

El anciano diabético y la respuesta adaptativa a la enfermedad

The diabetes elderly and its adaptive response to disease

Víctor T. Pérez Martínez

Máster en Longevidad Satisfactoria. Máster en Educación Médica. Especialista de II Grado de Medicina General Integral y Psiquiatría. Policlínico Universitario "Ana Betancourt". La Habana, Cuba.

RESUMEN

La diabetes mellitus es la quinta enfermedad más frecuente en la senectud y una de las entidades que genera mayores demandas psicológicas y conductuales por parte del paciente, ya que gran parte de su manejo es conducido por este. 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 sentimientos de indefensión, se suman temores por su condición de diabético, lo que puede incidir negativamente en su estado psíquico y conducirlo al descontrol metabólico. Es necesario, entonces, el estudio de la respuesta adaptativa a la enfermedad en este segmento poblacional, lo que permitirá identificar tempranamente hábitos y conductas de riesgo que pudieran interferir con el adecuado cumplimiento del tratamiento y el control metabólico. Son varias las áreas que conforman la respuesta adaptativa: la percepción de la severidad de la enfermedad, su repercusión psicológica, las molestias asociadas, las barreras para el cumplimiento del tratamiento y la conducta de salud. Entre los factores capaces de modificar la expresión de dicha respuesta se destacan: la edad avanzada, el deterioro cognitivo, la comorbilidad, el deterioro de la capacidad funcional, la depresión y el apoyo social. El estudio de la respuesta adaptativa a la diabetes constituye un reto para los interesados en el tema y una necesidad impostergable, afín de comprender el

papel del comportamiento humano en el proceso salud-enfermedad y perfeccionar las prácticas de salud.

Palabras clave: Diabetes mellitus, senectud, respuesta adaptativa, calidad de vida, control metabólico.

ABSTRACT

The diabetes mellitus is the fifth disease more frequent in old age and one of the entities generating more psychological and behavioral requests by patient, since most of its management is handled by itself. In diabetic patient, quality of life is related to the metabolic control, which in its turn depends of multiple psychosocial and behavioral factors. In elderly patient, in particular at the depression, the anxiety and feelings of defencelessness are added the fears due its diabetic status, lapsing negatively in its psychic state and provoking a metabolic lack of control. Thus, it is necessary the study of the adaptive response to disease in this population segment, allowing to identify early the risky habits and behaviors that may to interfere with the appropriate treatment fulfillment of and the metabolic control. There are some areas related to the adaptive response: the perception of disease severity, its psychological repercussion, associate nuisances, barriers for treatment fulfillment and the health behavior. Among the factors able to modify the expression of such response are included: old age, cognitive deterioration, comorbid process, functional ability deterioration, depression and social support. The study of the adaptive response to diabetes is a challenge for those interested in this subject matter and a unpostponable to understand the human behavior role in health-disease process and to improve the health practices.

Key words: Diabetes mellitus, old age, adaptive response, quality of life, metabolic control.

INTRODUCCIÓN

La sociedad contemporánea se ha convertido en una sociedad con predominio de personas de la tercera edad. Se estima que para el año 2025 la población mayor de 65 años del planeta se duplicará de 390 millones a 800. En América Latina y El Caribe la transición demográfica, de comienzo reciente, se caracteriza por su rapidez. En 1950 solo el 5,4 % de la población tenía 60 años o más, en 2002 se estimó el 8 %, mientras que para 2025 se calcula el 12,8 % de la población en este grupo y para el 2050 el 22 %, de manera que en un siglo el porcentaje de adultos mayores se duplicará. Cuba es uno de los países latinoamericanos más envejecidos. Se estima que para el año 2025 este grupo ocupará el 20,1% de la población total.¹

