

Capacidades especializadas de autocuidado y adaptación de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Specialized capacities of self-care and adaptation of the patients with diabetes mellitus type 2

M. en C. Andrés Maya-Morales¹, M. en C. Josefina Hernández-Silva², M. en C. José Ángel Luna-Rojas²

Resumen

Introducción. La diabetes mellitus es una enfermedad crónico-degenerativa que se ha incrementado en forma explosiva. Los recursos destinados a la prevención y control del padecimiento resultan ser insuficientes. Hoy en día, la diabetes mellitus es una de las principales causas de mortalidad en el país y la primera causa de muerte hospitalaria. Este estudio estuvo dirigido a evaluar el impacto en las capacidades de autocuidado especializado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, posterior a una intervención educativa.

Material y métodos. Se realizó estudio cuasi-experimental en pacientes de la Jurisdicción Sanitaria Miguel Hidalgo del Distrito Federal. La muestra la conformaron 38 pacientes divididos en un grupo experimental y un grupo control. La valoración incluyó datos socio-demográficos, las capacidades especializadas, adaptación al padecimiento y acciones de autocuidado. Una vez obtenida la información se identificaron los principales diagnósticos de enfermería y se diseñó el plan de intervención, para el cual se contó con la participación de personal especialista en las áreas de nutrición y psicología.

Resultados. Seis meses posteriores a la intervención se realizó la segunda medición encontrando los siguientes resultados: en el grupo experimental se logró incrementar las capacidades especializadas de autocuidado de 69.47% a 82.33%. Así mismo, mejoró la adaptación al padecimiento de 76.85% a 84.46%. Otros indicadores que registraron disminución fueron el nivel de glucemia y el índice de masa corporal.

Conclusiones. Las capacidades especializadas de autocuidado están directamente relacionadas con la adaptación al padecimiento. El conocimiento no garantiza las acciones de autocuidado. La baja autoestima y falta de aceptación representan las principales barreras para la implementación de acciones de autocuidado. La intervención multidisciplinaria incrementa las capacidades especializadas de autocuidado. *Rev. CONAMED. 2008; 13 supl 2: 30-35.*

Palabras clave. Autocuidado, diabetes mellitus, capacidades, adaptación.

Abstract

Introduction. Diabetes mellitus is a chronic degenerative illness that has been increased in explosive form. The resources dedicated to the prevention and control of this disease are insufficient. Nowadays the diabetes mellitus is one of the main causes of mortality in the country and it is the first cause of hospital death. **Objective.** This study was directed to evalu-

¹Profesor de Tiempo Completo Titular "B" de la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional.

²Profesor de Carrera de la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional.

Correspondencia. Av. Gasoducto No. 321-24 Col. San Pedro Xalostoc. Ecatepec Estado de México. C.P. 55310. Correo electrónico: mayaeseo@hotmail.com o amayam@ipn.mx.

ate the impact in the capacities of specialized self-care in patients with diabetes mellitus type 2, after an educational intervention.

Material and methods. It was carried out a quasi experimental study in patients of the Sanitary Jurisdiction Miguel Hidalgo of the Federal District. The sample conformed it 38 patients, divided in an experimental group and a control group. The evaluation included sociodemographic data, the specialized capacities, the adaptation to the disease and the self-care actions. Once obtained the information, the main nursing diagnoses were identified and an intervention plan was designed, for which had the participation of specialized personnel in nutrition and psychology areas.

Results. Six months after the intervention, it was carried out the second mensuration with the following results: in the experimental group it was possible to increase the specialized capacities of self-care of 69.47% to 82.33%. Also it improved the adaptation to the disease, from 76.85 to 84.46%. Other indicators that registered decrease were the value of the glycemia and of corporal mass index.

Conclusions. The specialized capacities of self-care are directly related with the adaptation to the disease. The knowledge doesn't guarantee the actions of self-care. The low self-esteem and the lack of acceptance constitutes the main barriers for the implementation of the actions of self-care. The multidisciplinary intervention increases the specialized capacities of self-care.

