

CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DEL MENOR DIABETICO Y SU FAMILIA

*Br. Ana Isabel Montoya Cubero**

METODOLOGIA:

El estudio sobre la influencia de factores psicosociales en la presencia de la diabetes y su tratamiento, se efectuó a 24 pacientes hospitalizados por Diabetes Mellitus, durante enero a junio de 1987, en el Hospital Nacional de Niños. Se planteó como hipótesis que: "la aparición de la Diabetes Mellitus en infantes genera o agudiza factores psicosociales en la dinámica y estructura familiar".

Con esta investigación se pretende:

- a. Caracterizar los factores psicosociales influyentes, a fin de reorientar la intervención social,
- b. Detectar las principales necesidades de las familias para diseñar una propuesta metodológica de intervención.

La recolección de la información se obtuvo de la aplicación de un cuestionario semi estructurado en entrevista a los padres.

RESULTADOS:

La presentación de los resultados se expone en dos capítulos:

1) Pacientes y sus características.

Con los pacientes estudiados no hay prevalencia en relación al sexo, de ellos 13 son mujeres y 11 varones. Proceden en su mayoría de San José (17), Alajuela (4), Guanacaste (2) y Cartago (1).

Sus edades oscilan entre menos de un mes hasta 13 años y más; 18 son mayores de 10 años, o sea población adolescente. De esta población de adolescentes, 16 concluyeron educación primaria, de ellos 7 no continuaron estudios secundarios y no realizan actividades laborales ni aprendizaje de oficio; 2 no estudiaron por incapacidad física y mental.

Las dificultades para aprender pueden asociarse a relaciones desequilibradas con los padres y compañeros, inseguridad, culpa, vergüenza o miedo.

(*) Trabajadora Social del Hospital Nacional de Niños.

Se encontró que el rechazo, sobreprotección, aislamiento, agresión física por parte de familiares, cambios emocionales y hospitalizaciones recurrentes en los estudiados favorecieron la interrupción de la educación formal.

Las diversas tareas que debe asumir en su rol de estudiante, paciente e integrante de un grupo familiar le generan ansiedad, hiperactividad, timidez o angustia que a veces no son comprendidas por su padres, al no tomar en cuenta lo que siente ante su enfermedad.

Uno de los estudiados presentó "pensamientos suicidas", dos años después de conocer su diagnóstico. Como causales indirectas incidieron actitudes hostiles de compañeros y hermanos, celos hacia los últimos, sentimientos de minusvalía, alteraciones en su proceso de desarrollo y rechazo a la enfermedad. Asimismo sentimientos de ser explotado y abandonado, soledad, imposibilidad de hablar, impulso de revancha que dirigió hacia los otros miembros del grupo, y, en los que el sentimiento suicida generó culpabilidad en ellos y nunca en él.

Algunos teóricos plantean que "entre mejores sean las relaciones interpersonales y mayor aceptación de los seres que los rodean menor es el deseo de suicidio; aunque toda persona tiene o ha tenido pensamientos antidepresivos, la obsesidad se considera patológica y muchos eventos precipitan el suicidio, en personas que tienen poca tolerancia al stress, a la frustración y por tanto deficientes ajustes adaptativos.

En la práctica algunos pacientes mayores de 7 años son responsables de su cuidado, bajo poca supervisión familiar. Si se asocia al nivel de educación con un mayor conocimiento y automanejo en salud; los estudiados no se pueden ubicar en este contexto, pues sufren descompensaciones por mal manejo: desbalance en la dieta, poco ejercicio, incumplimiento en la aplicación horario y control de tratamiento. En el estudio 22 eran reingresos "por Diabetes Mellitus descompensada" y 2 recién diagnosticadas.

En la edad pre-escolar 17 niños presentaron problemas de conducta: rebeldía, renuencia a tratamiento, irritabilidad, aislamiento, desobediencia, manipuleo, conductas propias a la etapa en que se encuentran y que han sido reforzadas por actitudes sobreprotectoras por parte de los padres u otros, posterior al diagnóstico. Estos comportamientos, según Florence Liberman responden a la dificultad de expresar su infelicidad, temor y conflictos en palabras. Para los padres, las conductas que consideran necesitan de ayuda, son las que los molestan o alteran, sin tomar en cuenta que es típica de estas edades.

Se observó que en 19 de los pacientes se alteró su estado emocional, que le provocaron toda clase de temores y sentimientos de minusvalía. Sin embargo, un 50% de los estudiados han continuado sus labores escolares y sociales sin alteraciones.

En la investigación en una de las familias su núcleo se alteró al integrarse a un nuevo miembro: padrastro, quien no se entregó a la familia con un compromiso

pleno, asumió una posición periférica en relación a la problemática; fomentó en la madre abandono hacia la paciente y hermanos.