De todos es conocido el impacto que sobre la sociedad tiene el envejecimiento progresivo de la población. Esta realidad tiene trascendencia por sí misma pero aún más si se suma la morbilidad que este envejecimiento conlleva. El fenómeno del envejecimiento constituye, por tanto, un reto para la ciencia y la sociedad que debe dar respuesta a los problemas psicosociales y comportamentales de este grupo

poblacional así como, desarrollar estrategias, tanto preventivas como de intervención comunitaria, que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad.² Es importante resaltar que la percepción sobre la calidad de vida de un individuo, 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.¹

Se estima que las enfermedades crónicas no transmisibles y los problemas de salud mental en los países en desarrollo representarán hasta 56 % de la carga total de enfermedad para el año 2020.² El aumento de la expectativa de vida en Cuba ha hecho objeto de especial interés en la investigación en salud a las enfermedades crónicas no transmisibles, en interés de incrementar la duración y calidad de vida de quienes las padecen. Las enfermedades crónicas no transmisibles, conjuntamente con los accidentes, actualmente, constituyen las primeras causas de muerte en el país, 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 la población cubana.³

La diabetes mellitus constituye una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial, por lo que representa un problema de salud que alcanza proporciones epidémicas en el planeta.⁴ En el año 2003, por ejemplo, la Federación Internacional de Diabetes (FID) calculó que había 194 millones de personas con ese padecimiento en el mundo, mientras que para el 2025 se calcula que esta cifra habrá aumentado de manera alarmante, hasta alcanzar los 333 millones, lo cual significa que el 6,3 % de la población mundial vivirá con la enfermedad.⁵ Cuba no escapa a esta realidad. En el 2005 ya había 356 689 personas con diabetes mellitus *dispensarizados* en todo el país, con una tasa nacional de prevalencia de 33,3 por cada 1 000 habitantes⁶ y se estima que en el 2010 habrá 624 000 casos conocidos.⁵ Por otra parte, esta enfermedad ha permanecido, consistentemente, entre las diez primeras causas de muerte, durante los últimos años y es la octava causa de muerte directa en la población cubana a cualquier edad.⁵

A nivel mundial, cada año 3,2 millones de muertes son atribuidas a la diabetes mellitus.⁷ En los países desarrollados, como los Estados Unidos de Norteamérica, la diabetes se ha notificado como la séptima causa de muerte y la causa principal de amputaciones de extremidades inferiores y ceguera en personas de 18 a 65 años. Se calcula que la diabetes cuesta a la economía de este país más de 98 millones de dólares por año en costos directos e indirectos. También se estima que las familias de bajos ingresos que apoyan a un miembro adulto con diabetes dedican el 10 % de sus ingresos para su atención.⁸ Cuando esta enfermedad 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.⁷

La diabetes mellitus afecta entre el 2 y el 5 % de la población mundial. Los estimados muestran que el mayor número de personas afectas por la diabetes (44 millones) viven en la llamada zona del Pacífico Occidental, que incluye a Australia, en los demás países de Oceanía, China y Japón. Después de esta zona sigue en número de personas, el Sudeste Asiático, del cual forma parte la India; y continúan en orden Europa, Norteamérica y el Medio Oriente.⁸

PRINCIPALES DIMENSIONES DE LA RESPUESTA ADAPTATIVA A LA DIABETES MELLITUS: FACTORES QUE MODULAN SU EXPRESIÓN EN LA EDAD GERIÁTRICA

La diabetes mellitus constituye un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia (aumento de las concentraciones de glucosa en sangre), resultado de defectos en la secreción de insulina, en su acción o en ambos. Se trata de una compleja enfermedad en la que coexiste un trastorno global del metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas.⁷

En las personas mayores de 65 años la diabetes mellitus se presenta de manera peculiar, afecta generalmente al sexo femenino (60 a 70 % de los casos son mujeres), lo que tal vez está justificado por el mayor promedio de vida de las féminas y la mayor concurrencia en estas de factores diabetógenos. Suele ser oligosintomática, de comienzo solapado, y, en muchas ocasiones, asociada con la obesidad. Aunque puede presentarse con la tríada clásica integrada por poliuria, polidipsia y polifagia; esta no es su forma de presentación habitual, sino que se diagnostica o se descubre ocasionalmente en la práctica rutinaria, por la presencia de alguna enfermedad intercurrente; mediante la presencia de síntomas inespecíficos como astenia, prurito vulvar y moniliasis oral o ambos, los cuales pueden hacer sospechar la presencia de la alteración metabólica.

