

La respuesta adaptativa del anciano a la diabetes mellitus, comportamiento en dos áreas de salud

Elderly adaptive response related to diabetes mellitus and behavior in two health areas

Víctor T. Pérez Martínez

Especialista de II Grado en Medicina General Integral y Psiquiatría. Máster en Longevidad Satisfactoria y en Educación Médica. Profesor e Investigador Auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas "Victoria de Girón". Policlínico Docente "Ana Betancourt". La Habana, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: 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. El estudio de la respuesta adaptativa a esta enfermedad permitirá identificar conductas de riesgo que interfieren con el cumplimiento adecuado del tratamiento y el control metabólico.

OBJETIVO: determinar la existencia de patrones de respuesta adaptativa a la diabetes mellitus en un grupo de ancianos pertenecientes a los policlínicos universitarios "Ana Betancourt" y "Rampa".

MÉTODOS: estudio descriptivo, transversal, seleccionando una muestra de 260 pacientes diabéticos, entre los 60 y 75 años, pertenecientes a las 2 áreas de salud mencionadas.

RESULTADOS: predominó el sexo femenino, el nivel primario de escolaridad, así como los jubilados o amas de casa. El tiempo de evolución media de la enfermedad fue inferior a 10 años. Se demostró, en ambas áreas de salud, la existencia de un patrón común de respuesta adaptativa a la diabetes mellitus en más del 90 % de los pacientes, caracterizado por valoración de la enfermedad como padecimiento severo, existencia de barreras para el cumplimiento del tratamiento, tendencia a mejorar la conducta de salud y aceptable funcionamiento de las redes de apoyo social.

CONCLUSIONES: la respuesta adaptativa a la diabetes mellitus se comportó como deficiente en la mayoría de los pacientes estudiados, pues exhibió similar comportamiento en los ancianos diabéticos de ambas áreas de salud, dadas las

favorables características socioculturales inherentes a las comunidades de las 2 localidades involucradas en la investigación.

Palabras clave: Patrón común, respuesta adaptativa, diabetes mellitus.

ABSTRACT

INTRODUCTION: in diabetic patient life of quality is related to metabolic control, which in turn, depends of many psychosocial and behavioral factors. Study of adaptive response to this disease will allow us to identify risk behaviors interfering with proper fulfillment of treatment and the metabolic control.

AIM: to determine existence of adaptive response patterns to diabetes mellitus in cohort of elderlies from "Ana Betancourt" and "Rampa" University polyclinics.

METHODS: a cross-sectional and descriptive study was carried out to select a cohort of 260 diabetic patients aged between 60 and 75 from the above mentioned areas.

RESULTS: there was predominance of female sex, primary level of education, as well as retired persons and housewives. Mean course time of disease was lower than 10 years. In both health areas, it was possible to demonstrate existence of a common pattern of adaptive response to diabetes mellitus in more than 90 % of patients, characterized by disease assessment as a severe ailment, trend to improve health behavior, an acceptable working of social support network.

CONCLUSIONS: adaptive response to diabetes mellitus was poor in most of study patients showing a similar behavior in diabetic elderlies of both health areas due to the favorable social-cultural features inherent to community of the two places involved in this research.

Key words: Common pattern, adaptive response, diabetes mellitus.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la expectativa de vida en nuestro país ha convertido en objeto de especial interés, en la investigación en salud, a las enfermedades crónicas no transmisibles, con el objetivo de incrementar la duración y calidad de la vida de quienes las padecen.¹ Dichas enfermedades, conjuntamente con los accidentes, actualmente constituyen las primeras causas de muerte en Cuba, por lo que se convierten en el objetivo estratégico de mayor prioridad para lograr mediante su reducción, importantes transformaciones en el estado de salud de nuestra población, acorde con el nivel de desarrollo alcanzado por la salud pública cubana.

La diabetes mellitus 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; y por otra parte, esta entidad, ha ocupado durante los últimos años el octavo lugar entre las causas de mortalidad en Cuba.³

Cuando la diabetes mellitus 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,² 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. 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.