Key words: Self-care, diabetes mellitus, capacities, adaptation.

Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica y de tratamiento complejo; representa un problema de salud pública debido al incremento en su incidencia en los últimos años. Hoy en día, este padecimiento es el principal motivo de consulta en unidades de medicina familiar y la tercera causa de mortalidad del país. Se calcula que una de cada cuatro personas es portadora de uno o dos genes, por medio de los cuales se transmite la enfermedad de padres a hijos.¹

En México, más de 6.5 millones de personas padecen esta enfermedad, de las cuales 35% lo ignoran.² La diabetes mellitus es una enfermedad crónico-degenerativa que ocasiona complicaciones, invalidez y muertes prematuras. Las complicaciones pueden ser de dos tipos: las agudas, que ocurren de días a semanas conduciendo casi siempre a la hospitalización del paciente, y las crónicas, que se desarrollan en meses o años de enfermedad. Estas últimas determinan no sólo el pronóstico de vida del paciente, o esperanza de vida sino también su "calidad de vida".

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) realizó un estudio en 20 060 sujetos del Distrito Federal a quienes se les determinó glucemia capilar. La investigación reportó un incremento en la prevalencia relacionada básicamente con cuatro factores de riesgo: edad mayor de 40 años, hipertensión arterial, antecedentes familiares de diabetes e índice de masa corporal alto. Este incremento en la prevalencia varió desde 0.3% en los sujetos sin factores de riesgo hasta 7.9% en aquellos con los cuatro factores de riesgo. Durante el año 2004 el IMSS otorgó 8.54 millones de consultas de medicina familiar, de las cuales 2 334 340 fueron para pacientes diabéticos, demanda que equivale a 13% de las consultas otorgadas en medicina familiar durante ese año. Las delegaciones que concentraron el mayor número de diabéticos fueron el Distrito Federal con 12.8%, Estado de México Oriente 8.5% y Nuevo León 7.8%.

Ante esta situación y con el fin de evitar la aparición de complicaciones a temprana edad, se requiere disminuir el valor de la glucosa sanguínea a niveles cercanos a lo normal. Para ello es necesaria la participación activa del paciente, a través del desarrollo de capacidades de autocuidado que le permitan tener un mejor control de su enfermedad. Un aspecto básico a considerar como parte del tratamiento es la reducción del grado de obesidad, la cual se asocia a la diabetes mellitus tipo 2 en 73%.³

Sin duda la educación sanitaria constituye un elemento importante en la prevención y control de la enfermedad. No es posible introducir la dieta, el ejercicio y la medicación sin haber informado al paciente sobre su importancia y sin motivarlo para que adquiera protagonismo en el control del padecimiento, aun en aquellos que ya han estado en contacto con la información durante largo tiempo.⁴

La educación puede realizarse de forma individual o grupal. Una forma no excluye a la otra, sino que ambas son complementarias. La elección depende del momento, situación y necesidades del paciente. La educación individual al adaptarse a las características del paciente puede ser muy efectiva. Está indicada siempre al inicio de la enfermedad o cuando se comienza tratamiento con insulina o en periodos de descompensación o de estrés en la vida del paciente. La educación grupal está indicada en fases posteriores, después de la educación individual. El grupo puede actuar como motivador y reforzador.⁵

Educar no es informar; cuando se informa simplemente se transmiten conocimientos; el proceso educativo es algo mucho más complejo; en el aprender influyen múltiples factores: la complejidad del conocimiento, factores personales: edad, nivel de instrucción, creencias, experiencias de enfermedades anteriores, factores psicológicos, entre otros y factores ambientales: familia, amigos, trabajo, ocio, recursos, por señalar algunos. El aprendizaje se realiza en tres niveles que son: el cognitivo o conocimiento, el afectivo que implica las creencias, experiencias, actitudes y el psicomotor.