Se presentan complicaciones crónicas tanto microangiopáticas (retinopatía, polineuropatía o ambas) como macroangiopáticas (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular o vasculopatía arterial periférica), así como complicaciones agudas, entre ellas, el estado hiperosmolar no cetósico y los episodios frecuentes de hipoglucemia.⁴

La prevalencia de la diabetes mellitus aumenta ostensiblemente con la edad, por lo que es una enfermedad frecuente en los ancianos. A los 75 años, aproximadamente el 20 % de la población la padece y el 44 % de los diabéticos tiene más de 65 años.^{4,8} Datos epidemiológicos recientes señalan que la diabetes mellitus es la quinta enfermedad más frecuente en la senectud, tras la artrosis, la hipertensión arterial, las cataratas y las enfermedades cardiovasculares. La edad avanzada predispone a padecer esta enfermedad, pues en la tercera edad es característica la disminución de la actividad física, el aumento del tejido adiposo, la disminución de la secreción de insulina y el aumento de la resistencia a esta hormona. En esta etapa de la vida, por enfermedades coexistentes, el anciano ingiere fármacos que son hiperglucemiantes, tales como: diuréticos, esteroides, fenitoína, niacina, efedrina, entre otros.⁴

La diabetes mellitus, como enfermedad crónica, acompaña al paciente desde su debut hasta su muerte, con períodos de mejoría y descompensación, lo afecta física y psicológicamente y puede traer como consecuencia la negación o no aceptación de la enfermedad o el abandono del tratamiento alegando "cansancio o aburrimiento", sobre todo al conocerse que no resulta curable con los medios disponibles en la actualidad.

Como el paciente cuenta con una autonomía considerable en el manejo de su enfermedad puede tomar, en muchas ocasiones, la errónea decisión de suspender las prescripciones médicas y alejarse de los servicios de salud. En la práctica médica, esta situación se presenta con bastante frecuencia, por lo que ha generado la búsqueda de variados enfoques y metodologías en el ámbito de la atención en salud que faciliten el acercamiento real al problema, fundamentalmente en relación con los conocimientos, percepciones, actitudes, temores y prácticas de las personas con enfermedades crónicas en el marco sociofamiliar.^{7,8}

A pesar del amplio despliegue de estrategias multidisciplinarias y los esfuerzos realizados hasta el presente para mejorar la calidad de vida de las personas que padecen de diabetes mellitus, todavía en las áreas de salud se constata un número no despreciable de pacientes con descontrol metabólico, y por tanto una mayor prevalencia de complicaciones derivadas de la enfermedad. 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 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.⁹

Es necesario, entonces, el estudio de la respuesta adaptativa a la enfermedad en este segmento poblacional, ya que ello permitirá identificar tempranamente hábitos y conductas de riesgo que pudieran interferir con el adecuado cumplimiento del tratamiento y el control metabólico, para desarrollar posteriormente estrategias certeras que permitan elevar la calidad de vida del paciente diabético, en edad geriátrica.