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.¹ En el paciente geriátrico, en particular, a la depresión, la ansiedad y 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. 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) 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.⁴ 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, y el apoyo social que representan para el anciano beneficiosos efectos para su salud y bienestar.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal. La muestra estuvo integrada por 260 ancianos diabéticos pertenecientes a los policlínicos universitarios "Ana Betancourt" y "Rampa", de los municipios Playa y Plaza de la Revolución respectivamente. Se confeccionó una lista con la totalidad de los pacientes diabéticos entre los 60 y 75 años de edad, de ambas áreas de salud, a los que se les asignó un número consecutivo. Los 130 pacientes que integraron la muestra, en cada centro asistencial, fueron seleccionados al azar.

Como criterios de selección se tuvieron en cuenta la voluntariedad del paciente para cooperar con la investigación, que se tratara de pacientes diabéticos entre los 60 y 75 años de edad, con un deterioro cognitivo por encima de los 21 puntos en el *Test de Folstein*, con niveles de funcionabilidad satisfactorio y aceptable para la ejecución de las actividades esenciales de la vida diaria (instrumentales y básicas), así como que todos fueran diabéticos no insulino dependientes (tipo 2) y dispensarizados en el grupo III (enfermos) por el Equipo Básico de Salud que le brinda atención integral.

Delimitación y categorización de variables

1. Respuesta adaptativa a la enfermedad (cualitativa o categórica ordinal): grado de adecuación psicosocial de la conducta, estado emocional, y valoración del paciente diabético con relación a su enfermedad.
2. Deterioro cognoscitivo (cualitativa o categórica ordinal): refleja una disminución del rendimiento de al menos una de las capacidades mentales o intelectivas siguientes: memoria, orientación, pensamiento abstracto, capacidad de aprendizaje, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, entre otras funciones corticales superiores.
3. Nivel de comorbilidad (cualitativa o categórica dicotómica): refleja la acumulación de enfermedades que se manifiestan clínicamente presentes en un paciente. Se tomaron en consideración las múltiples condiciones crónicas reflejadas en el acápite de los antecedentes patológicos personales de las historias clínicas ambulatorias de los ancianos estudiados (revisión documental):

- Nivel de comorbilidad bajo: concurrencia de hasta 3 enfermedades crónicas.
- Nivel de comorbilidad alto: concurrencia de 4 o más enfermedades crónicas.

4. Nivel de funcionabilidad: la salud del adulto mayor debe medirse en correspondencia con su funcionabilidad, la que deberá entenderse como la capacidad para realizar todas las actividades del diario vivir (básicas e instrumentales) que aseguren su bienestar.
5. Depresión (cualitativa o categórica ordinal): en esta investigación se consideró como tal, la valoración negativa de sí mismo, de las experiencias habituales y del futuro.
6. Apoyo social (cualitativa o categórica ordinal): conjunto de recursos sociales accesibles, disponibles o ambos, para las personas, encontrados en el contexto de sus relaciones interpersonales, y que las proveen de un soporte emocional y/o material en su constante interacción con el medio en el que se desenvuelven sus vidas.
7. Control metabólico: fue valorado mediante un criterio bioquímico: los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c), variable cuantitativa o numérica expresada en escala categórica ordinal, cuyo resultado se calificó de acuerdo con las categorías o rangos establecidos en el Instituto Nacional de Endocrinología para diabéticos de 60 años y más:
 - Diabético bien controlado: 2,5 a 5,9 %.
 - Diabético con control suficiente: 6 a 8 %.
 - Diabético mal controlado: mayor de 8 %.

8. Edad (numérica o cuantitativa): fueron incluidos solamente los ancianos diabéticos entre 60 y 75 años.
9. Tiempo de evolución de la enfermedad (numérica o cuantitativa): se consideró el tiempo reflejado en las historias clínicas ambulatorias de cada paciente (revisión documental).

Los pacientes fueron visitados en sus hogares para ser evaluados por personal entrenado, y se les aplicó durante las visitas de terreno y de manera prioritaria, los instrumentos cuyas variables constituyeron criterios de exclusión (deterioro cognoscitivo y nivel de funcionabilidad). Las restantes herramientas psicológicas utilizadas para recolectar la información fueron aplicadas consecutivamente durante una segunda sesión de trabajo, con un tiempo aproximado de 20 min cada una.