En otra se dió separación entre los padres, lo que agravó el estado emocional en la madre y alteró el de los menores.

La Lic. Anita Meiler asocia estas reacciones a los tipos de familia y plantea que "si la comunicación es abierta, reaccionan positivamente y si es cerrada en forma negativa". En este estudio no se profundizó al respecto.

2) Familia y características psicosociales

En su mayoría las familias proceden de zona urbana, la tenencia propia de la vivienda en 18 de ellas, facilita su estabilidad domiciliaria y acceso a los centros médicos. Asimismo cuentan con servicios de agua, luz y otros que favorecen continuidad del tratamiento a nivel de hogar y asistencia a consulta médico social.

Un total de 20 padres laboran y sus actividades son: 2 profesionales, 2 técnicos, 4 operarios y 12 con otras actividades como peones, agentes, mecánico, conductor, misceláneo y comerciante. Hubo un padre jubilado.

Perciben ingresos menores a ₡10.000 (8), menores a ₡18.000 (5) y mayores de ₡22.000 (7). En términos generales los ingresos no cubren lo estipulado en el monto de la canasta básica (22.300) según MIDEPLAN. Estas actividades son desempeñadas por el padre.

La madre asume las tareas del hogar, mayor responsabilidad en la crianza y educación de sus hijos, acompaña al paciente a control médico, y supervisa el tratamiento y sus cuidados.

El diagnóstico de una enfermedad crónica desencadena una serie de factores adversos tanto en el paciente como en su familia. Frustran las expectativas de los padres sobre el hijo sano y conmoción a nivel familiar. Muchos miembros se aíslan o rechazan el efecto doloroso asociado con la enfermedad y se constituye en un elemento generador de crisis.

Los padres atraviesan una serie de etapas desde la negación hasta la aceptación del problema. Experimentan sentimientos de culpa, enojo, desplazamiento de la hostilidad hacia la esposa, hermanos u otros allegados. Con el estudio se detectó una concentración de sentimientos negativos considerados normales ante la situación que enfrentaron. El 95.8% de la población entró en crisis al conocer el diagnóstico, manifestando angustia (13), tristeza (8) e impotencia (2).

La crisis repercute más en aquellos grupos que en su interior presentan alteraciones en diversos niveles; en 12 familias, además de la crisis, ya existían limitaciones económicas, conductas agresivas y abandonicas, cesantía, trabajos inestables.

La aparición de la enfermedad altera las expectativas familiares: 8 de los padres tenían una opinión negativa sobre el pronóstico, a consecuencia de negación o rechazo del problema, sentimientos de culpa o no clarificación sobre la Diabetes Mellitus".

Durante la investigación las situaciones familiares recibieron tratamiento social.

CONCLUSIONES:

1. A consecuencia de la Diabetes Mellitus la familia se ve sometida a cambios en su estructura que implican un reajuste a la nueva situación: recargo de funciones en la madre, mayor atención hacia el paciente y dependencia de éste hacia el grupo, limitación de expectativas familiares respecto al paciente.
2. El diagnóstico desencadena problemas, conductas y actitudes que habían permanecido latentes, agudizando la crisis.
3. Paralelo al diagnóstico se generan cambios en padres y familiares hacia la atención del paciente que se manifiestan desde sobreprotección al abandono. Asimismo en el paciente se generan cambios en su conducta, que implican mayor atención por parte de su familia.
4. Las reacciones de los padres ante la crisis presentan diferentes etapas (aceptación-negación) en diferentes grados, por lo que el apoyo a nivel social temporal o permanente es fundamental.
5. Los pacientes sufren alteraciones en su proceso de socialización, conductas, actitudes, desarrollo físico, formación educativa, que requieren tratamiento permanente, a fin de disminuir los reingresos hospitalarios, entre otros.
6. Las familias de estos pacientes en general presentan ingresos inferiores a ₡22.000 con los que no cubren necesidades básicas, en especial la de alimentación que es vital en el tratamiento.

RECOMENDACIONES:

De la investigación se desprende la necesidad de estructurar un trabajo en equipo que contemple:

- a. Educación sistemática a los padres sobre el problema de salud, causas y consecuencias.
- b. Fomentar a través de medios de comunicación e información la importancia del medio ambiente adecuado para evitar descompensaciones.
- c. Tratamiento integral para el manejo y estabilidad del paciente.
- d. Ejecución de investigaciones integradas por diversas disciplinas que contribuyan a determinar los factores incidentes en la Diabetes Mellitus.
- e. En el nivel social, tratamiento bajo la modalidad de grupo a nivel de padres y pacientes.