La respuesta adaptativa es el grado de adecuación psicosocial de la conducta, estado emocional y valoración del paciente en relación con su enfermedad.⁹ El estudio de este u otro tipo de respuesta, sin embargo, no permitiría comprender, describir o predecir su influencia en el comportamiento del paciente senescente sin examinar el complejo conjunto de variables personales e históricas y aspectos biológicos referidos a la salud que interactúan con el fenómeno del envejecimiento.⁹

Entre los factores, relacionados con el proceso de envejecimiento, que influyen en dicha respuesta, y por tanto deben tenerse en cuenta en este tipo de estudio se encuentran:

1. El declive o deterioro del estado intelectual o cognoscitivo, que se refiere a los decrementos relativos en las ejecuciones ante tareas intelectuales y que puede afectar la orientación, la memoria, el pensamiento, el lenguaje y otras funciones corticales superiores.¹⁰

Los problemas de memoria afectan justamente a la mitad de las personas mayores de 65 años. La frecuencia de los trastornos cognitivos varía según las clasificaciones y criterios diagnósticos utilizados en los diferentes estudios. El declive intelectual asociado a la edad se suele presentar como un trastorno aparentemente leve de la memoria para hechos recientes, cuyas manifestaciones clínicas varían en un amplio rango, desde los olvidos cotidianos y transitorios meramente subjetivos, hasta un serio trastorno de la capacidad de recordar en la zona fronteriza de la demencia.¹¹

2. Edad: se conoce que la edad explica una parte de la varianza en el funcionamiento intelectual y que son otros aspectos socioambientales en constante cambio los que parecen explicar, en mayor medida, las diferencias interindividuales.⁹

Se informa en la literatura que a partir de los 75 años se produce una disminución, más sensible que en etapas anteriores, de la comprensión verbal y el razonamiento solo por el incremento de la edad. Esta situación se agrava por la incidencia de la demencia, cuya tasa en Estados Unidos y países de Europa casi se duplica a partir de los 75 años.^{3,11}

Debido a que la mayoría de las demencias se presentan en pacientes de avanzada edad, hay que establecer con claridad las diferencias que existen entre demencia y senectud, entendiéndose esta última, como la manera natural de envejecer el ser humano y no como un proceso patológico. El anciano pierde gran parte de su inteligencia fluida, es decir, la capacidad para identificar rápidamente la relación entre varios estímulos simultáneos. Sin embargo, incrementa la denominada inteligencia cristalizada, lo que equivale a manifestar que el envejecimiento se asocia a un caudal de conocimientos, de comprensión de las comunicaciones interpersonales, de incorporación de los valores éticos y como conjunto de sabiduría.^{1,9,11}

3. La comorbilidad: a los cambios derivados del fenómeno del envejecimiento se le suman las enfermedades crónicas que padecen los ancianos. Un rasgo característico de la senectud es la coexistencia de varias enfermedades crónicas. La literatura internacional refleja que el 30 % de los senescentes padece tres o más enfermedades crónicas y que unas con otras interactúan en detrimento de su salud.³

En el caso de la diabetes mellitus, los intentos por relacionar su influencia sobre la morbilidad clínica, la prevalencia de otras enfermedades e incluso los efectos del tratamiento, son frecuentemente obstaculizados por la limitada capacidad para su diagnóstico.⁸

En el adulto mayor, enfermedades como la depresión y la demencia pueden limitar la capacidad de cumplir los tratamientos seleccionados o indicados para otras enfermedades. 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 manejo de jeringas, agujas, frascos, ámpulas; en la medición de la concentración de su glucemia por métodos de autocuantificación en el hogar, el consumo de una dieta adecuada con un aporte puntual de alimentos, entre otras exigencias, por lo que es posible que la comorbilidad modere el entusiasmo por el control metabólico estricto en determinados pacientes.^{7,8}

La comorbilidad se relaciona sustancialmente con una mayor probabilidad de aparición de discapacidad, por lo que se considera un importante factor de riesgo para su surgimiento, no solo por las consecuencias que se derivan del incremento en su número, sino por los efectos de sus combinaciones específicas, las cuales elevan el riesgo y la severidad de las alteraciones funcionales (físicas o mentales) que de ellas se derivan. La coexistencia de múltiples condiciones crónicas o morbilidad múltiple, intensifica el riesgo de discapacidad y mortalidad, y puede favorecer en el anciano el desarrollo de la fragilidad.³

