



Afectación de la calidad de vida en personas con enfermedades crónicas y degenerativas

Galán Cuevas, S., Alemán de la Torre, L. S. Guevara Gasca, M. P. Landeros Perez, Z. Z.*

Facultad de Psicología
UASLP

Podemos considerar que empezamos a envejecer desde el momento de la concepción, sin embargo, para fines prácticos ponemos la atención en los efectos de la denominada 3ª edad, ya que son más evidentes. Sin embargo aún existen muchas lagunas para explicar la manera tan singular en que se presenta la etapa de la senescencia y las diferencias presentes entre los seres humanos.

La psicología ha realizado contribuciones al campo de la salud, así como a proponer acciones específicas que buscan mantener sanos a los sujetos y a estudiar una gran cantidad de enfermedades con el propósito de buscar la forma en que estos pueden recuperar su salud, o en su caso, el de disminuir afecciones provocadas por estados patológicos algunas veces considerados irreversibles, por medio de intervenciones curativas y preventivas. La mejor manera de hacerlo es implementando modelos psicosociales de atención a la salud, aquí el individuo es protagonista del control sobre el cambio del comportamiento, control que tendrá sobre la “cognición” y sobre sus intenciones y motivaciones desde el principio hasta el final del proceso y del cambio inclusive. La autorregulación caracteriza el cambio conductual.

En la Facultad de Psicología de la UASLP, se llevan a cabo protocolos dirigidos a tres aspectos en particular, a) el envejecimiento desde la perspectiva biopsicosocial y los efectos en la calidad de vida b) los efectos de la diabetes mellitus tipo 2 y la manera en que podemos contribuir a su control y c) los efectos del estrés, la depresión y la ansiedad en la insuficiencia renal crónica en fase substitutiva.

a) El envejecimiento desde la perspectiva biopsicosocial.

Se pueden señalar dos aspectos importantes, lo que se considera envejecimiento exitoso, esto es, aquellas personas que tienen pocos o ningún padecimiento crónico y las que presentan de manera degenerativa diversas patologías.

En el primer caso, estamos interesados en investigar los procesos a través de los cuales las personas envejecemos, tanto en adultos que viven con su familia, como aquellos que necesariamente tienen que vivir en una institución. En ambas situaciones se abordan los aspectos psiconeuroinmunológicos, esto es como influyen las condiciones psicológicas sobre el Sistema Nervioso Central y a su vez, sobre el Sistema Inmunológico.

Las enfermedades crónicas repercuten en el bienestar y calidad de vida de quienes las padecen, aunque también producen un efecto importante entre sus allegados, ya que puede aumentar el estrés psicológico y a su vez incrementa el riesgo de sufrir algún trastorno mental como la depresión, la ansiedad o el estrés. Su solo diagnóstico implica reconocer la pérdida del estado de salud, además de poner en marcha mayor cuidado y nuevas rutinas que permitan seguir las instrucciones del equipo de salud. Estas condiciones dependen del conocimiento y la motivación de la persona. En cambio no realizarlas, puede llevar a la persona a sufrir complicaciones que puede ocasionar daños a su salud y sentimientos de culpa y temor.

El impacto de las enfermedades crónicas y sus tratamientos tradicionales se han evaluado en términos de morbilidad y mortalidad, sin embargo en los últimos años se ha despertado el interés por la evaluación de la calidad de vida de las personas, debido a que esta es una importante variable de resultado de las intervenciones (Velarde, 2002).

La Psiconeuroinmunología (PNI) es el estudio de la interacción entre el subsistema psicológico, neurológico e inmunológico. Su complicada interacción nos permite obtener indicadores sobre el estado de enfermedad o de bienestar de los seres humanos.

El número de células linfocitarias, células NK y las diversas causas de su disminución contribuyen a obtener niveles bajos en el sistema inmune y una alta posibilidad de tener depresión (Waymond & Michael, 1999). Entre los resultados que se obtuvieron en el asilo en donde se puede observarlo siguiente (figura 1.1):

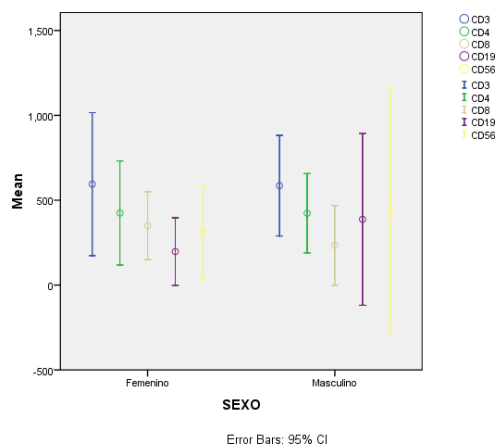


Figura 1.1. Comparación de los niveles linfocitarios de los adultos mayores hombres y mujeres.