Actualmente se reconoce a la educación terapéutica como la piedra angular para informar, motivar y fortalecer a pacientes y familiares para que aprendan a vivir con la diabetes mellitus tipo 2; así también se sabe que el impacto de la educación debe evaluarse a través de los cambios en la conducta, habilidad y actitud.⁷

En promoción a la salud es común el uso de los términos educación, instrucción, enseñanza e información; todos se centran básicamente en el conocimiento, no obstante se recomienda utilizarlos adecuadamente según el propósito y alcance esperados. Aun cuando no existe una definición propia de educación del paciente, se reconocen los siguientes principios generales que rodean el proceso educativo: implica un proceso activo, propicia el apoyo de pacientes y familiares, facilita la toma de decisiones para enfrentar la enfermedad y establece un sistema para evaluar y supervisar el grado de cambio.⁶

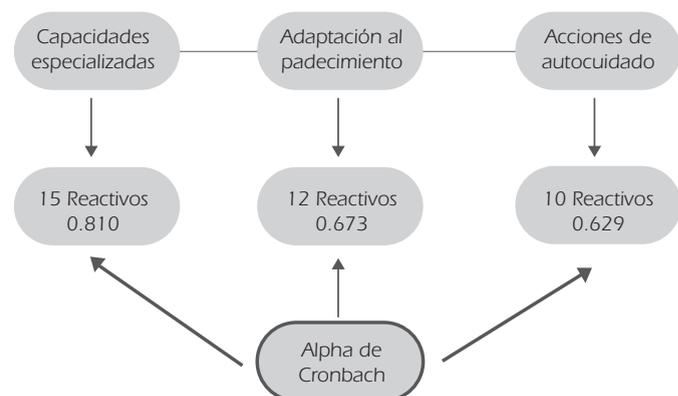
El propósito del estudio fue evaluar el impacto en las capacidades especializadas de autocuidado en un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, posterior a una intervención educativa bajo dos supuestos: primero, las capacidades de autocuidado especializado que se relacionan con la adaptación al padecimiento y segundo, los programas educativos incrementan las capacidades de autocuidado especializado. Esto con el fin de incrementar las evidencias que fundamenten que las intervenciones de tipo educativo se constituyen y contribuyen a demostrar a los profesionales de enfermería la necesidad de privilegiar la educación de los pacientes con afecciones crónico-degenerativas.

Material y métodos

Se realizó un estudio cuasi experimental. La población la conformaron pacientes que padecen diabetes mellitus tipo 2 de la Jurisdicción Sanitaria Miguel Hidalgo de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal. La muestra estuvo integrada por 38 participantes, mismos que se dividieron en grupo experimental (20) y control (18). La primera valoración permitió identificar los déficit de autocuidado, mismos que se consideran en el diseño del programa educativo. El programa duró dos meses con sesiones semanales (individuales y grupales); incluyó información sobre dieta, ejercicio, tratamiento farmacológico, signos de alarma, auto-monitoreo, adaptación y autoestima. Las sesiones individuales se llevaron a cabo en el domicilio de los participantes. Las visitas domiciliarias las realizaron cinco enfermeras, previamente capacitadas; el propósito fue ofrecer información personalizada, además de verificar algunos datos de la valoración. Las sesiones grupales se desarrollaron en una segunda etapa, en los centros de salud; a estas reuniones fueron invitados especialistas en nutrición y psicología. En ocho casos hubo necesidad de continuar

con sesiones individuales de apoyo psicológico, dado que los pacientes presentaban serios problemas de depresión y baja autoestima. Durante el desarrollo del estudio se contó con el apoyo de los responsables del programa: médicos, enfermeras y trabajadoras sociales, quienes brindaron las facilidades para llevar a cabo las sesiones grupales, además de colaborar en la búsqueda del paciente. Seis meses posteriores a la primera valoración se realizó una segunda medición a fin de verificar el comportamiento de las variables y evaluar la intervención. Se eliminaron cuatro casos: dos por cambio de domicilio y dos que retiraron el consentimiento por haber iniciado atención con medicina alternativa y no disponer de tiempo para tomar las sesiones.

