

estudio comparativo en dos grupos de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que se someten a una intervención educativa de autocuidado en el instituto de salud del estado de México

Autores: Ma. De Lourdes Vargas Santillán, Claudia Rodríguez García, Reyna Amador Velázquez, Ana María Oviedo Zúñiga, Francisco Javier García Lavalley, Alejandro Mendieta Vargas*

**Avenida Juárez sin número San Mateo Tequixquiac Estado de México. Licenciatura en Enfermería del Centro Universitario UAEM Zumpango, correo electrónico celulalula1974@gmail.com*

RESUMEN

Las intervenciones educativas en el autocuidado de pacientes con diabetes mellitus basadas en los siete comportamientos que sugiere la Asociación Americana de Diabetes han tenido buenos resultados en algunos países. La propuesta que se presenta mediante esta investigación es la comparación de los resultados entre dos grupos de pacientes con Diabetes Mellitus (DM) que se someten a una intervención de autocuidado basada en los siete comportamientos, el primer grupo se selecciona durante la estancia hospitalaria debido a una complicación y el segundo con un grupo de pacientes estables. Se trata de un estudio cuasiexperimental, comparativo con un grupo experimental y un grupo control. Resultados: Apesar de no existir significancia estadística positiva a favor del grupo experimental (hospitalizado) en comparación con los del grupo control. Conclusión: Es necesario continuar evaluando este tipo de estrategias de educación para la salud y mantener controladas las variables confusoras para evitar sesgos en los resultados.

Terminología clave: Intervención Educativa, Autocuidado en Diabetes Mellitus, Comportamientos.

SUMMARY

The interventions on mellitus diabetes patients self caring, based on the seven behaviors suggested by the American Association of Diabetes, have had good outcomes in some countries.

The proposal of this research intends to compare the results of two different patients of MD that have been cared with the seven behaviors self caring, the first group during his hospitalization due to a complication and the second one in a group of stable patients. It is a comparative cuasiexperimental because it is based on a control group and an experimental group.

Outcomes. Despite of the statistics are not positive about the experimental group (Hospitalized patient) we can realized about the positive outcomes when comparing results of the control group.

Conclusion. It is necessary to continue evaluating this kind of health educational strategies and maintain under control the confusing variables in order to avoid mistakes in the outcomes.

Key words: Educative intervention, self caring in MD, seven behaviors.

INTRODUCCIÓN

En México actualmente la mortalidad por DM representa un serio problema de Salud Pública; durante las últimas décadas mostró un incremento sostenido y durante los últimos tres años se ha mantenido en el primer lugar como causa de mortalidad, por otro lado en el Plan Nacional de Salud se proyecta que en menos de 25 años el sector de adultos mayores se incrementará de forma considerable por lo que los problemas de salud de adultos y adultos mayores serán el componente de mayor demanda y los padecimientos como Diabetes e Hipertensión arterial se incrementarán en gran medida. Al respecto diversos estudios han comprobado la eficacia de intervenciones educativas de autocuidado en pacientes con Diabetes. (1) Se considera que la detección precoz, la indicación de un tratamiento adecuado y oportuno, el correcto autocontrol, la educación diabetológica dirigida al paciente y la modificación de estilos de vida más saludables, son acciones fundamentales capaces de disminuir su incidencia, controlar su prevalencia, disminuir el costo socioeconómico de la enfermedad y mejorar la calidad de vida.(2) De ahí la importancia que representa la labor educativa; sin embargo solo un reducido número de pacientes en algunos países reciben una adecuada educación diabetológica.

Existen diversos estudios (3-5), en donde se comprueba la eficacia del autocuidado cuando el paciente se compromete en llevar a cabo los siete hábitos del autocuidado, aunque también se recalca que existe resistencia al cambio por parte del paciente en el compromiso de cumplir en tiempo y forma con el programa educativo.(4) La Asociación Americana de Educadores en Diabetes (ADA) ha adoptado el modelo de los siete comportamientos saludables en el manejo de la Diabetes obteniendo resultados favorables con la intervención educativa en el control de su glucosa.

