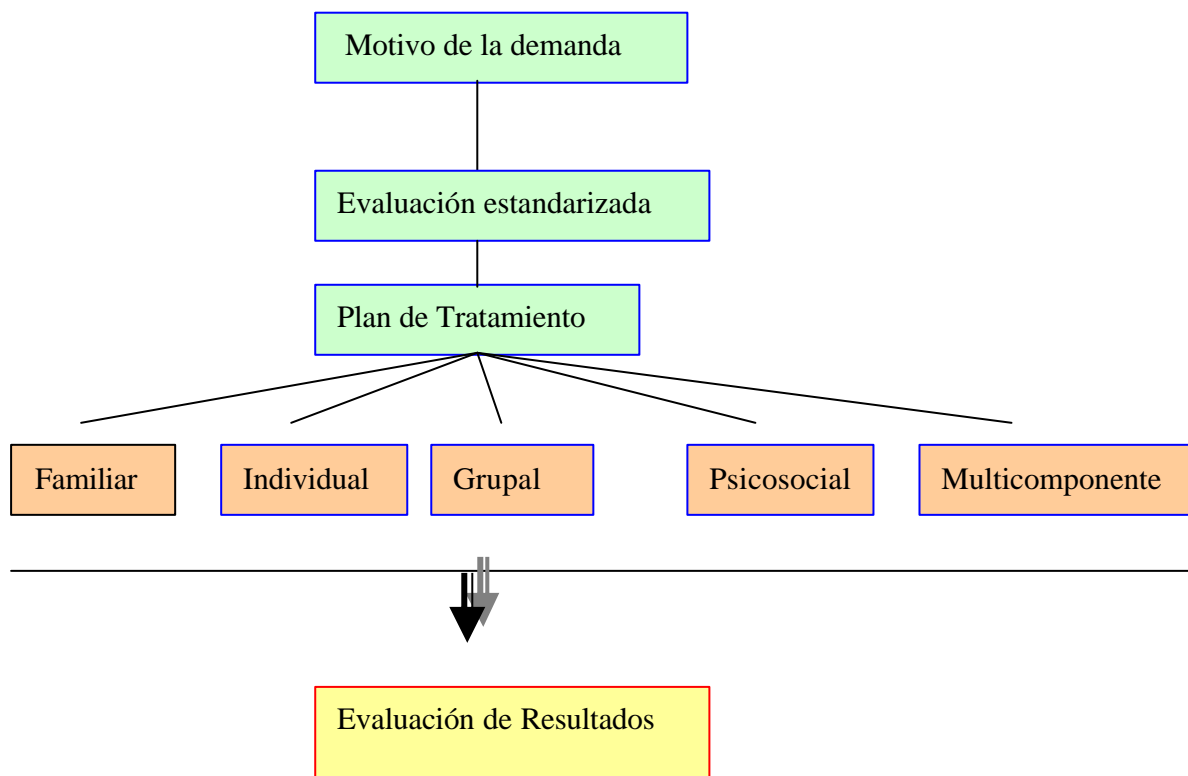


## PLAN DE INTERVENCIÓN

En la **Figura - 1** , exponemos gráficamente los distintos pasos a considerar en el diseño de un Plan de Tratamiento. Normalmente. Este consta de las siguientes Fases:

1. Recogida no estructurada del motivo de consulta.
2. En base a la información precedente se formula una hipótesis causal y se decide los instrumentos estandarizados que deben utilizarse.
3. Evaluación de la información estructurada.
4. Diseño del Plan de Tratamiento:
  - Frecuencia de sesiones (semanales, quincenales...)
  - Miembros que participarán en las mismas (terapia individual, familiar, psicosocial-escolar ...).
  - Técnicas a utilizar en la intervención (abordaje informal, grupal, sistémica, individual, grupos de apoyo...)
  - Puesta en práctica del tratamiento.
  - Tiempo estimado para realizar una primera evaluación de resultados y como se evaluarán
5. Primera evaluación y replanteamiento de la hipótesis causales.
6. Cambio de estrategia o continuación de la misma.

**Figura- 1: Evaluación / Intervención**



## **BIBLIOGRAFIA**

ANDERSON, BJ; AUSLANDRE, WF; JUNG, KC; MILLER, JP; SANTIAGO, JV (1990): Assessing family sharing of diabetes responsibilities. *J Pediatric Psychiatry*, 15, 477-492.

BEARISON, DJ; MULHERN, RK (1994): *Pediatric Psychooncology*. Oxford University Press. London.

FLORIAN, V; ELAD, D (1998): The impact of mothers' sense of empowerment on metabolic control of their children with juvenile diabetes. *J. Pediatric Psychiatry*, 23, 239-247.

FRANK, RG; HAGGLUND, KJ; SCHOPP, LH; THAYER, JF; VIETH, AZ; CASSIDY, JT; GOLDSTEIN, DE; BECK, NC; CLAY, DL; HEWETT, JE; JOHNSON, JC; CHANEY, JM; KASHANI, JH: Disease and family contributors to adaptation in juvenile rheumatoid arthritis and juvenile diabetes. *Arthritis care Res*, 11(3):166-76.

HAUSER, ST; JACOBSON, AM; LAVORIT, P et al (1990): Adherence among children and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus over a four-year longitudinal follow-up: II. Immediate and long-term linkages with the family milieu. *J Pediatric Psychiatry*, 15, 527-542.

HOLMES, CS; YU, Z; FRENTZ, J (1999): Chronic and discrete stress as predictors of children's adjustment. *J Consult Clin Psychol*; 67(3): 411-9.

LEWIS, M (1991): *Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive Textbook*. Williams and Wilkins. Baltimore.

LOWES, L; LYNE, P (1999): A normal lifestyle: parental stress and coping in childhood diabetes. *Br J Nurs*, 8(3): 133-9

KAROLY, P; BAY, RC (1990): Diabetes self-care goals and their relation to children's metabolic control. *J. Pediatric Psychiatry*, 15, 83-95.

KAUFMAN, FR; EPPORT, K; ENGILMAN, R; HALVORSON, M (1999): Neurocognitive functioning in children diagnosed with diabetes before age 10 years. *J Diabetes Complications*, 13(1): 31-8.

RIEKERT, KA; DROTAR, D (1999): Who participates in research on adherence to treatment in insulin-dependent diabetes mellitus? Implications and recommendations for research. *J. Pediatric Psychiatry*, 24, 253-258.

---

RUTTER, M; TAYLOR, E; HERSON, L (1995): Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches. Blackwell Science. Oxford.

SATIN, W; LA GRECA, AM; ZIGO, MA; SKYLER, JS. (1989): Diabetes in adolescence: effects of multifamily group intervention and parent simulation of diabetes. J Pediatric Psychiatry, 14, 259-275.

SEPPÄNEN, SM; KYNGAS, HA; NIKKONEN, MJ (1999): Coping and social support of parents with a diabetic child. Nurs Health Sci, 1(1):63-70.

ZIMMERMAN-TANSELLA, CH (1995): Factores psicosociales en la enfermedades crónicas en la infancia. En RODRÍGUEZ SACRISTÁN, J(Ed): Psicopatología del niño y del adolescente. Universidad de Sevilla. Sevilla.

---