Se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage, y otros, 1982) y se observó que los adultos mayores presentaban una media de 13.17, con una desviación estándar (DE) de 3.78. (Tal y como se puede observar en la Fig. 2).

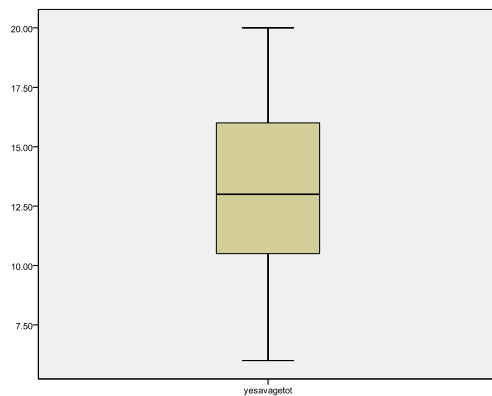


Figura. 2 Resultados de los niveles de depresión que presentan los adultos mayores en el asilo

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato SI y NO.

Si se observan los resultados obtenidos son los participantes y los rangos para calificarlos podemos decir que el 80% de los adultos mayores del asilo se encuentran en el rango de depresión leve-moderada a moderada-severa y un 20% no presentan depresión o se encuentran en el rango de depresión normal.

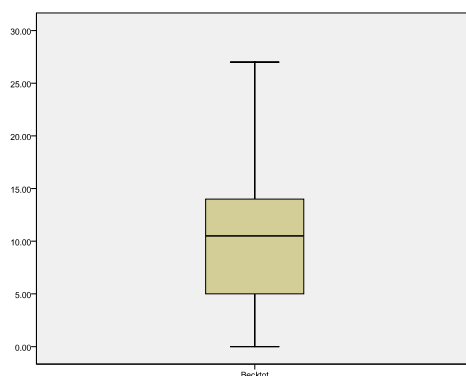


Figura 3. Resultados de la escala de depresión de Beck en adultos mayores.

Se observa en la figura 3 que la media de los adultos mayores en la aplicación de la escala de depresión de Beck se obtuvo una media de 10.3 con una desviación estándar (DE) de 6.3 en todos los sujetos.

El inventario de depresión de Beck es un auto informe de 21 ítems diseñado para evaluar las características afectivas, cognitivas, fisiológicas y motivacionales de la depresión tanto en términos de presencia como de severidad, cada reactivo se califica en una escala de cero a tres que resulta en una puntuación que va en rango desde 0 hasta 63, cuanto mas elevada es la puntuación mas severa es la depresión, se encontró un punto de cohorte para el diagnostico de depresión con este instrumento es de 14 es decir, que para diagnosticar un estado depresivo el puntaje de la prueba debe de ser 14 o más.

Los porcentajes a observar nos dicen que el 40% de los adultos a quienes se les aplicó esta escala presentan niveles de depresión y el 60% no presenta algún cuadro depresivo.

b) Calidad de vida y diabetes mellitus tipo 2

La Diabetes Mellitus (DM) es una afección metabólica, de carácter permanente, de origen heterogéneo y multicausal, que impide la normal utilización de azúcares, proteínas y grasas, debido a que el páncreas no produce suficiente insulina, o cuando el cuerpo no puede utilizar la insulina producida de un modo eficaz. Esto ocasiona un aumento de glucosa en la sangre, que puede dañar gravemente diversos órganos corporales, sobre todo los vasos sanguíneos y los nervios; es una condición crónica en la cual el cuerpo no produce insulina o no la utiliza apropiadamente resultando en hiperglucemia o en exceso de glucosa en la sangre (OPS, 2001, citado por Gómez, 2001).

Esto ha llevado a proponer diversos modelos que intenta explicar las razones por las cuáles las personas se enferman o se mantienen sanas, que van desde la postura animista hasta la relación entre la conducta, los estilos de vida y la respuesta inmunológica (Galán, 2004).

La Diabetes Mellitus es una condición crónica que afecta a poco más de 143 millones de personas a nivel mundial (Jimenez, 2007). Latinoamérica (LA) incluye 21 países con casi 500 millones de habitantes y se espera un aumento del 14% en los próximos 10 años. Existen alrededor de 15 millones de personas con DM en LA y esta cifra llegará a 20 millones en 10 años, mucho más de lo esperado por el simple incremento poblacional (Ponce, 2002).

México presenta un problema serio de salud con una prevalencia alta y en aumento. Desde 2005 la diabetes ocupa el primer lugar de mortalidad a nivel nacional. De acuerdo el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), durante 2007 se registraron 21,388 fallecimientos por diabetes, de los cuales 15,931 -casi el 75%- correspondieron a personas mayores de 60 años (IMSS, 2007).

