

Estrategia de intervención dirigida al mejoramiento de la respuesta adaptativa a la diabetes mellitus de los senescentes para mejorar su calidad de vida

Intervention strategy directed to the improvement of the adaptive response of the elderly to diabetes mellitus to better their quality of life

Víctor T. Pérez Martínez

Especialista de II Grado en Medicina General Integral y de I Grado en Psiquiatría. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas "Victoria de Girón". Policlínico Docente "Ana Betancourt", municipio Playa. Ciudad de La Habana, Cuba.

RESUMEN

La calidad de vida del paciente diabético depende, en gran medida, de la adquisición de comportamientos saludables. Esto permite evitar al máximo trastornos y problemas que se dan en la vida cotidiana. Enfrentarse a una enfermedad crónica como la diabetes mellitus constituye un reto importante para la vida del paciente afectado como en la cotidianidad de la experiencia familiar. Los cambios en los hábitos, la eliminación de conductas riesgosas para la salud, y la adquisición de nuevos comportamientos que resulten una mejor calidad de vida no son siempre fáciles de asumir. La diabetes mellitus es una enfermedad que podría ser prevenida, en algunos casos, a partir de hábitos y comportamientos saludables, los cuales forman parte de un adecuado estilo de vida.

Palabras clave: Calidad de vida, diabetes mellitus, hábitos, conductas riesgosas, estilo de vida.

ABSTRACT

The quality of life of the diabetic patient depends in a great extent on the acquisition of healthy behaviors. This allows to prevent the disorders and problems appearing in daily life. Facing a chronic disease as diabetes mellitus is an important challenge for the patient's life within his family context. The changes of habits, the elimination of risky behaviors for health and the adoption of new behaviors resulting in a better quality of life are not always easy to assume. Diabetes mellitus is a disease that could be prevented in some cases starting from healthy habits and behaviors, which are part of an adequate life style.

Key words: Quality of life, diabetes mellitus, habits, risky behaviors, life style.

INTRODUCCIÓN

El avance científico del mundo moderno y las posibilidades que genera, así como los grandes problemas que arrastra la humanidad contemporánea en relación con el envejecimiento, hacen impostergable concentrar esfuerzos en el estudio de la calidad de las condiciones de vida de las comunidades y los estilos de vida de los individuos, como factor priorizado para entender y proteger la salud y la felicidad del hombre, y especialmente, de los grupos más vulnerables, entre ellos, los ancianos.¹

Las condiciones de vida estresantes que se hacen duraderas y dañan la calidad de vida pueden afectar la regulación psicobiológica, que es la vía utilizada por las descargas emocionales y los estados afectivos negativos y duraderos, haciendo posible que se produzcan alteraciones bioquímicas, fisiológicas e inmunológicas que participan en la gestación de enfermedades.¹

Es importante resaltar que la percepción sobre la calidad de vida de una persona, si es buena y expresa cierta realización personal o conformidad apoyada en su sentido personal, puede contrarrestar los molestos efectos o los temores provenientes de las enfermedades.

La diabetes mellitus (DM) es un problema de salud que exhibe proporciones epidémicas. La Federación Internacional de Diabetes estima que para el año 2025 la cifra de personas con este padecimiento en el mundo habrá aumentado hasta alcanzar los 333 millones, lo cual significa que el 6,3 % de la población mundial vivirá con la enfermedad.² Nuestro país no escapa a esta realidad. Se calcula que en el año 2010 habrá 624 000 casos conocidos. Por otra parte, esta entidad, ha ocupado durante los últimos años el octavo lugar entre las causas de mortalidad en Cuba.³

Cuando la DM está mal controlada, puede representar una pesada carga económica para el individuo y la sociedad, y dependiendo del país, puede alcanzar entre el 5 y el 14 % de los gastos de salud, pero es posible promover el bienestar y prevenir las complicaciones en las personas con diabetes mediante un buen control de la glicemia, y modificando los factores de riesgo cardiovascular.^{2,4} En la medida en que resulta imposible curar la diabetes, es vital lograr que las personas asuman nuevos patrones de conducta que les permitan sobrellevar de la mejor forma los avatares propios de tal afección.^{4,5}

La persona más importante en el tratamiento de la diabetes es el propio paciente.⁴⁻

⁶ La DM exige la capacidad del enfermo (o quien lo asiste) para cumplir con un programa de tratamiento relativamente complejo, que incluye precauciones en el uso de jeringas, agujas, frascos, ámpulas, medir su glucemia por métodos de autocuantificación en el hogar, el consumo de una dieta adecuada con un aporte puntual de alimentos, entre otras exigencias.