1. *Test* de deterioro cognoscitivo general de *Folstein*,⁵ cuya escala de 0 a 30 puntos clasifica la gravedad del deterioro de las funciones intelectuales en ligero (de 21 a

26 puntos), moderado (de 11 a 20 puntos) y severo (de 0 a 10 puntos). No deterioro (de 27 a 30 puntos).

2. Índice de *Katz*, instrumento más apropiado para evaluar el estado funcional como una medida de la capacidad del adulto mayor para desempeñar las actividades básicas de la vida diaria en forma independiente. Clasifica la suficiencia del desempeño en 6 funciones básicas (bañarse, vestirse, asearse, movilización, continencia y alimentación) ([anexo 1](#)).

- Un puntaje de 6 indica plena funcionabilidad y traduce una capacidad funcional satisfactoria (sin deterioro).
- Un puntaje de 4 indica una funcionabilidad aceptable, lo que traduce un deterioro moderado de la capacidad funcional.
- Un puntaje de 2 o menos indica una funcionabilidad deficiente, lo que traduce un deterioro severo de la capacidad funcional.

3. Escala de *Lawton y Brody*, útil para evaluar el estado funcional como una medida de la capacidad del adulto mayor para desempeñar las actividades instrumentales de la vida diaria en forma independiente. Un puntaje de 6 indica plena funcionabilidad, 4 indica una funcionabilidad aceptable, y 2 o menos indica una funcionabilidad deficiente ([anexo 2](#)).

4. Cuestionario de respuesta adaptativa, que evalúa los aspectos siguientes de dicha respuesta (percepción de la severidad de la enfermedad, barreras para el cumplimiento del tratamiento, conducta de salud, repercusión psicológica y molestias asociadas a la enfermedad). Se expresa en una puntuación total y por cada una de las áreas. La respuesta se clasifica en 3 categorías:

- Deficiente: igual o menor de 40 puntos.
- Mejorable: entre 41 y 67 puntos.
- Satisfactoria: entre 68 y 80 puntos.

5. *Test* de depresión de *Beck*,⁶ cuya puntuación expresa la valoración de la tríada: valoración de sí mismo, experiencias habituales y futuro.

- Ninguna depresión: 10,9.
- Depresión leve: 18,7.
- Depresión moderada: 25,4.
- Depresión grave: 30,0.

6. Cuestionario de apoyo social, que consta de 5 áreas: salud, familia, pareja, relaciones sociales y trabajo, e incluye un índice de contacto social (ICS). Ofrece información total y por áreas. La respuesta se clasifica en: bajo apoyo (menos de 53 puntos), moderado (de 53 a 73 puntos) y alto (de 74 a 135 puntos).

Procesamiento estadístico

Se obtuvieron distribuciones de frecuencia de las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas se calculó la media, mediana, desviación estándar, rango, rango intercuartil y *test* de normalidad.

Se calculó una matriz de correlación por rangos de *Spearman* para conocer la relación de asociación entre las variables estudiadas. También se realizó un análisis

de regresión múltiple para determinar el peso relativo de dichas variables en la respuesta adaptativa (variable dependiente).

Se realizó un análisis de conglomerados para detectar la existencia de patrones de respuesta adaptativa. Para comparar los otros indicadores medidos entre los patrones de respuesta adaptativa se realizó un Análisis de Varianza (ANOVA).

RESULTADOS

Análisis de variables

La media de edad de los pacientes diabéticos estudiados, pertenecientes al policlínico "Ana Betancourt" fue de 68 años (desviación estándar 0,39), y de 67 años (desviación estándar 0,37) en los que pertenecen al policlínico "Rampa". La distribución por sexo fue de 24,6 % (n=32) para el sexo masculino, y 75,4 % (n=98) para el femenino en el policlínico "Ana Betancourt"; y de 27,7 % (n=36) para el sexo masculino, y 72,3 % (n=94) para el femenino en el policlínico "Rampa".