A pesar de años de estudio acerca de ella, la gran diversidad individual de respuesta hacia esta enfermedad, es una constante que implica especial atención. Las personas son diferentes y por ende se llegan a comportar de distintas formas ante una misma situación, a menudo inesperadamente (Soek, 2001).

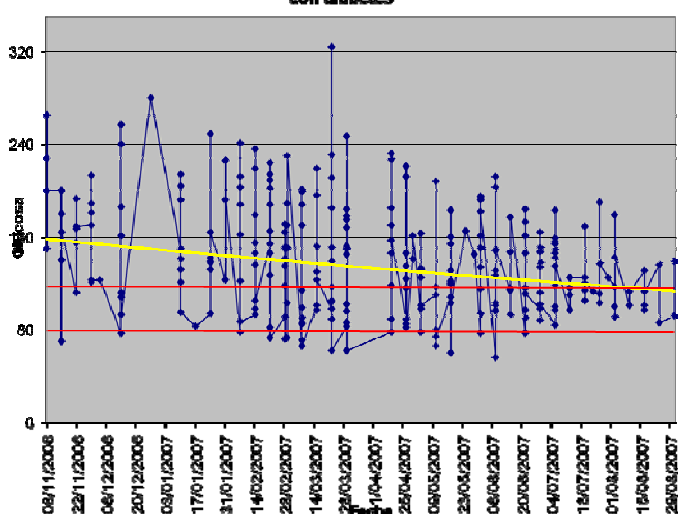
Se ha encontrado que una mejor calidad de vida en adultos con diabetes está asociada con mayor apoyo social, autoeficacia, actividad física y ausencia de complicaciones de salud y trastornos psiquiátricos (Jiménez, 2007). Para lograr una mejor calidad de vida, y en virtud de que gran parte de la responsabilidad hacia el seguimiento del tratamiento recae sobre el comportamiento el paciente (Rivera, 2005), el tratamiento psicológico de las áreas afectadas por el proceso deberá permitir al paciente la restauración y/o mejora de su adherencia terapéutica.

El reciente desarrollo de la psicología de la salud propone alternativas de atención que ayudan al paciente a conocer diversas formas en que puede hacerse cargo de una parte del control de su enfermedad, básicamente mediante un entrenamiento psicológico (Galán, 1993). En la actualidad, existe un consenso unánime de que la educación organizada y sistemática del paciente diabético, con buenas orientaciones sobre formas de conductas saludables, a través de charlas y

conferencias de corte popular, impartidas por médicos u otro personal afín, produce un decrecimiento significativo en cuanto a mortalidad, complicaciones y costos de esta enfermedad, mejorando la calidad de vida del/la paciente (Jiménez, 2007). Está claro que el manejo de la diabetes está en manos del propio paciente y los profesionales de la salud se deben enfrentar a la difícil tarea de: educar, ya que a pesar de todos los avances en el tratamiento de la diabetes, la educación del paciente sobre su propia enfermedad sigue siendo la herramienta fundamental para el control de esta.

La figura No. 4 muestra los niveles de glucosa del grupo por sesión, se puede observar que en la medida que avanzó el curso de formación, los niveles de glucosa disminuyeron. Las líneas en rojo señalan los niveles óptimos de glucosa (80 a 120 mg), y la línea amarilla es la pendiente que siguieron las puntuaciones medias de glucosa.

Fig. 4: Niveles de glucosa del grupo de personas con diabetes



Fuente: Registro Semanal

El análisis individual de la glucosa se realizó a través de mediciones repetidas por cada uno de los participantes. Se señala que en la medida que mas participaciones hubo, mejores controles se efectuaron, sin embargo, los participantes que acudieron a menos del 50% de las sesiones, no se observaron cambios en los niveles de glucosa.

c) Calidad de vida e insuficiencia renal crónica

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en México, constituye un problema grave ya que en los últimos años ha atacado a un número considerable de personas y esto hace que pertenezca a este grupo de enfermedades crónicas, sus causas más frecuentes son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, nefritis, obesidad y los factores hereditarios que también intervienen. Afecta la calidad de vida al producir un daño en los riñones que es irreparable. Los pacientes con IRC presentan además trastornos psicológicos como depresión, ansiedad y estrés que afectan de manera importante su vida en todos los sentidos, familiar, laboral, escolar y social, motivo por el que surge la propuesta del presente proyecto.

