

Adolescentes diabéticos: el problema de la no adherencia al tratamiento

Dr. Oscar Sánchez-Guerrero,* Dra. Angélica Romero,** Dra. Vanessa Rodríguez,***
Dra. Berenice Rangel,**** Dr. Sergio Muñoz-F.*****

Es mucho más importante saber qué tipo de paciente es el que tiene la enfermedad, que saber qué enfermedad tiene el paciente
SIR WILLIAM OSLER M.D. (1849-1919)

Una de las enfermedades crónicas más comunes en nuestro país es la diabetes mellitus tipo 1 o insulino dependiente (DM1) entre niños y adolescentes. Uno de los problemas frecuentes en esta población, es que los tratamientos para su control glicémico y por tanto para salvaguardar la vida de los pacientes, no se siguen en forma correcta, con relativa frecuencia los pacientes son reacios a tomar el medicamento o a seguir las indicaciones médicas. Esto propicia la descompensación glucémica, problema para el control metabólico subsecuente, que obliga a hospitalizar al enfermo.

El problema metabólico no sólo genera el riesgo para la vida, sino que causa un deterioro del desarrollo cerebral,

sobre todo en el terreno de las habilidades cognitivas, con problemas de aprendizaje en niños menores de cinco años, menores niveles de inteligencia verbal así como problemas conductuales en niños que sufren crónicamente elevaciones de glucosa. Por esta razón, la evaluación del estado mental es una parte fundamental del tratamiento de la DM1.

La no adherencia a los tratamientos en las enfermedades crónicas en los últimos años se ha elevado considerablemente: hasta el 50% de quienes deben recibir tratamiento, lo abandonan por motivos diversos, lo cual reduce la eficacia y el éxito del mismo. Muchos elementos intervienen en la no adherencia; sin embargo, para encararla, el aspecto más sólido es la relación médico-paciente, tema que desarrollaremos en este trabajo, a través del conocimiento del paciente.

En adolescentes diabéticos hay dos aspectos: la ineficacia del tratamiento, por su costo o por la incomodidad que causa y por el desarrollo del adolescente, que se percibe a sí mismo como omnipotente, con control total de sus circunstancias; no débil y mucho menos sujeto a un control externo como el tener que usar los medicamentos que requiere.

Por tanto para evaluar a los pacientes, de reciente diagnóstico o de los que fueron diagnosticados en la infancia, el período de la adolescencia debe considerarse como “*factor de riesgo*” en el control de la glicemia. La valoración médica debe incluir: tipo de respuesta temperamental del joven: si es impulsivo, pasivo, dependiente, etc.; su nivel de inteligencia; interacción con los padres y con la familia: conflictiva, agresiva, desinteresada; desarrollo de su personalidad: autónoma, dependiente, etc.

- * Médico Psiquiatra de niños y adolescentes. Adscrito al Servicio de Salud Mental. I.N.P.
** Médico residente de 4º. Año de Psiquiatría. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. SS
*** Médico residente de 3er. Año de Psiquiatría. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.
**** Médico residente de 2º. Año de Psiquiatría Infantil. Hosp. Psiquiátrico Infantil J.N. Navarro.
***** Médico Psiquiatra de niños y adolescentes. Jefe del Servicio de Salud mental. Instituto Nacional de Pediatría.

Correspondencia: Dr. Oscar Sánchez-Guerrero. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuicuilco. México 04530 D.F. Tel: 10 84 09 00
Recibido: febrero, 2012. Aceptado: marzo, 2012.

Este artículo debe citarse como: Sánchez-Guerrero O, Romero A, Rodríguez V, Rangel B, Muñoz-FS. Adolescentes diabéticos: el problema de la no adherencia al tratamiento. Acta Pediatr Mex 2012;33(3):148-149.

También importan algunos aspectos como la edad del paciente cuando se hace el diagnóstico, ya que hay diferencias en cómo capta una situación el niño menor de ocho años y el preadolescente; la facilidad o complejidad para controlar la enfermedad.

Estos elementos permitirán saber si el tratamiento se llevará a cabo de la forma planeada o deberá realizarse un trabajo psicoterapéutico breve o una reunión con la familia, para convencerlo de seguir el tratamiento.