La sola presencia de enfermedades no transmisibles no es suficiente como indicador del estado de salud de los ancianos, pues en ellos resulta primordial la evaluación del grado de capacidad funcional. Aunque se acepta que el envejecimiento produce disminución de las capacidades funcionales del hombre, excepcionalmente esta disminución es capaz de llevarlo a la discapacidad. Ninguna de las medidas de morbilidad permite conocer con certeza la capacidad de un individuo para funcionar normalmente en su vida diaria.³

4. Deterioro o pérdida de la capacidad funcional: que es la causa fundamental de buena parte de los problemas médicos, económicos y sociales del anciano.

La salud del anciano debe medirse en correspondencia con su funcionabilidad, la que deberá entenderse como la habilidad para realizar todas las actividades que aseguren su bienestar.^{2,3} Las mediciones del estado funcional evalúan el

funcionamiento de las personas con respecto al desempeño en las actividades de la vida diaria y el grado de dependencia que puedan tener, y constituyen un indicador resumen del estado de salud del individuo.

Existe un incremento gradual, paulatino en el riesgo de discapacidad (tanto para las actividades básicas como para las instrumentales) a medida que aumenta el número de las enfermedades crónicas no transmisibles hasta tres. Se puede producir un incremento abrupto, brusco en dicho riesgo una vez que se adiciona al menos una enfermedad y puede llegar a cuadruplicarse en las actividades instrumentales de la vida diaria.³

5. La depresión: que es el problema emocional de mayor ocurrencia en la vejez, y a la que contribuyen significativamente los cambios biológicos, psicológicos y sociales asociados al paso de los años. Se ha demostrado una asociación entre el padecimiento de enfermedades y la aparición de síntomas depresivos. Sin embargo, dicha relación está modulada por determinados indicadores como los servicios de salud y sociales, convenientes ingresos económicos, jubilación satisfactoria, ambiente enriquecido física y socialmente que amortiguan el impacto de la enfermedad sobre el estado de ánimo, entre otros.¹²

Las investigaciones demuestran que el porcentaje de depresión se ha elevado en las personas de la tercera edad. Se estima que el 15 % de las personas que superan los 65 años padece depresión y existe una clara correlación con el hecho de vivir solos.¹³

La pérdida es el tema principal que caracteriza a las experiencias emocionales de los ancianos.¹³ Tienen que enfrentarse al duelo de múltiples pérdidas (del esposo o esposa, los amigos, los familiares, los colegas), al cambio de estatus laboral y de prestigio y al declive de las capacidades físicas y de salud. Gastan cantidades elevadas de energía física y emocional en el duelo y en la resolución y adaptación a los cambios que produce la pérdida. Muchos ancianos pueden vivir en situación de duelo permanente debido a la pérdida sucesiva de personas cercanas (familiares, amigos, compañeros del hogar de jubilados). En esta situación, las continuadas manifestaciones afectivas del duelo son menos intensas, pero no desaparecen por completo.

Las personas con diabetes tienen mayor riesgo de sufrir depresión en relación con aquellos sujetos que no sufren esta enfermedad. Los pacientes diabéticos pueden sentirse solos o distanciados de sus amigos por los cuidados que deben tener. La ira está también asociada a la diabetes en la medida en que el paciente se siente amenazado.^{12,13} Al parecer la vida está saturada de temores, peligros, angustia y serias complicaciones

6. El apoyo social tiene para la vejez beneficiosos efectos para la salud y su bienestar. El apoyo social no debe ser visto sólo como transacción de ayuda material, sino también como aceptación, afecto y afirmación.¹⁴ En el contexto social se tiende muchas veces a sobrevalorar la ayuda económica como apoyo real, y subvalorar los aspectos de ayuda afectiva y moral, sin tener en cuenta si las necesidades reales que tiene la persona, en el momento del apoyo, son materiales o psicosociales.