Algunas investigaciones han apoyado los siete comportamientos de autocuidado de la Diabetes como medidas centrales que los educadores pueden evaluar la efectividad del autocuidado con individuos y poblaciones, para comparar su desempeño con otros modelos establecidos y para utilizarlos como base, guía y apoyo del automanejo de la Diabetes. (6)

Por todo lo anterior se hace necesario concientizar la importancia de las intervenciones educativas de tal forma que favorezcan la participación activa del paciente. Castillo (7) refiere que parte del éxito de una intervención está determinada por el momento en que se efectúa, el cual influye en el aspecto sensibilizador y motivante, la selección del ámbito de intervención, el lugar en donde ésta se lleva a cabo y aspectos con la capacitación para la intervención así como el promover y poner en marcha actividades socioeducativas.

Es por ello que resulta clave la intervención educativa por el equipo de salud en el autocuidado para enriquecer y mejorar el proceso de aprendizaje en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, así como también los aspectos en los que se basan los siete comportamientos del autocuidado para afianzar los compromisos que darán inicio a los cambios de comportamiento esenciales para garantizar la efectividad de la intervención.

OBJETIVO

Comparar a dos grupos de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que se someten a una intervención educativa de autocuidado en el Instituto de Salud del Estado de México”.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio cuasi-experimental en donde se incluyeron dos grupos conformados por 10 pacientes cada uno, diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 2, los cuales participaron en un programa de intervención de autocuidado basado en la adopción de los Siete Comportamientos: El grupo A experimental: Son pacientes que se abordaron durante su estancia en el Hospital del ISEM, con el propósito de valorar el aprendizaje obtenido durante una complicación de su enfermedad, en el entendido de que el paciente, se encuentra más sensibilizado sobre la importancia que tiene, y de esta manera el responsabilizarse en su autocuidado. Comparado con el grupo B control: Son pacientes que se encuentran estables participando en una estrategia educativa similar al del grupo A, el grupo B forman parte del club de pacientes con diabetes en la Jurisdicción Sanitaria del ISEM. La elección de los participantes fue mediante muestreo no probabilístico cumpliendo criterios de inclusión y exclusión como: encontrarse estable, ser capaz de llevar a cabo el autocuidado, no ser dependiente de un cuidador y haber participado por lo menos en un 80% de la intervención educativa.

Variabes Independientes: Estrategia educativa de autocuidado basada en los siete comportamientos que propone la ADA.

Variable Dependiente: Alimentación, Ejercicio, Automonitoreo, Medicación, actividades de prevención de complicaciones, autocuidado en días de enfermedad y actitud (los siete comportamientos).

Construcción del instrumento de medición. Se elabora un cuestionario con la medición

basándose en los siete comportamientos que propone la ADA que son: alimentación, activación física, medicación, automonitoreo, resolver problemas, prevenir complicaciones y actitud positiva. Las preguntas fueron planteadas en dos formas, en las primeras se evaluaron conocimientos de los siete comportamientos antes mencionados y otras evaluaron el llevarlos a cabo estos comportamientos; es decir conoce y hace. Se utilizó como validación de instrumento la evaluación de juicios de expertos. Esta metodología propuesta por Cohen (2004); Ann (2000) y Aiken (2005), permiten evaluar la calidad de construcción y la correspondencia de los ítems con la definición operacional y las categorías que la componen.

El cuestionario fue sometido, antes de su aplicación con el objetivo de validación, a un proceso de pilotaje. Éste fue resuelto por investigadores considerados como expertos, cuyas sugerencias permitieron su corrección quedando así confeccionado el cuestionario de validación.

El estudio piloto se realizó en un grupo de pacientes ambulatorios diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2, para comprobar la validez y confiabilidad de las preguntas del instrumento. Esta se llevó a cabo por la selección de los jueces expertos, se realizó teniendo en consideración su experiencia profesional e investigativa en el ejercicio de las Ciencias Médicas y Psicológicas, para de este modo tener la posibilidad de obtener criterios de diversos especialistas y realizar un análisis integral del problema de estudio. Las variables concretamente se centraron en la incorporación de los comportamientos a la vida cotidiana bajo los siguientes indicadores:

Cuadro No. 1 Variables para medir los siete comportamientos

| VARIABLE /COMPORTAMIENTO | INDICADOR |
|------------------------------|---|
| Alimentación | Número de comidas al día. Alimentación en base a porciones. Planeación de los alimentos Identificación de tipos de alimentos. |
| Activación física | Frecuencia con que realiza actividad física al día. Preparación para la realización de actividad física. |
| Medicación | Tipo de medicación que tiene indicada. Apego estricto al tratamiento. |
| Automonitoreo | Realiza el Automonitoreo. Frecuencia con que se Automonitorea. Interpretación de los resultados y toma de decisiones. |
| Resolver problemas | Identificación de síntomas de hipoglucemia. Identificación de síntomas hiperglucemia. Acciones a realizar en caso de días de alteración de la glucosa y días de enfermedad. |
| Prevención de Complicaciones | Complicaciones presentadas. Visita a diferentes especialistas. Cuidado de pies. |
| Actitud positiva | Estado de ánimo más frecuente. |