Esto requiere tener en cuenta que existe una psicopatología específica en los adolescentes, ya que existe suficiente evidencia para considerar que numerosos jóvenes diabéticos padecen cuadros de ansiedad, depresión o ambas, que complican enormemente el tratamiento endocrinológico. Varios estudios han mostrado que entre 33 a 42% de los adolescentes y adultos jóvenes con diabetes, existen trastornos psiquiátricos, es decir, dos a tres veces más que entre la población general, lo cual interfiere con la adherencia al régimen terapéutico. Por otro lado, la acción hormonal general en el joven, hace que los brotes de crecimiento puedan causar problemas para controlar los niveles de glucosa. Conforme la hormona de crecimiento se eleva durante los primeros años y la mitad de la adolescencia, el cuerpo se vuelve menos sensible a la insulina, lo que explica los altos niveles de glucosa que ocurren comúnmente durante la adolescencia.

Es importante comprender los procesos específicos de los adolescentes y también los de su familia, ya que las enfermedades crónicas obligan a las familias al difícil problema de adaptarse a un nuevo estilo de vida; ya que las formas de organización familiar previa, no son las adecuadas para los nuevos requerimientos. Es por ello que deben encontrarse nuevas maneras de enfrentar los problemas de la vida diaria, lo cual somete a los padres a presiones especiales. Un estudio revela que hasta el 22% de las madres de niños con DM1 sufre depresión. Otros estudios indican que los padres que obtenían menos eficacia en el cuidado médico del niño y mayores niveles de estrés sufrían ansiedad y depresión significativas.

Hay estudios sobre la participación de familias que tienen un enfermo crónico; dos de ellos realizados en 1,514 familias, en las que hubo niños con trastorno por déficit de atención. Se demostró que la adherencia al tratamiento mejora cuando los profesionales sanitarios invierten más tiempo en informar al paciente y a sus familiares los obje-

tivos que se esperan alcanzar con el tratamiento, basados en la evaluación cuando han dialogado médicos y pacientes sobre las acciones que deben seguir realizando para vigilar los resultados así como los posibles efectos secundarios; asimismo, las estrategias necesarias para corregirlos, de acuerdo a la información que proporcionen el paciente y su familia.

Resumiendo: el adolescente diabético es un paciente en riesgo potencial de no tener un control adecuado de su cuadro metabólico, lo cual puede afectar su desarrollo mental y aun puede ser fatal. La valoración debe incluir: la estimación clínica de su nivel intelectual, su estilo de enfrentar el estrés, datos psicopatológicos como ansiedad o depresión, así como la evaluación del grupo familiar: acuerdo entre los padres para el tratamiento; participación previa en el control de la glicemia; apoyo al paciente para dicho control; participación de ambos padres en las tareas cotidianas familiares; posibilidad de separar la atención al paciente de la atención a los hermanos. En el caso de adolescentes con diabetes de reciente diagnóstico, la valoración debe realizarse simultáneamente con los pasos iniciales del tratamiento. En los pacientes diagnosticados durante la infancia, deberá valorarse la forma de adaptación de la familia, para saber si se espera que haya problemas especiales.

Por último, hay que recordar que las indicaciones de los médicos a los pacientes no garantizan que se lleve a cabo el tratamiento, ya que intervienen factores emocionales diversos, como son las percepciones que los pacientes tienen de nuestras actitudes ante ellos que determinan que se sientan cómodos o incómodos con nuestras recomendaciones, y no necesariamente la realidad de la situación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shea S. Improving medication adherence. How to talk with patients about their medications. Philadelphia: Editorial Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
2. Monastra VJ. Overcoming the barriers to effective treatment for attention-deficit / hyperactivity disorder. A neuro-educational approach. *Int J Psychophysiol* 2005;58:71-80.
3. Fritsch S, Oberton M, Robbins D. The interface of child mental health and juvenile diabetes mellitus. En: *Child and adolescent psychiatric*. Clin North Am Guest editor: Sandra L. Fritsch. Philadelphia: W.B. Saunders Company-Elsevier Inc.; 2010. p. 335-52.