Los pacientes con IRC presentan además trastornos psicológicos que afectan de manera importante su vida en todos los sentidos, familiar, laboral,

escolar y social; el estar enfermo conlleva una ruptura con la actividad normal que se realiza en todos estos contextos. Al estar enfermo se tienen dos sentimientos muy característicos: por un lado el temor de que tan grave es la enfermedad y por otro lado la idea de incapacidad, de que actividades ya no se podrán realizar. El paciente sometido a hemodiálisis no sólo siente un órgano afectado, sino todo el cuerpo, el paciente se ve sometido a permanentes pérdidas, afectando su convivencia familiar y social. Comienzan a vivir situaciones de angustia acompañadas por sentimientos de incapacidad, ansiedad, estrés, disminución del interés o del placer en todas las actividades, depresión en diferentes grados, irritabilidad y disfunción sexual. Su proceso de enfermedad está en un continuo y constante deterioro, por lo que es importante trabajar con estos aspectos para darles herramientas para poder sobrellevar de mejor manera su situación (Vinokur & Bueno, 2002).

Los pacientes con IRC en fase sustitutiva llevan por las mismas características de la enfermedad una vida muy complicada, dependen de una máquina, de la atención del personal especializado y sobre todo de la atención y el apoyo de su familia, algunos pierden su trabajo y emocionalmente presentan diversas complicaciones psicológicas como una esperanza de vida poco alentadora, disminución en su percepción de calidad de vida que trae como consecuencia la ansiedad, estrés y depresión. Con esto surge la necesidad de implementar nuevas estrategias psicológicas de intervención que les den herramientas para afrontar de mejor manera su enfermedad y situación familiar, y otro tratamiento que incluya el ejercicio físico como alternativa para retrasar el proceso de la enfermedad.

Conclusiones

Desde la óptica de la Salud Pública, la Psicología y la Salud o la Medicina Conductual, se observa un panorama sombrío sobre el crecimiento de las enfermedades crónicas. Los modelos para su atención, desde el modelo estrictamente médico, no contemplan un enfrentamiento exitoso en los años futuros, sin embargo, si cambiamos hacia un paradigma integral, en donde se observen los determinantes para la salud psicológicos y sociales, y en donde se interactúe con los biológicos, la perspectiva puede cambiar de manera drástica. Consideramos que las aportaciones psicológicas serán una herramienta muy importante en los años futuros.

Referencias

- Díaz, L., & Galán, S. (1993). *Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo II. (Versión electrónica)*. Recuperado el 4 de agosto de 2008, de Rev. Salud Pública de México. Vol. 35. No. 2.
- Galán, S., & Sánchez, E. (2004). El enfoque de la salud desde la perspectiva psiconeuroinmunológica. *Psicología y salud*. 14(2). 279-284.
- Gómez, C. (2001). *Nutrición en atención primaria*. Salud Rural (Versión electrónica). Vol.1. N° 17.

- IMSS. (2007). *El papel del derechohabiente en la prevención y control de la diabetes mellitus*. Rev Med Inst Mex Seguro Soc.(Versión electrónica) Vol. 45. n° 2:
- Jiménez, M. (2007). *Psicodiabetes. (Versión electrónica)*. Recuperado el 4 de AGOSTO de 2008, de Avances en Psicología Latinoamericana. 2007. Vol. 25, no. 1.p. 126-143.: http://www.urosario.edu.co/FASE1/medicina/documentos/facultades/psicologia/Vol25N1/10_Psicodiabetes_aplVol25N1.pdf
- Ponce, C. (OCTUBRE de 2001). *Perfil clínico y análisis de la evolución de los pacientes con complicaciones agudas de la diabetes mellitus en el Hospital escuela enero-OCTUBRE 2001*. Recuperado el 4 de AGOSTO de 2008, de REV MED POST UNAH. (Versión electrónica). Vol. 7 No. 3.: www.bvs.hn/RMP/pdf/2002/pdf/Vol7-3-2002-5.pdf
- Rivera, A. (s.f.). *Efectos de una intervención cognitiva conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales*. Obtenido de (Versión electrónica) *International Journal of Clinical and Health Psy.*
- Snoek, F. (2001). *Psychology in diabetes care. Editorial Wiley. England*. Recuperado el 4 de agosto de 2008
- Velarde, J., & Ávila, F. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Publica en México*, 349-361.
- Vinokur, E., & Bueno, D. (2002). Aspectos psicológicos del paciente renal. *Rev. Nefrol. Diál. y Transpl., N° 56*, 11-14.
- Waymond, J., & Michael, I. (1999). Reduction of Natural Killer Cytotoxic Activity in Major Depression: Interaction Between Depression and Cigarette Smoking. *Psychosomatic Medicine*, 263-270.
- Yesavage, J., Brink, T. L., Rose, T., & Lum, O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 37-49.

Dirigir comunicaciones a: *sgalanc55@gmail.com, alemancita0485@hotmail.com, bloomo19@yahoo.com.mx, zairis01@hotmail.com