En el paciente diabético la calidad de vida está relacionada con el control metabólico, el que a su vez, depende de múltiples factores psicosociales y conductuales. En el paciente geriátrico, en particular, a la depresión, la ansiedad y los sentimientos de indefensión, frecuentes en esta edad, se suman temores por su condición de diabético, lo que puede incidir negativamente en su estado psíquico y conducirlo al descontrol metabólico.⁷

Se hace necesario, entonces, el estudio de la respuesta adaptativa a la enfermedad (entendiendo como tal, el grado de adecuación psicosocial de la conducta, estado emocional y valoración del paciente con relación a su enfermedad)⁶ en este grupo de edades, ya que ello nos permitirá identificar tempranamente hábitos no saludables y conductas de riesgo que pudieran interferir con el adecuado cumplimiento del tratamiento y el control metabólico, para desarrollar, posteriormente, estrategias certeras de intervención que permitan elevar la calidad de vida del paciente diabético en edad geriátrica.

El estudio de este u otro tipo de respuesta, sin embargo, no nos permitiría comprender, describir o predecir su influencia en el comportamiento del paciente senescente con relación a su enfermedad, sin examinar el complejo conjunto de variables personales e históricas y aspectos biológicos referidos a la salud que interactúan con el proceso de envejecimiento.⁷ Entre los factores que debemos tener en cuenta en este tipo de estudio se encuentran: el declive o deterioro del estado intelectual o cognoscitivo, la morbilidad múltiple, el deterioro o la pérdida de la capacidad funcional, la depresión como problema emocional de mayor ocurrencia en la vejez, y el apoyo social que tiene para el anciano beneficiosos efectos para la salud y su bienestar.

DESARROLLO

Se seleccionó una muestra de 130 pacientes diabéticos no insulino dependientes entre 60 y 75 años de edad, pertenecientes al Policlínico Docente "Ana Betancourt". Fueron estudiados con el objetivo de evaluar su respuesta adaptativa a la DM, así como otros factores que influyen en el proceso de envejecimiento.

Se comprobó la existencia de un patrón de respuesta a la DM común al 93,84 % de los pacientes, que permitió conocer la respuesta típica de la población de pacientes con DM 2, entre 60 a 75 años de edad, de nuestra área de salud a su enfermedad, caracterizada por la percepción de la diabetes como un padecimiento severo, la existencia de barreras materiales, psicológicas e instrumentales para el cumplimiento del tratamiento, cierta tendencia a mejorar la conducta de salud, y un aceptable funcionamiento de las redes o sistemas de apoyo social.

En cuanto a la puntuación total de la respuesta adaptativa, se encontraron valores entre 28 y 62 puntos, es decir, la anotación mayor no alcanzó la categoría de respuesta adaptativa satisfactoria (de 68 a 80 puntos). El 67,69 % de los pacientes (N=88) mostró una respuesta adaptativa deficiente a la enfermedad (igual o menor de 40 puntos), en tanto el 32,31 % (N=42) exhibió una respuesta mejorable (entre

41 y 67 puntos). De los 5 factores o áreas que conforman la respuesta adaptativa, los que más contribuyeron a su baja puntuación fueron: la valoración o percepción de la severidad de la enfermedad, las barreras para el cumplimiento del tratamiento y la conducta de salud. La relación directa entre la respuesta adaptativa total y los sistemas de apoyo social, cuyo funcionamiento resultó bueno (ya que la mayoría de los pacientes [N=100] se ubicaron en la categoría de apoyo alto [76,81 %] y los restantes 30 en la categoría de apoyo moderado), unido al bajo índice de depresión constatado (pues el 86,92 % no exhibió depresión), constituyen recursos que facilitan el mejoramiento, hacia niveles satisfactorios, de los aspectos más deficitarios de la respuesta adaptativa a la DM de nuestros senescentes, y, por consiguiente, de su calidad de vida, estableciéndose, en el ámbito de nuestra comunidad, una propuesta de plan de acción con este objetivo.