Una ayuda brindada por alguien considerado como perteneciente a la red de apoyo, significativa para la persona, puede ser una condición importante para el desarrollo de conductas adecuadas para enfrentar la enfermedad.¹⁴ Si el sujeto puede contar con más fuentes de apoyo desde sus diferentes espacios de interacción, se

encontrará en mejores condiciones para asumir y responder a las exigencias que el proceso de enfermedad demanda.

En situaciones donde el tipo de apoyo social recibido no es el que precisamente demanda la persona necesitada o se brinda por una fuente irrelevante para esa persona, los efectos que producirá esta relación obviamente serán negativos; y quizás aún más dañinos si el proveedor del apoyo no expresa sus verdaderos sentimientos o retiene información por temor a lastimar o herir al receptor de la ayuda (o viceversa), con lo que se enrarece el proceso de interacción social, y los efectos pueden resultar sumamente dañinos para la salud y el bienestar de todos los participantes en el proceso.¹⁵

El apoyo social es un concepto de sumo interés y utilidad para los dedicados a la salud mental, en tanto pone en primer plano la significación de los factores sociales y psicológicos para la salud y el bienestar. La experiencia clínica y una cantidad cada vez mayor de resultados de investigaciones empíricas sugieren con fuerza que el apoyo social juega un papel importante en la adaptación a la enfermedad, sobre todo en el ajuste a la enfermedad crónica.¹⁵ Las personas con un sistema de apoyo social muy reducido presentan pobres estrategias de afrontamiento y menor estabilidad emocional que aquellas otras que poseen una red de relaciones de apoyo mutuo bien desarrollada.¹⁶ Muchos investigadores consideran que el verdadero apoyo social es el percibido, y argumentan que si el sujeto no percibe la ayuda ofrecida o los recursos externos que están a su disposición, difícilmente influirán sobre su salud y bienestar.¹⁴⁻¹⁶

Entre los factores o dimensiones que conforman la respuesta adaptativa a la enfermedad se encuentran:⁹ la percepción de la severidad de la enfermedad, su repercusión psicológica, las molestias asociadas, las barreras para el cumplimiento del tratamiento y la conducta de salud.

Cada paciente suele conferir un determinado significado o connotación a su enfermedad, lo cual puede percibirse como un alivio a responsabilidades y situaciones personales, es decir, como un beneficio, o más frecuentemente como un evento potencialmente estresante, como un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo. En función de ello, la persona asume, en mayor o menor grado, las exigencias que implica vivir con la enfermedad.⁹ Como se explicó, la diabetes mellitus es una entidad cuyo tratamiento requiere de seguir, de por vida, una determinada cantidad de acciones y cuidados que exigen un reajuste sistemático. Dichos ajustes son particularmente difíciles en personas de avanzada edad. El paciente debe desarrollar habilidades para el manejo de la diabetes tales como la autoaplicación y el autoajuste de la dosis de insulina, así como el manejo de instrumentos para la automedición de la concentración de glicemia, entre otros.

La persona más importante en el manejo de esta afección es el paciente mismo. El padecimiento de una enfermedad ya implica una carga estresante en el desenvolvimiento de la vida de las personas, saber cómo vivir con ella es esencial para evitar el desarrollo de complicaciones a corto y largo plazo.¹⁷

Las barreras o problemas con el cumplimiento del tratamiento se observan siempre que se requiere de su autoadministración, independientemente del tipo y la gravedad de la enfermedad y de la accesibilidad a los recursos de salud.^{9,18} Son muchos los factores que contribuyen a generar barreras para el cumplimiento del tratamiento indicado. Aunque algunos de estos factores se relacionan con la persona, influyen también, notoriamente, las características de la enfermedad y su proceso, y los atributos del sistema de asistencia sanitaria y de prestación de servicios.