El 60 % de los pacientes del policlínico "Ana Betancourt" tenían una escolaridad primaria, el 17 % secundaria, el 10 % preuniversitaria y el 13 % universitaria; mientras que en el policlínico "Rampa", el 66 % de los pacientes tenían una escolaridad primaria, el 15 % secundaria, el 8,0 % preuniversitaria y el 11 % universitaria. En el grupo de senescentes del policlínico "Ana Betancourt", solo el 10,8 % de los pacientes trabajan, en tanto, el 89,2 % eran jubilados o amas de casa. En el policlínico "Rampa" el 13 % trabajan, y el 87 % eran jubilados o amas de casa.

El tiempo de evolución media de la enfermedad fue de 6 años para los diabéticos del policlínico "Ana Betancourt", mientras que para los pertenecientes al policlínico "Rampa" fue de 9 años. Entre los primeros, la HbA1c se comportó de la forma siguiente: 107 pacientes (82,3 %) mostraron valores de hasta 5,9 %, 16 pacientes (12,3 %) exhibieron valores entre 6 y 8 %, en tanto, los 7 diabéticos restantes mostraron cifras elevadas (mayor de 8 %). En los ancianos diabéticos del policlínico "Rampa" esta variable se comportó de manera similar, pues 111 pacientes (85,4 %) mostraron cifras de hasta 5,9 %, 14 pacientes (10,8 %) exhibieron cifras entre 6 y 8 %, en tanto, los 5 diabéticos restantes (3,8 %) presentaron cifras elevadas (superiores a 8 %).

Aunque el deterioro cognoscitivo constituyó un criterio de exclusión (solo se estudiaron los pacientes con un ligero grado de deterioro y sin él), esta variable se distribuyó de la manera siguiente en cada área de salud: en el policlínico "Ana Betancourt" el 52,31 % mostró un deterioro ligero (n= 68), y el 47,69 % no mostró deterioro (n= 62). En el policlínico "Rampa" el 44,6 % de los ancianos exhibió deterioro ligero (n= 58) y el 55,4 % no mostró deterioro (n= 72).

El deterioro de la capacidad funcional también constituyó un criterio de exclusión, pues solo se estudiaron pacientes con niveles de funcionabilidad satisfactorio y aceptable, y se obtuvo como resultados que el 87,7 % (n=114) de los ancianos del policlínico "Ana Betancourt" es independiente en la realización de todas las actividades del diario vivir, tanto básicas como instrumentales, lo que evidencia una suficiencia en el desempeño y su plena funcionabilidad, hecho que traduce una capacidad funcional satisfactoria. Solo el 12,3 % (n=16) es independiente en el

desempeño de todas las actividades básicas de la vida diaria, y dependiente en la realización de 2 actividades instrumentales del diario vivir, por lo que el nivel de funcionabilidad es aceptable. En ninguno de los ancianos estudiados la actividad es imposible de conseguir o mantener, ninguno está forzado a permanecer en cama (postrado) y todos son capaces de movilizarse sin ayuda personal o mecánica. El 47,2 % realiza, además, actividades como coser, atender el jardín, organizar estantes o escaparates, tejer, bordar, etc. En el estudio realizado con los ancianos del policlínico "Rampa" no se incluyó esta variable, por lo que no se exponen sus resultados.

La variable *comorbilidad* tampoco se consideró entre los pacientes del policlínico "Rampa", de manera que los resultados expuestos corresponden al grupo de diabéticos pertenecientes al policlínico "Ana Betancourt", entre los cuales el nivel de comorbilidad resultó bajo en el 65,4 % de los senescentes (n=85), y se identificó la osteoartritis o enfermedad primaria del cartílago articular, la hipertensión arterial y la hernia hiatal, como las enfermedades crónicas que se presentan con mayor frecuencia en el orden físico, mientras que a nivel psicopatológico se destacan, también en orden de frecuencia, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno fóbico. Solo en el 34,6 % (n=45) la diabetes mellitus se presentó de manera aislada.

En cuanto a la respuesta adaptativa se refiere (puntuación total), en los ancianos del policlínico "Ana Betancourt" se encontraron valores entre 28 y 62 puntos, es decir, que la anotación mayor no alcanza la categoría de respuesta 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 a 40 puntos), en tanto el 32,31 % (n=42) mostró una respuesta mejorable (entre 41 y 67 puntos). En el caso de los senescentes del policlínico "Rampa" se detectaron valores entre 32 y 60 puntos. El 62,3 % (n=81) mostró una respuesta adaptativa deficiente a la enfermedad, en tanto el 37,7 % (n=49) exhibió una respuesta mejorable. En ambos grupos, de los factores que conforman la respuesta adaptativa, los que más contribuyen a su baja puntuación fueron: la valoración de la severidad de la enfermedad, las barreras para el cumplimiento del tratamiento y la conducta de salud.