El estudio se apegó a los principios éticos y científicos que establece el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en sus artículos 13, 14, 17, 20 y 21. En todo momento se respetó la dignidad de los pacientes; previa explicación del propósito y desarrollo del estudio, se solicitó el consentimiento informado por escrito. El análisis estadístico se realizó con apoyo del programa estadístico SPSS versión 11.0. La valoración pre y postintervención incluyó datos sociodemográficos, somatometría y niveles de glucemia. Además se aplicaron tres instrumentos: capacidades especializadas de autocuidado con 15 reactivos, adaptación al padecimiento, 30 reactivos y acciones de autocuidado con 10 reactivos. Los tres instrumentos fueron diseñados con escala de medición categórica ordinal. Con apoyo del programa SPSS se determinó el porcentaje de las tres escalas lo cual permitió utilizar estadística inferencial con pruebas paramétricas. La consistencia interna de los tres instrumentos se determinó a través del coeficiente de Alpha de Cronbach (Fig. 1).
Figura 1. Consistencia interna de los instrumentos de medición.



Resultados

Dadas las características de la investigación se implementó una intervención educativa en pacientes que asisten a los grupos de ayuda mutua de los centros de salud Brioso Vasconcelos, México España y Lago Cardiel (Fig. 2).

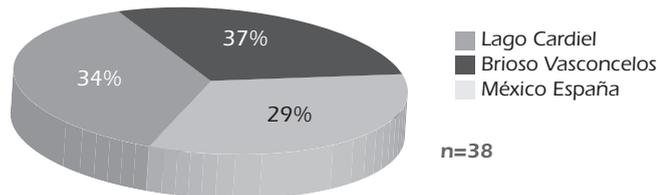


Figura 2. Participantes en el estudio por Centros de Salud.

En la investigación participaron pacientes de ambos géneros; 24 corresponden al género femenino y 14 al masculino. La ocupación de los participantes fue: 22 amas de casa, 2 empleados de oficina, 3 desempleados y 11 jubilados o dedicados al comercio. Con respecto a la escolaridad, la mayoría cuenta con estudios de primaria (52.6%), seguidos por aquellos que concluyeron la secundaria (18.5%) y en menor proporción otros niveles académicos.

Un indicador básico para conocer el control de la enfermedad es la glucemia. Para fines del estudio se realizó la determinación de glucemia capilar a través de glucómetro (MediSense Precisión Q-I-D). Con relación al valor de la glucemia pre y postintervención, ésta presenta un ligero descenso en el grupo experimental de 152 a 142 mg/dL.

Otro indicador de gran valor en la valoración del paciente con diabetes mellitus tipo 2 es el índice de masa corporal (IMC), mismo que se determinó con referencia a la talla y el peso del participante registrados en la primera y segunda valoración. Los valores obtenidos mostraron un mayor descenso del IMC en los pacientes del grupo experimental el cual disminuyó de 28.74 a 27.64. A diferencia de lo anterior, en el grupo control se observó un menor descenso, en la primera valoración alcanzó un IMC de 28.37 y en la segunda medición de 28.11 (Fig. 3).

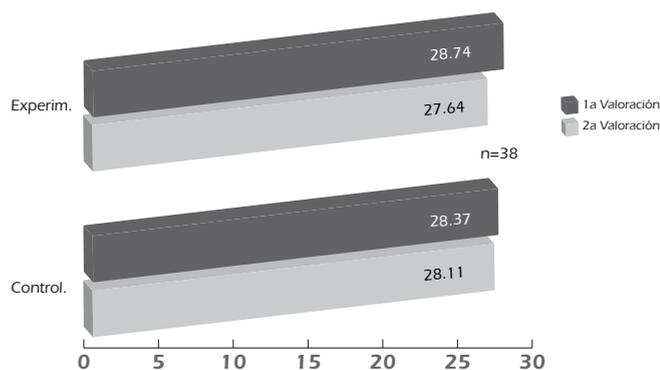


Figura 3. Índice de masa corporal de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 pre y postintervención educativa.