Al diseñar y planificar una propuesta de intervención dirigida a mejorar la calidad de la vida del diabético en edad geriátrica de nuestra comunidad y su respuesta adaptativa a la DM, lo que deviene una reducción de la mortalidad, las complicaciones y los costos de esta enfermedad, consideramos, que para su correcta y eficiente aplicación, debe sustentarse en 4 bases fundamentales:

- Que sea sumamente efectiva para la inmensa mayoría de los senescentes diabéticos de nuestra área de salud.
- Con resultados objetivamente verificables.
- Excepcionalmente económica.
- De fácil comprensión y aplicabilidad por parte de cualquier médico o enfermera, sobre todo para los que laboramos en la APS.

Actividades o medidas a poner en práctica:

1. Poner en práctica diferentes actividades que contribuyan a promover, en nuestros ancianos diabéticos, y la comunidad en general, estilos de vida saludables con apoyo intersectorial.

- Grupos de actividades terapéuticas y de promoción de salud insertadas en los espacios de la gerocultura (Club de los 120 años, Universidad del Adulto Mayor y Talleres Comunitarios).
- Taller de preparación para la jubilación.
- Talleres para cuidadores cruciales.
- Asesoramiento gerontológico.
- Consejería familiar.
- Grupos de autoayuda y ayuda mutua.
- Barrio debates.
- Grupos de discusión.
- Actividades participativas.
- Charlas.

Participantes: equipo de atención primaria de salud (EAPS), el delegado de la circunscripción, el presidente del CDR y otros líderes comunitarios.

Responsable: Médico de Familia.

Recursos: asistencial o terapéutico, y comunitarios.

Lugar: zona del CDR.

Tiempo: todos los meses.

Indicador evaluativo: por ciento de asistencia a talleres, barrio debates, charlas, etc. (Bueno: 70 % de asistencia, y la calidad de la participación fue buena si contó con el 60 %).

2. Programar acciones que promuevan o estimulen las habilidades para el tratamiento adecuado de los niveles elevados de estrés (estrés no útil) en nuestros senescentes diabéticos, deberán incluirse: comportamientos de relajación, meditación, descanso y conocimiento de las fuentes de estrés, así como estrategias de reestructuración cognitiva (cambios en la manera de ver e interpretar las cosas), para desarrollar flexibilidad en los procesos psíquicos.

Participantes: Equipo de Salud Mental (ESM), EAPS y la comunidad en edad geriátrica.

Responsable: Médico de Familia.

Recursos: asistencial o terapéutico.

Lugar: consultorio médico.

Tiempo: los segundos martes de cada mes a las 2:00 pm.

Indicador evaluativo: por ciento de asistencia. (Bueno: 70 %).

3. Estimular en el adulto mayor diabético el hábito del ejercicio físico controlado (incluye los comportamientos propios de un estilo de vida activo en contraposición con un estilo de vida sedentario). Confeccionar y desarrollar un programa de actividad física, terapia ocupacional y técnicas de la gerocultura, involucrando a las familias en el desempeño de dicho programa y su generalización en el ambiente hogareño.

Participantes: EAPS, ESM y toda la comunidad.

Responsable: Médico de Familia.

Recursos: terapéuticos, deportivos y recreativos.

Lugar: zona del CDR.

Tiempo: dentro de los próximos 3 meses.

Indicador evaluativo: por ciento de asistencia. (Bueno: 70 %).

4. Realizar evaluación nutricional sistemática a todos los ancianos diabéticos y mejorar sus hábitos dietéticos a través de charlas, conversatorios, propaganda gráfica, comunicación directa en consultas y visitas de terreno.

Participantes: EAPS y promotores de salud.

Responsable: enfermera de la familia.

Recursos: asistencial o terapéutico.

Lugar: consultorio médico

Tiempo: mensualmente.

Indicador evaluativo: por ciento de asistencia. (Bueno: 70 %), y la calidad de la propaganda gráfica.