Se estima que el 40 % de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades crónicas alcanza el 45 %; cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos y estilos de vida, la tasa de incumplimiento es incluso más alta.^{17,18}

El incumplimiento, a largo plazo, de los tratamientos en enfermedades como la diabetes, la depresión, las cardiovasculares o las oncoproliferativas, se ha convertido en un problema no solo sanitario, sino económico. Solo el 50 % de las personas con enfermedades crónicas cumplen con sus tratamientos en los países desarrollados, situación que se agrava en los países pobres, donde el acceso a los medicamentos está limitado por la carencia de recursos.¹⁹ Sin embargo, todo paciente que cumpla con las prescripciones médicas podrá alcanzar un mejor control de su enfermedad e incrementar o preservar su calidad de vida.

Entre las barreras más frecuentes para el cumplimiento del tratamiento se destacan las psicológicas y las de orden económico.⁹ Es reconocida la relación entre salud y personalidad, esta última como reguladora y autorreguladora del comportamiento humano a través de funciones como la autodeterminación, la flexibilidad, la variedad de intereses y proyectos futuros. El estrés o tensión emocional, la desesperanza y los sentimientos negativos, el temor a la dependencia, el sentirse estigmatizado por la enfermedad, la angustia por los posibles efectos adversos del tratamiento, otorga un papel importante a los factores psicológicos como aspecto definitorio dentro del sistema de elementos que intervienen en el proceso salud-enfermedad.²⁰

Al factor socioeconómico también se le atribuye un efecto considerable sobre el cumplimiento del tratamiento. El nivel socioeconómico deficiente, la carencia de redes de apoyo social efectivas, las precarias condiciones de vida, las creencias, inhibidores sociales y mitos populares acerca de la enfermedad y el tratamiento; las familias disfuncionales y flagelos como la pobreza, el analfabetismo y el desempleo, son algunos factores que influyen en el buen cumplimiento del tratamiento.

Por su parte, la conducta de salud está mediada por el sistema de conocimientos, percepciones, creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad, su motivación para recuperar su salud o para adaptarse adecuadamente a su condición de persona enferma, la confianza en su capacidad para involucrarse en los comportamientos terapéuticos de la enfermedad y las expectativas con respecto a los resultados del tratamiento, así como por sus actitudes, el desarrollo de los procesos volitivos y las características de sus procesos cognitivos. Otro aspecto a considerar es las redes de apoyo social y los recursos con que cuenta para la ejecución de las prescripciones.^{9,16}

Toda enfermedad repercute, en mayor o menor medida, en la vida del sujeto, provoca una ruptura de su comportamiento y modo de vida habituales y genera una situación de desequilibrio. La diabetes mellitus es un síndrome de hiperglucemia crónica cuya sintomatología determina limitaciones en el modo de vida de estos pacientes, y en muchos de ellos, el desarrollo de complicaciones crónicas que pueden llevarlos a la invalidez y a la muerte prematura. Enfrentarse a dicha enfermedad constituye un reto importante tanto en 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 devengan en una mejor calidad de vida no son siempre fáciles de asumir. Sin embargo, está bien probado que es posible promover el bienestar y prevenir o retrasar las complicaciones, a corto y largo plazos, en las personas con diabetes mellitus mediante un buen seguimiento

acompañado de un control estricto de la glucemia, y la modificación de los factores de riesgo cardiovascular.