Al comparar las capacidades especializadas de autocuidado de los pacientes se observó un mayor incremento de capacidades en los sujetos del grupo experimental, las cuales aumentaron de 69.47% a 82.33%; situación que hace evidente los beneficios del programa educativo. La capacitación permitió disminuir dificultades y adquirir nuevos conocimientos que propicia en los participantes un mejor control del padecimiento (Fig. 4).

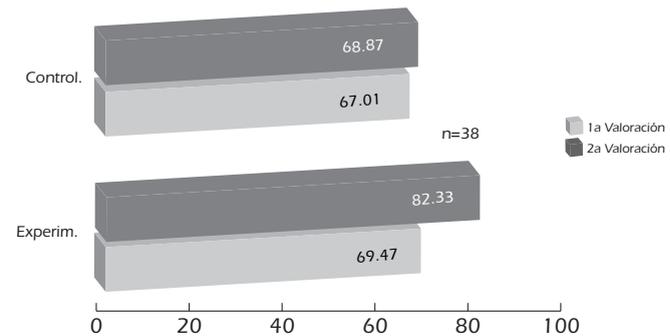


Figura 4. Índice de autocuidado especializado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 pre y postintervención educativa.

Con relación a las acciones de autocuidado que realizan los pacientes a favor del control de la enfermedad se encontró que, previo a la intervención, los pacientes desarrollaban 47.65% de las acciones y posterior a la capacitación se incrementaron a 57.61%. A pesar de este incremento (10%), el grupo continúa con un déficit importante de acciones (Fig. 5).

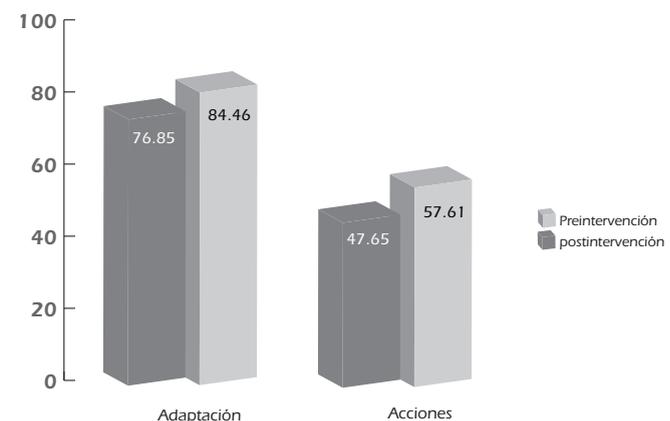


Figura 5. Relación de los índices de adaptación y capacidades especializadas de autocuidado en el grupo experimental.

La adopción de medidas de control de los pacientes que padecen diabetes mellitus tipo 2 depende en gran parte del grado de adaptación que tengan de la enfermedad. Al comparar los índices de adaptación a la diabetes, se encontró que en la primera medición el índice de adaptación de los participantes era de 76.85%, este porcentaje se incrementó en la segunda medición a 84.46%, favore-



ciendo una actitud positiva ante la vida, con mayor disposición para realizar los cambios necesarios que le permitan el desarrollo de una vida plena (Fig. 5).