5. Fomentar actividades sociales, culturales, lúdicas, recreativas, paseos, juegos de mesa, excursiones que se ajusten a los recursos de la comunidad, diseñadas en función de nuestros adultos mayores diabéticos y que estimulen el desarrollo de su espiritualidad, la creatividad y la participación.

Participantes: EAPS, promotor de salud, el delegado de la circunscripción, el presidente del CDR y la comunidad.

Responsable: promotores de salud.

Recursos: comunitarios, culturales y recreativos.

Lugar: CDR.

Tiempo: dentro de los próximos 6 meses.

Indicador evaluativo: Por ciento de asistencia. (Bueno: 70 %).

6. Estimular la creación y funcionamiento de redes de apoyo comunitarias a los adultos mayores diabéticos y crear una cultura de solidaridad con dicho paciente y su familia.

Participantes: EAPS, ESM, promotores de salud, el delegado de la circunscripción y la comunidad.

Responsable: Médico de Familia.

Recursos: asistencial o terapéutico, y comunitarios.

Lugar: consultorio médico.

Tiempo: dentro de los próximos 3 meses.

Indicador evaluativo: número de redes creadas y calidad del apoyo percibido.

7. Planificación y ejecución de actividades educativas encaminadas a facilitar una integración social más efectiva del paciente diabético en edad geriátrica y su familia, como son:

a- Fomentar la práctica de deportes y actividades recreativas en las comunidades, enfatizando en la participación en grupo.

b- Desarrollo de cursos y entrenamientos en habilidades o destrezas sociales en las comunidades con niveles de morbimortalidad por DM. Dichos cursos pueden ir encaminados, fundamentalmente, a las dimensiones siguientes: petición de cambios en la conducta de salud, solicitud de ayuda externa, afrontamiento de críticas, percepción o identificación de problemas, entre otras destrezas.

c- Incentivar a personas, colectivos o instituciones con recursos para que subvencionen la implementación de ideas y métodos preventivos de educación en salud física y mental.

d- Formación y utilización de cuerpos de voluntarios o promotores, en el ámbito de la comunidad, en labores de salud.

e- Acuerdos con grupos religiosos para que, a través del trabajo pastoral, estimulen a la comunidad a participar en los programas de salud, difundan informaciones sobre promoción de salud y estimulen la adopción de conductas saludables y el autocuidado de la salud física y mental de nuestros adultos mayores diabéticos.

f- Estimular a las asociaciones profesionales con sede en la comunidad para que creen, con el asesoramiento del sector salud (psicólogos, educadores y médicos), grupos de trabajo para formar promotores de cambios positivos hacia la salud en el escenario comunitario.

Participantes: EAPS, promotor de salud, el delegado de la circunscripción, presidente del CDR y la comunidad.

Responsable: Médico de Familia.

Recursos: asistenciales, educativos y comunitarios.

Lugar: consultorio médico.

Tiempo: dentro de los próximos 4 meses.

Indicador evaluativo: por ciento de asistencia. (Bueno: 70 %).

8. Desarrollar un programa de comunicación social dirigido a los problemas de salud más frecuentes del adulto mayor, y encaminado a motivar la adopción de nuevas actitudes y comportamientos o a utilizar los servicios existentes; incluye las audiencias sanitarias, los barrio debates y los carteles.

Participantes: EAPS y promotores de salud.

Responsable: enfermera de la familia.

Recursos: asistencial o terapéutico, y comunitarios.

Lugar: consultorio médico.

Tiempo: todos los meses.

Indicador evaluativo: por ciento de asistencia. (Bueno: 70 %), calidad de la participación (buena: 60 %), así como la calidad de los carteles confeccionados.

9. Desarrollar actividades de educación para la salud (proceso realizado con la persona y para ella, con el propósito de ayudarla a aumentar su habilidad en la toma de decisiones sobre su cuidado, manejar apropiadamente su enfermedad y mejorar su comportamiento en relación con la salud). Incluye la educación, en forma grupal e interactiva, de nuestros ancianos diabéticos en temas por ellos seleccionados como: reconocer y tratar el nivel bajo de azúcar en la sangre (hipoglicemia), reconocer y tratar el nivel alto de azúcar en la sangre (hiperglicemia), planificación de las comidas, cómo administrar la insulina, cómo controlar los niveles de glucosa en sangre y de cetonas en orina, cómo comportarse en los días que se sientan mal, dónde comprar los suministros para diabéticos y cómo almacenarlos, el cuidado de los pies, cómo ajustar la insulina y/o consumir alimentos durante el ejercicio, principios básicos para el tratamiento adecuado de la DM, utilizando técnicas educativas como pudieran ser los cine debates, las charlas, las discusiones grupales, las técnicas participativas y las mesas redondas.