En lo referente a la variable *apoyo social*, la mayoría de los pacientes del policlínico "Ana Betancourt" (n=100) se ubicaron en la categoría de apoyo alto (76,81 %), y los restantes 30 en la categoría de apoyo moderado (23,19 %), mientras que en el policlínico "Rampa" la mayoría de los ancianos estudiados (n=111) se ubicaron en la categoría de apoyo social alto (85,4 %) y los restantes 19 en la categoría de apoyo moderado (14,6 %). En todos los casos las áreas más afectadas del apoyo social fueron la laboral, la pareja y el índice de contacto social.

Con relación a la depresión, detectamos, entre los ancianos del policlínico "Ana Betancourt", que solo 5 (3,84 %) mostraron una depresión severa, 12 exhibieron una depresión leve a moderada (9,23 %) y los restantes 113 (86,92 %) no sufrieron depresión. En el policlínico "Rampa" también 5 pacientes (3,8 %) mostraron una depresión severa, 22 (17,0 %) una depresión leve a moderada, y los restantes 103 (79,2 %) no sufrieron depresión.

Análisis correlacional

La respuesta adaptativa correlacionó significativamente ($\alpha < 0,01$) con el apoyo proveniente de las relaciones sociales, el índice de contacto social y en sentido inverso con la depresión. En lo que se refiere a los factores de dicha respuesta, encontramos correlaciones significativas ($\alpha < 0,01$) de la percepción de la severidad

de la enfermedad con la depresión y la HbA1c y la comorbilidad; las barreras para el cumplimiento del tratamiento, con el apoyo familiar, las relaciones sociales y el índice de contacto social; la conducta de salud con el índice de contacto social; las molestias asociadas a la enfermedad con el apoyo social total; y el apoyo de las instituciones de salud y la depresión. La repercusión psicológica de la enfermedad, por último, con el apoyo social total y el apoyo de las instituciones de salud.

En el caso de los factores que conforman la respuesta adaptativa se encontraron correlaciones negativas, que deben interpretarse como si fueran en sentido directo, ya que en las escalas de calificación de dichos factores, una menor puntuación indica una mayor dificultad en el área en cuestión.

Análisis de regresión

Se constató que aunque todas las variables entraron en la ecuación, solo el índice de contacto social y la depresión (en sentido inverso) tienen el mayor peso ($p < 0,05$) en la respuesta adaptativa a la diabetes mellitus.

Con relación al análisis de conglomerados (*cluster analysis*) obtuvimos la solución entre 2 y 8 *clusters*. En los senescentes de ambas áreas de salud detectamos que, hasta la solución de 4 conglomerados, un grupo de 122 pacientes del policlínico "Ana Betancourt" y de 118 ancianos del policlínico "Rampa" permanecieron unidos, caracterizados por un elevado apoyo social, un índice muy bajo de depresión, menor repercusión psicológica de la enfermedad, una percepción menos severa de esta, menos molestias asociadas a la diabetes, un menor tiempo de evolución de ella y un mejor control metabólico.

Los grupos constituidos por los 8 pacientes restantes pertenecientes al policlínico "Ana Betancourt" y por los restantes 12 ancianos del policlínico "Rampa", por el contrario, se subdividieron al aumentar el número de conglomerados, llegando a considerar a un solo paciente como uno de estos. Ambos grupos se caracterizaron por exhibir un bajo apoyo social, niveles de depresión más altos, mayor repercusión psicológica de la enfermedad, peor percepción de su severidad, mayores molestias asociadas a la diabetes y mayor tiempo de evolución de esta. Estos grupos, a diferencia de los descritos anteriormente, estuvieron conformados, exclusivamente, por pacientes del sexo femenino. En las sucesivas soluciones con más conglomerados, estos pacientes se separaron en la medida en que las características apuntadas fueron más o menos intensas, hasta llegar a la obtención de respuestas atípicas.