La elaboración de los ítems se formuló con preguntas de opción múltiple en donde se brindaron tres opciones las cuales fueron codificadas ordinalmente para establecer los indicadores y su medición. El análisis estadístico se realizó mediante la utilización de pruebas estadísticas no paramétricas como la prueba U de Mann-Whitney para establecer diferencias en los grupos, antes y después de las estrategias, por indicador en forma global y la prueba de rangos igualados de Wilcoxon para comparar al interior de cada grupo (8,9).

En ambos grupos los investigadores desarrollaron la estrategia educativa basada en los siete hábitos, utilizando talleres y técnicas participativas en donde los pacientes pudieron expresar y comentar sus experiencias y dudas. Las intervenciones se brindaron en base a 4 sesiones en promedio, los pacientes participantes en esta intervención fueron conformados con características similares como la edad, tiempo con el diagnóstico y complicaciones. Así

mismo se plantea una hipótesis de trabajo que dice: La intervención educativa tiene mayor impacto en los cambios del comportamiento de los pacientes con DMT2 hospitalizados (grupo A) en comparación con los pacientes con DMT2 no hospitalizados (grupo B)

RESULTADOS

Con respecto a los datos generales en ambos grupos de pacientes en estudio, las edades oscilaron entre los 40 a 45 años (85%) y de 46 a 50 años (15%) el género predominante fue el femenino con el 90%, con respecto al tiempo de diagnóstico el 80% se encuentra entre 8 a 10 años.

En el cuadro 2 podemos observar que en relación con el comportamiento de "actividad física" en el grupo experimental el rango promedio antes de la intervención fue de 6.2 y posterior a la misma resultó de 7.0, en cambio en el grupo de pacientes control el rango promedio preintervención fue de 4.8 y en la

posterior intervención se reporta un retroceso ya que disminuye a 4.0 el rango. En el comportamiento “alimentación” el grupo A experimental reporta un rango promedio preintervención de 4.2 a uno de 7.3 postintervención, mientras que los pacientes del grupo control iniciaron con 6.8 y de disminución significativa postintervención de 3.7, en el comportamiento de “automonitoreo” el grupo experimental reporta un retroceso de 6.0 a 4.0 después de la intervención, mientras que los pacientes del grupo control iniciaron con 5.0

y aumentaron a 7.0 posterior a la intervención. Según el comportamiento de “medicación” hubo un retroceso en el grupo de pacientes control de 7.0 a 5.5 mientras que el grupo experimental inició con un rango de 4.0 para concluir con el 5.5; para los comportamientos de “prevención de complicaciones” y “solución de problemas” también se mostró un retroceso en pacientes del grupo control, pues de 4.9 bajaron a 3.8 en prevención de complicaciones y de 5.4 a 4.0 en solución de problemas.

Cuadro No. 2. Diferencia de rangos, promedios y significancia estadística entre grupo control y experimental antes y después de la intervención

| COMPORTAMIENTOS | RANGO PROMEDIO PRE- INTERVENCIÓN | | RANGO PROMEDIO POST- INTERVENCIÓN | | Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)] | |
|---------------------------|----------------------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------|-----------------------------------|----------|
| | GRUPO EXPERIMENTAL | G R U P O CONTROL | GRUPO EXPERIMENTAL | G R U P O CONTROL | PRE | POST |
| Actividad física | 6.20 | 4.80 | 7.0 | 4.0 | .548(a) | .151(a) |
| Alimentación | 4.20 | 6.80 | 7.30 | 3.70 | .222(a) | .050(a) |
| Automonitoreo | 6.0 | 5.0 | 4.0 | 7.0 | .690(a) | .151(a) |
| Medicación | 4.0 | 7.0 | 5.50 | 5.50 | .151(a) | 1.000(a) |
| Prevención complicaciones | 6.10 | 4.90 | 7.20 | 3.80 | .095(a) | .548(a) |
| Solución de problemas | 5.60 | 5.40 | 7-0 | 4.0 | 1.000(a) | .151(a) |
| Actitud Positiva | 5.50 | 5.60 | 5.60 | 5.40 | 1.000(a) | 1.000(a) |

a No corregidos para los empates.