Teniendo en cuenta el importante aporte de la diabetes mellitus a la morbilidad y mortalidad en Cuba, es de gran relevancia el estudio de la respuesta adaptativa a esta enfermedad, lo que constituye un reto para los interesados en el tema, al ser una afección generadora de altas demandas psicológicas y conductuales por parte del paciente, quién conduce gran parte de su proceso de salud, así mismo, profundizar en las respuestas adaptativas a esa enfermedad es una necesidad impostergable en el personal de salud para comprender mejor el papel del comportamiento humano en el proceso salud-enfermedad y perfeccionar las prácticas de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dueñas D, Bayarre HD, Triana E, Rodríguez V. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. Rev Cubana de Med Gen Integr [sitio en Internet]. 2009 [citado 2008];25(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200002&lng=es
2. Sánchez IY. El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [sitio en Internet]. 2008 [citado 2007];24 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200011&lng=es
3. Martínez C. Longevidad: estado cognoscitivo, validismo y calidad de vida. Rev Cubana Med Gen Integr [sitio en Internet].2006 [citado 2008];22 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100001&lng=es
4. Yanes M, Cruz J, Yanes AM, Calderín R, Pardías L, Vázquez G. Diabetes mellitus en el anciano, un problema frecuente. Rev Cubana de Med Gen Integr [sitio en Internet]. 2009 [citado 2008];25(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200011&lng=es
5. Valenciaga LJ. Día mundial de la diabetes. Rev Cubana Med Gen Integr [sitio en Internet]. 2005 [citado 2008];21(3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300001&lng=es
6. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística. Registro Nacional de Dispensarización para la Diabetes. La Habana: DNE; 2005.
7. Grupo de Diabetes de la SAMFYC (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria). Diabetes mellitus. Diagnóstico Guías clínicas [sitio en Internet]. 2003 [citado 11 Feb 2008]. Disponible en: <http://www.cica.es/aliens/samfyc/diagno-1.htm>
8. Grupo de Diabetes de la AGAMFEC (Asociación Gallega de Medicina Familiar y Comunitaria). Diabetes mellitus. Guías Clínicas 2003; 3(7). [sitio en Internet]. 2003

[citado 12 Ene 2008]. Disponible en:

http://www.fisterra.com/guias2/diabetes_mellitus.asp

9. Pérez V. Respuesta adaptativa a la diabetes mellitus y su relación con el envejecimiento. Rev Cubana Med Gen Integr [sitio en Internet]. 2004;20(4):2

10. González JL, Gómez N. Deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años del Policlínico Rampa. Rev Cubana Med Gen Integr [sitio en Internet]. 2006 [citado 2008];22 (3). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000300005&lng=es

11. Martínez C. Estudio clínico epidemiológico del síndrome demencial. Rev Cubana Med Gen Integr [sitio en Internet]. 2005 [citado 2007];21(3-4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300013&lng=es

12. González M. Depresión en ancianos un problema de todos. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(4):316-20.

13. Pérez V, Arcia N. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [sitio en Internet]. 2008 [citado 2007];24(3). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300002&lng=es

14. Lorenzo Z. Comportamiento del sistema de redes de apoyo social en familias que sufren la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr [sitio en Internet]. 2004 [citado 2008];20(5-6). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500005&lng=es

15. Reyes Guibert W. El suicidio: un tema complejo e íntimo. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2000.

16. Pérez V. Estrategia dirigida al mejoramiento de la respuesta adaptativa a la diabetes mellitus de los senescentes para mejorar su calidad de vida. Rev Cubana de Med Gen Integr [sitio en Internet]. 2008 [citado 2008];24(4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400004&lng=es

17. García R, Suárez R. La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud. Rev Cubana Endocrinol. 2007;18(1):12-4.

18. Suárez R, García R. Resultados de la extensión del programa de educación en diabetes a la atención primaria de salud en Ciudad de La Habana. Rev Cubana Endocrinol. 2005;16(2):16-21.

19. Martín L. La investigación de la adherencia terapéutica como problema de la psicología de la salud. Revista Psicología y Salud. 2004;14(1):89-99.

20. Portilla L. El paciente diabético, aspectos psicológicos de su manejo. Revista Latinoamericana de Psicología. 1991;23(2):199-205.

Auspicia: Colectivo de profesores y Comité Científico del Policlínico Docente "Ana Betancourt". Municipio Playa.

Recibido: 23 de marzo de 2010.
Aprobado: 29 de marzo de 2010.

Víctor T. Pérez Martínez. Calle H No. 360 apto 14 e/ 15 y 17. Plaza.
Teléf.: 831-0142. E-mail: victorperez@infomed.sld.cu