Participantes: EAPS, promotores de salud y brigadistas sanitarios.

Responsable: Médico de Familia.

Recursos: asistencial o terapéutico, y comunitarios.

Lugar: consultorio médico.

Tiempo: todos los meses.

Indicador evaluativo: por ciento de asistencia a discusiones grupales, cine debates, charlas, etc. (Bueno: 70 % de asistencia) y calidad de la participación (buena: 60 %).

10. Desarrollar un programa de envejecimiento saludable en la comunidad (teniendo en cuenta las características socioculturales de la población, necesidades sentidas, factores de riesgo y los recursos que dispone), e insertar las temáticas relativas al envejecimiento saludable a proyectos comunitarios promovidos y puestos en práctica por otros sectores de la comunidad (Cultura, INDER, etcétera).

Participantes: EAPS, ESM, promotores de salud, el delegado de la circunscripción y el presidente de CDR.

Responsable: Médico de Familia.

Recursos: asistencial o terapéutico, y comunitarios.

Lugar: consultorio médico.

Tiempo: todos los meses.

Indicador evaluativo: actualidad de las temáticas insertadas en el programa.

11. Estimular la creación de los talleres comunitarios, válido recurso de la gerocultura, que permite promover la participación mediante la integración de nuestros senescentes diabéticos a grupos de vecinos que se reúnen para intercambiar, discutir, disenter y confluir sobre temas de interés, y llegar a acuerdos que prolonguen y mejoren la calidad de vida de ellos, dirigidos por un facilitador entrenado perteneciente al barrio.

Participantes: EAPS, ESM, promotores de salud y la comunidad.

Responsable: Médico de Familia.

Recursos: asistenciales y comunitarios.

Lugar: zona de CDR.

Tiempo: dentro de los próximos 4 meses.

Indicador evaluativo: por ciento de asistencia a los talleres (bueno: 70 %) y calidad de la participación (buena: 60 %).

12. Estimular la creación de grupos de autoayuda y ayuda mutua. Entre los grupos de autoayuda y los profesionales de la salud pueden existir 3 áreas principales de colaboración que sería recomendable explotar estratégicamente en la APS, y que incluyen:

- Información y mutuas referencias: unificar puntos de vista y vivencias para conformar una guía de autocuidado realista y más efectiva, de acuerdo con necesidades sentidas de los que padecen el problema de salud, en nuestro caso, los ancianos diabéticos de nuestra comunidad.
- Consulta y educación: aprovechamiento de las habilidades de solución de problemas que determinados profesionales pueden ofrecer.
- Programas dirigidos a desarrollar contextos alternativos: utilización de los espacios comunitarios en el proceso de recuperación, rehabilitación y participación de las personas con enfermedades crónicas, como la DM.

Participantes: EAPS, ESM, promotores de salud y la comunidad.

Responsable: Médico de Familia.

Recursos: asistenciales y comunitarios.

Lugar: consultorio médico.

Tiempo: dentro de los próximos 4 meses.

Indicador evaluativo: por ciento de asistencia a dichos grupos (bueno: 70 %) y calidad de la participación (buena: 60 %).

13. Instrumentar la atención especializada por un equipo intersectorial y facilitar el acceso oportuno a los apoyos y tratamientos que necesiten nuestros senescentes diabéticos, acercando los servicios especializados a la comunidad:

- Consulta especializada.
- Clínica del estrés.
- Consejería individual.
- Línea Ayuda.
- Grupos de ayuda mutua.

Participantes: EAPS, ESM y el Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica (EMAG).

Responsable: Médico de Familia.

Recursos: asistencial o terapéutico.

Lugar: consultorio médico.

Tiempo: todos los meses.