DISCUSIÓN

Aunque en ambos policlínicos prevaleció francamente el sexo femenino, este resultado no traduce el hecho de que, en ambas áreas de salud, exista un predominio de mujeres diabéticas, sino que las féminas fueron las que más se ofrecieron a cooperar con la investigación, los hombres se negaron en mayor medida.

El tiempo de evolución media de la enfermedad, en ambos policlínicos, fue inferior a 10 años, ello explica el hecho de que la totalidad de los senescentes, todavía, no sufren las terribles complicaciones de esta enfermedad, las que suelen palpase después de una década de evolución, y en el curso de una diabetes mal controlada.² Esto influyó decisivamente en la capacidad funcional, la que fue

mayoritariamente satisfactoria, pues un importante por ciento de los ancianos no exhibió discapacidad y se mostró independiente en la realización de las actividades esenciales del diario vivir, lo que coincide con lo reportado en la literatura médica revisada,^{2,7} que asegura que aunque la prevalencia de la discapacidad se incrementa progresivamente con la edad, mostrando cifras, en la tercera edad, entre 12 y 20 %, la mayor parte de los ancianos son independientes y activos.

En relación con los resultados obtenidos para la HbA1c, podemos señalar que el buen control metabólico exhibido por los ancianos del policlínico "Rampa" pudiera adjudicarse a su excelente educación diabetológica. Estos pacientes residen muy próximos al Centro Antidiabético Nacional (CAN), institución de salud a la que habitualmente son remitidos muchos de ellos, por sus Médicos de Familia, y donde reciben atención integral, incluyendo cursos y entrenamientos de cómo vivir con su enfermedad. Algo similar ocurre con los pacientes del policlínico "Ana Betancourt", los que a pesar de residir en un área geográfica algo distante al CAN, y ser seguidos adecuadamente por sus Médicos y Enfermeras de Familia, más de la mitad aseguró recibir simultáneamente, y de forma regular, atención más sensible en otros prestigiosos centros de nuestra capital, lo que pudiera justificar que esta variable muestre similar comportamiento en los senescentes diabéticos de ambas localidades.

En el primer estudio, realizado en el policlínico "Rampa", no se contempló el nivel de funcionalidad ni de comorbilidad. Luego de un tratamiento teórico acerca de su importancia, el autor decidió incluirlos como variables, que en la tercera edad, pueden influir o repercutir, decisivamente, en la respuesta adaptativa a la diabetes mellitus de los ancianos del policlínico "Ana Betancourt", pues la respuesta adaptativa a cualquier enfermedad o condición crónica puede estar modulada por el grado de autonomía de la persona.

Si atendemos a los resultados descritos para la variable *comorbilidad*, observamos que, a pesar de calificarse dichos niveles como bajos, hecho que no coincide con lo que reporta la literatura médica revisada,^{2,8,9} que asegura que el 30 % de los ancianos padece de 3 o más enfermedades crónicas, y que unas con otras interactúan en detrimento de su salud, predominaron enfermedades que se presentan comúnmente en la tercera edad, tanto las de orden físico como psicopatológico, y que algunas, como la osteoartritis, constituyen un problema de salud característico de las edades avanzadas de la vida. El hecho de que solamente en el 34,6 % de los senescentes la diabetes mellitus se presentó de manera aislada, se corresponde con lo reflejado en la literatura médica consultada,⁷⁻⁹ que refiere que es muy poco probable que esta enfermedad constituya, en el anciano, una sola entidad nosológica.