La comprobación de las hipótesis de trabajo se realizó a través de las siguientes pruebas estadísticas de inferencia. Para responder al supuesto que establece la relación entre las capacidades de autocuidado especializado con la adaptación a la diabetes, se aplicó coeficiente de correlación de Pearson el cual resultó ser de 0.383 con una significancia de 0.018; a mayor adaptación, mayor es la capacidad especializada de los pacientes (Fig. 6). Para responder a la hipótesis que plantea si un programa educativo interdisciplinario incrementa las capacidades de autocuidado, se calcularon los índices de las escalas utilizadas y se compararon los valores de las medias, resultando mayores en la etapa posterior a la intervención educativa. Para saber si esta relación estadísticamente es significativa se aplicó t de Student para muestras pareadas ($t = 3.238$, $P = 0.018$).

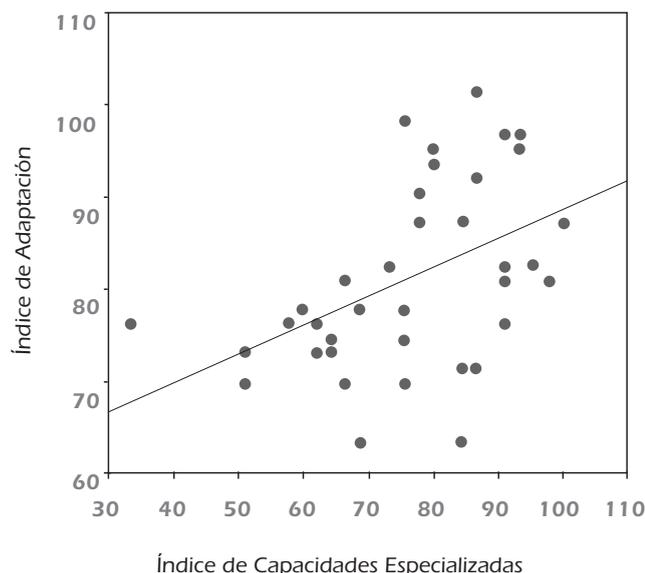


Figura 6. Relación de los índices de adaptación y capacidades especializadas de autocuidado.

Discusión

Los resultados del estudio son diversos y representan un referente importante para los profesionales de la salud que participan directamente en la prevención y control de la diabetes mellitus tipo 2. La investigación permitió conocer los beneficios de un programa educativo dirigido a un grupo de pacientes con este padecimiento.

La investigación ratifica la responsabilidad del personal de enfermería de transmitir información importante referente a las necesidades de atención derivadas del padecimiento y apoyar la modificación de conducta en estos pacientes.⁸ Así mismo, se comprobó que los programas educativos

contribuyen a que el paciente lleve un mejor control de su padecimiento lo cual coincide con lo reportado por Chiza y colaboradores quienes demostraron que la capacitación causa impacto positivo en el control metabólico y parámetros clínicos.⁴ Así mismo, concuerda con lo reportado por Salazar, Mora y Arguedas, quienes posterior a una intervención concluyen que un mejor conocimiento puede generar un mejor manejo del tratamiento y control de la glucemia.⁹

La educación es la estrategia fundamental en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2; la meta es facilitar cambios positivos en el comportamiento y no simplemente transferir conocimientos. Por medio de intervenciones educativas efectivas se puede lograr la adherencia al tratamiento de esta enfermedad y así contribuir a retardar o reducir sus complicaciones.¹⁰

El trabajo constante con los sujetos del estudio hizo evidente que los espacios y recursos de los servicios de salud son limitados para el control de su padecimiento. Los pacientes demandan tiempo y disposición de los profesionales de la salud para compartir dudas e inquietudes relacionadas a su enfermedad; esto se relaciona con lo reportado por Gallegos quien refiere que los programas establecidos son insuficientes e incapaces de influir verdaderamente en la población.¹¹ Con frecuencia los pacientes manifiestan cambios de hábitos, actitud, miedos y ansiedad causados por la rigidez de un sistema estereotipado que no ha podido lograr disminuir el aumento de enfermedades crónico-degenerativas ni el fomento del autocuidado.¹²

Se concluye que las capacidades de autocuidado especializado del paciente con diabetes mellitus tipo 2, se relaciona directamente con la adaptación a la diabetes mellitus. Las acciones de autocuidado de la persona con diabetes mellitus tipo 2, tienen relación directa con la adaptación al padecimiento. A mayor adaptación mayores capacidades de autocuidado presenta el paciente. El conocimiento sobre los cuidados del padecimiento no garantiza las acciones de autocuidado de los pacientes.