Indicador evaluativo: nivel de satisfacción de pacientes y familiares con los servicios ofrecidos.

14. Brindar atención integral a los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles (en nuestro caso particular, los que sufren de DM y sus terribles complicaciones) que incluye:

- Consulta especializada:
 - Consulta de gerontología.
 - Consulta de psicogeriatría.
 - Consulta de acupuntura y tratamientos alternativos.
 - Consulta de fisioterapia y rehabilitación.
- Ingreso domiciliario.
- Consejería familiar.

- Talleres para cuidadores cruciales.
- Programas de rehabilitación.

Participantes: EAPS, ESM, EMAG y equipos de rehabilitación.

Responsable: Médico de Familia.

Recursos: asistencial o terapéutico.

Lugar: consultorio médico.

Tiempo: todos los meses.

Indicador evaluativo: nivel de satisfacción de pacientes y familiares con los servicios ofrecidos.

15. Educar a los adultos mayores en general, y en particular al diabético y sus familiares, en la importancia de su asistencia de forma regular a sus respectivos consultorios médicos con el objeto de realizarles un control sistemático y el examen periódico de salud anual.

Participantes: EAPS y promotores de salud.

Responsable: promotor de salud.

Recursos: asistencial o terapéutico.

Lugar: consultorio médico.

Tiempo: todos los meses.

Indicador evaluativo: por ciento de asistencia a los consultorios médicos (bueno: 70 %).

Como puede apreciarse, para el logro de todo lo anteriormente propuesto, no se requieren técnicas costosas o sofisticadas, ni siquiera la dedicación a tiempo completo para este tipo de labor, que bien puede insertarse en el horario normal de trabajo de todos los participantes en el plan o programa de acción. Solo se requieren como premisas fundamentales: partir del conocimiento de las características socioculturales de cada comunidad, los recursos de que esta dispone, lograr la coordinación intersectorial, contar con asesoramiento especializado, una jerarquización adecuada, una integración armónica del equipo de APS (médico y enfermera), el que deberá desplegar una voluntad de acción permanente sobre la población diabética en edad geriátrica que recibe sus servicios.

La calidad de vida de la población diabética puede modificarse favorablemente aplicando un sistema de prevención sencillo y económico por parte de los médicos y las enfermeras del primer nivel de salud, con la asesoría y el apoyo del nivel de atención secundario. Es necesaria una jerarquización adecuada, una integración armónica entre los niveles de atención de salud primario y secundario, y que el equipo de atención primaria desarrolle una voluntad de acción permanente sobre la población diabética de su comunidad. Ello conllevaría a una razonable disminución de la mortalidad, las complicaciones y los costos que se derivan de esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González U. El concepto de calidad de vida la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Rev Cubana Salud Pública. 2002;28(2):8.

2. Colectivo de autores. Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento (10ª edición). Madrid: Ediciones Harcourt; 2001.
3. MINSAP. Dirección Nacional de Estadística. Anuario Estadístico. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
4. Grupo de Diabetes de la SAMFYC (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria) Diabetes mellitus. Diagnóstico. Guías Clínicas Grupo Diabetes SAMFYC. 2003. Disponible en: <http://www.cica.es/aliens/samfyc/diagno -1.htm> Consultado, 8 de Febrero de 2008.
5. Grupo de Diabetes de la AGAMFEC (Asociación Gallega de Medicina Familiar y Comunitaria). Diabetes mellitus. Guías Clínicas. 2003;3(7). Atención primaria en la red. 2003. Disponible en: http://www.fisterra.com/guias2/diabetes_mellitus.asp Consultado, 18 de Enero de 2008.
6. Fauci A, Braunwald E, Isselbacher K, Wilson J, Martin J, Kasper D, et al. Diabetes Mellitus. En: Compendio Harrison Principios de Medicina Interna. 14 ed. Madrid: Interamericana; 200.p.972-5.
7. Pérez MV. Respuesta adaptativa a la diabetes mellitus y su relación con el envejecimiento. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004;20(4):7.

Recibido. 20 de marzo de 2008.

Aprobado: 30 de mayo de 2008.

Victor T. Pérez Martínez. Calle H # 360, apto. 14, entre 15 y 17, Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: victorperez@infomed.sld.cu