A pesar de que la depresión es el problema emocional de mayor ocurrencia en la vejez, se detectaron, en ambos policlínicos, muy pocos ancianos deprimidos. Consideramos que este hallazgo facilita el logro de una respuesta adecuada, ya que la depresión se relacionó en sentido inverso con la variable *respuesta adaptativa*, es decir, que en la medida en que la depresión es menor, la respuesta adaptativa a la enfermedad tiende a mejorar ostensiblemente, y viceversa. De forma similar se relacionó con 2 de los factores que integran la respuesta adaptativa a la enfermedad: los pacientes más deprimidos fueron los que peor percepción de la severidad de la enfermedad mostraron y presentaron más molestias asociadas a esta. También hay que considerar que fue 1 de las 2 variables que exhibió mayor peso en la determinación de la respuesta adaptativa, junto al índice de contacto social. La depresión se comportó de manera atípica en ambas áreas de salud, a pesar de que es bien conocido que el porcentaje de episodios y trastornos depresivos se ha elevado en las personas de la tercera edad. Se estima que el 15 % de las personas que superan los 65 años padece de depresión, que muestra una

clara correlación con el hecho de vivir solos.⁹ Los bajos índices de depresión exhibidos por los senescentes estudiados pudieran atribuirse a los factores siguientes:

- En la edad geriátrica, el sentimiento de desesperanza y la depresión aparecen con mayor frecuencia en los hombres, cuestión que se debe a las diferencias surgidas en esta etapa de sus vidas, con relación a etapas anteriores, como por ejemplo, ya no son tratados igual en sus hogares (con relación a mimos, cariño y respeto), la participación en la toma de decisiones disminuye significativamente, también se quejan de su falta de autoridad (entendiéndose la que él esperaba, de acuerdo con el paradigma de autoridad que observó en sus abuelos), el régimen de inactividad forzada les genera una gran frustración y le acelera el envejecimiento físico e intelectual, y la jubilación disminuye fundamentalmente la capacidad económica y el contacto social. En este contexto las ancianas están más acostumbradas y protegidas, pues cuentan con un círculo de intereses más amplio y una red de relaciones informales más estable, que le regalan mayor gratificación psicológica.¹⁰⁻
¹² En esta investigación predominaron, en ambas áreas de salud, las féminas, los hombres representaron un ínfimo por ciento, y esto puede explicar el bajo índice de depresión detectado. Por otra parte, las características socioculturales son favorables, muy similares en ambas localidades. El alto apoyo social recibido por los senescentes se percibe en ambas comunidades (ninguno vive solo y todos poseen amparo filial). Finalmente, es conocido que la depresión y la dependencia están íntimas y recíprocamente ligadas. Depender de una persona es estar en poder de ella, y ese poder se experimenta como una influencia limitadora. En la investigación se evidenció que un elevado porcentaje de ancianos resultaron, en ambos policlínicos, totalmente independientes para la realización de las actividades esenciales de la vida diaria, no necesitan ser asistidos, y ello repercute en su buen estado de ánimo.
- La puntuación total de la respuesta adaptativa, en ambas áreas de salud, nunca alcanzó a satisfacer la categoría de respuesta adaptativa satisfactoria (la que oscila en un rango entre 68 y 80 puntos), mientras que un elevado porcentaje de senescentes, en ambos grupos, se situó en la categoría de respuesta adaptativa deficiente, y solo un porcentaje discreto alcanzó una respuesta mejorable. La diabetes mellitus es una enfermedad cuyo tratamiento requiere seguir de por vida una determinada cantidad de acciones y cuidados que exigen un reajuste sistemático. Estos reajustes son particularmente difíciles en pacientes de edad avanzada. La persona más importante en el tratamiento de la diabetes es el paciente mismo. La diabetes mellitus exige la capacidad del enfermo (o quien lo asiste) para cumplir con un programa de tratamiento relativamente complejo, que incluye precauciones en el tratamiento de jeringas, agujas, frascos, ampulas, medir su glucemia por métodos de autocuantificación en el hogar, así como el consumo de una dieta adecuada con un aporte puntual de alimentos, entre otras exigencias.⁸
- A pesar de evaluar la enfermedad como un padecimiento severo (factor que se asoció a los niveles de HbA1c), existieron barreras para el cumplimiento del tratamiento y la mayoría de los pacientes no desarrollan una conducta de salud, como lo indican las puntuaciones en estos factores. Esta contradicción pudiera estar relacionada con dificultades aportadas por la edad de los pacientes en el cumplimiento del tratamiento.
- Los sistemas de apoyo social de estos pacientes, que en sentido general mostraron buen funcionamiento, pueden ser utilizados como recurso para implementar medidas de intervención comunitarias que mejoren la respuesta adaptativa a la enfermedad. Las áreas más deficitarias del apoyo social, fueron, la laboral, la de pareja y el índice de contacto social, hecho perfectamente