Los programas educativos multidisciplinarios encaminados a controlar la diabetes mellitus tipo 2, incrementaron el desarrollo de capacidades de autocuidado, expresadas éstas en un mejor control metabólico, pérdida de peso y desarrollo de acciones que favorecen su control, como el automonitoreo y mejor manejo alimenticio. Desde el punto de vista afectivo, se identificaron problemas de depresión y baja autoestima, lo cual mejoró en forma significativa con la participación de un psicólogo.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Intensifica la Secretaría de Salud Acciones de Prevención contra la Diabetes. Comunicado de prensa No. 291. 30 de Diciembre de 2003.
2. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Estadísticas Vitales. <http://www.inegi.gob.mx>. Acceso. 20 Mayo de 2005.

3. Rodríguez O, Arauz A, Rosello M, Jiménez M, Vargas M. Efecto de un modelo educativo en diabetes mellitus sobre el control metabólico. Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. 1998; 6: 205-11.
4. Chiza M, Guffanti G, De la Torre W, Suárez I, Guerrón A, Bernal N. Educación nutricional intensiva intrahospitalaria y los factores de riesgo cardiovasculares en la diabetes tipo 2. Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. 1997; 5: 135-9.
5. García R, Suárez R. La educación en diabetes. Algunas reflexiones para la práctica. Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. 1999; 7: 170-7.
6. Falvo DR. Una guía para incrementar el cumplimiento del tratamiento diabético. México: Edit. Grupo Mino; 2004. p. 1-4.
7. Orem E. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica. Madrid: Mosby Doyma; 1995. p. 423
8. Puente GG, Salinas MA, Villarreal RE, Albarran GT, Contreras PJ, Elizondo GR. Costo efectividad de un programa educativo para diabetes tipo 2. Revista de Enfermería IMSS. 1999; 7: 47-149.
9. Salazar S, Mora C, Arguedas C. Evaluación del Programa de Educación: "Como tratar mi Diabetes". Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. 1998; 6: 200-4.
10. Zúñiga GS, Islas AS. Educación del paciente diabético un problema ancestral. Revista Medica del IMSS. 2000; 38: 187-91.
11. Gallegos EC. Capacidades de auto cuidado del adulto con diabetes tipo 2. Monterrey: Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León; 1999.
12. Rodríguez MJ, López CJ, Rodríguez PJ, Jiménez MJ. Características epidemiológicas de pacientes con diabetes. Rev Med IMSS. 2003; 41: 383-92.

Invitación a publicar en la Revista CONAMED

La Revista CONAMED, órgano oficial de difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, invita a publicar sus trabajos de investigación y revisión, a todos los profesionales de la Salud, el Derecho y áreas afines, que estén involucrados en los siguientes ámbitos:

- Calidad de la Atención Médica
- Ética clínica y Bioética
- Comunicación en la relación profesional de la salud-paciente
- Seguridad del Paciente
- Error médico
- Queja médica
- Derecho Sanitario
- Medios alternos de solución de conflictos entre pacientes y profesionales de la salud
- Derechos Humanos

Sus manuscritos serán dictaminados por el Consejo Editorial en un periodo no mayor a 45 días y pueden ser enviados a la siguiente dirección: **revista@conamed.gob.mx**.

La Revista CONAMED está registrada en los siguientes índices:

- Periódica. Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias.
- Latindex. Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.
- IMBIOMED. Índice Mexicano de Revistas Biomédicas Latinoamericanas.