comprensible dada la edad de los pacientes, ya que sólo el 10,8 % tiene vínculo laboral. Esta carencia pudiera ser compensada con el apoyo proveniente de otras áreas, convenientemente utilizadas, basándonos en los resultados obtenidos. Por ejemplo, el apoyo familiar, el proveniente de las relaciones sociales y el contacto social, como pudo comprobarse, contribuyen a disminuir el surgimiento de barreras para el cumplimiento del tratamiento. Mientras que el apoyo proveniente de las instituciones de salud, se asoció a una disminución de las molestias generadas por la enfermedad, así como a su repercusión psicológica.

- Por último, resultó significativa la existencia de un patrón de respuesta adaptativa a la diabetes mellitus, común al 93,84 % de los pacientes diabéticos entre 60 y 75 años del policlínico "Ana Betancourt" y al 90,7 % de los pacientes diabéticos del área de salud del policlínico "Rampa", lo cual es consistente con el resto de los resultados obtenidos y nos ofrece la posibilidad de conocer la respuesta típica de esta población a su enfermedad. Dicha respuesta se caracterizó, en ambos grupos, por ser bastante deficiente, principalmente en lo que se refiere a la percepción de la severidad de la enfermedad, y por la existencia de barreras para el cumplimiento del tratamiento y el desarrollo insuficiente de una conducta de salud, aunque con tendencia a su necesario mejoramiento. No obstante, consideramos que el funcionamiento aceptable de las redes de apoyo social y la existencia de niveles bajos de depresión, facilitan la planificación y puesta en práctica de estrategias de intervención comunitaria que mejoren los aspectos más deficitarios de dicha respuesta.

La respuesta adaptativa a la enfermedad exhibió similar comportamiento en los ancianos diabéticos de ambas áreas de salud, dadas las favorables características socioculturales inherentes a las comunidades de las 2 localidades involucradas en la investigación (Miramar y Vedado).

RECOMENDACIONES

- Extender esta investigación a otras áreas de salud, que brinden atención integral a poblaciones que poseen características socioculturales diferentes a las comunidades de las localidades implicadas en este estudio.
- Diseñar y poner en práctica, a corto plazo, una estrategia de intervención comunitaria dirigida a mejorar los aspectos más deficitarios de la respuesta adaptativa de los ancianos a la diabetes mellitus.

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.p.113-9.
3. MINSAP. Dirección Nacional de Estadística. Anuario Estadístico. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
4. Pérez V. Respuesta adaptativa a la diabetes mellitus y su relación con el envejecimiento. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004;20(4):7.

5. Folstein M, Mc Hugh PR. Minimental State. A Practical method for grading the cognitive state of patient for the clinical. J Psych Res. 1975;12:189-98.
6. Pérez V. Respuesta adaptativa a la diabetes mellitus y su relación con el envejecimiento. Rev Cubana de Med Gen Integr. 2004;20(4).
7. 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.
8. Grupo de Diabetes de la AGAMFEC (Asociación Gallega de Medicina Familiar y Comunitaria). Diabetes mellitus. Guías Clínicas 2003;3(7). Disponible en: http://www.fisterra.com/guias2/diabetes_mellitus.asp Consultado 18 de enero de 2008.
9. Fauci A, Braunwald E, Isselbacher K, Wilson J, Martin J, Kasper D, et al. Diabetes mellitus. En: Compendio Harrison. Principios de Medicina Interna. Madrid: Editorial Interamericana; 2001:972-5.
10. Orosa Fraíz T. La tercera edad y la familia: una mirada desde el adulto mayor. La Habana: Editorial Félix Varela; 2003.p.67-93.
11. Pérez V. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor Rev Cubana Med Gen Integr. 2008;24(3):9.
12. Martínez C. Fragilidad: un reto a la atención geriátrica en la APS. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005;21(1-2):5.

Recibido: 4 de noviembre de 2008.
Aprobado: 8 de mayo de 2009.

Victor T. Pérez Martínez. Calle H No. 360, apto. 14, entre 15 y 17, El Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: victorperez@infomed.sld.cu