Los resultados del grupo experimental reflejan mejoría en los comportamientos de 6.1 a 7.2 en “prevención de complicaciones” y de 5.6 a 7.0 en “solución de problemas”; en el comportamiento “actitud” fue el menos sensible en cuanto a cambios positivos presentados en ambos grupos puesto que el grupo experimental reporta un rango de 5.5 al inicio y posterior a la intervención de 5.6 lo cual se reporta sin modificación, los resultados del grupo control pasaron de 5.6 a 5.4 presentando un ligero descenso nuevamente.

Se puede observar que hubo una diferencia positiva en el grupo experimental en comparación con el grupo control, de acuerdo a los rangos promedios en la post intervención.

Por ultimo como se puede apreciar en el cuadro 2, que solo existe diferencia significativa en el comportamiento de “alimentación” el cual se reporta en el grupo experimental, aunque podemos comentar que en general las mínimas deferencias positivas fueron mejor apreciadas en el grupo experimental comparado en el grupo control, comprobando parcialmente nuestra hipótesis la cual afirma que las intervenciones educativas de autocuidado pueden estar influenciadas por aspectos clave como lo son el ámbito de intervención hospitalaria y el momento clave para llevarlas a cabo, en este caso el que los pacientes se capacitaran específicamente durante una etapa crítica como es el estar pasando por un proceso de descompensación o complicación sí pudiera modificar positivamente el proceso de educación diabetológica y el cambio de comportamientos.

DISCUSIÓN

El presente estudio permite vislumbrar el gran problema de Autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas y en especial con Diabetes Mellitus Tipos 2. Según Salama, et al, (10) la Organización Mundial de la Salud plantea la necesidad de disminuir la incidencia de DM Tipo 2, para lo cual es indispensable el acceso a los servicios de salud, así como desarrollar actividades de promoción de salud en la población, lo que se logra con acciones tales como la modificación de factores de riesgo de tipo ambiental y/o de comportamiento, como son la obesidad, hipercolesterolemia, hipertensión y otros que son adquiridos en la vida social como el sedentarismo y los hábitos alimentarios incorrectos, además de hacer uso eficiente del sistema de referencia y contrarreferencia para poder dar seguimiento a los pacientes con Diabetes que llegan a presentar algunas complicaciones con el propósito de monitorizar sus necesidades educativas y prevenir las recaídas, como sugiere Sapag y Langel (11) se necesitan servicios que puedan ayudar al paciente a mantener su autocuidado cotidiano, algo que suele estar más allá de la capacidad de los sistemas de salud tradicionales, se requieren servicios de salud cercanos y efectivos, así como respuestas integrales a los determinantes de salud y también fortalecer la atención primaria. Por otro lado en este estudio hemos constatado que a los pacientes les resulta muy complicado acudir a las sesiones educativas debido a sus necesidades primarias como son el trabajo, cuidado de familiares, actividades domésticas y otros factores. Pero estudios realizados sostienen que los cursos para estos pacientes garantizan también una disminución de los costos por concepto de ingresos hospitalarios, al decrecer la frecuencia de enfermos descompensados en el nivel primario de salud. (12,13).

En algunos países han implementado como estrategia en el fomento de la promoción de la salud el uso de las Tecnologías como teléfonos y

celulares o inclusive mediante la red de internet. (14) Otras que se han propuesto es mediante el apoyo entre personas con una misma enfermedad, incluida la formación de díadas y grupos que brindan apoyo de pares, como estrategia de intervención educativa basada en el aprendizaje sociocognitivo (12) que busca establecer una conexión entre dos o más personas que poseen características comunes, como la presencia de una enfermedad, para favorecer el logro de metas individuales o grupales (16). El apoyo de pares podría tener un sentido terapéutico, tanto para quien recibe la ayuda como para quien la provee.

En esta investigación se puede destacar que es de vital importancia la propuesta educativa de los siete comportamientos como son Alimentación, Ejercicio, Automonitoreo, Medicación, actividades de prevención de complicaciones, autocuidado en días de enfermedad y actitud, pero de los resultados obtenidos del presente estudio los de mayor significancia fueron los comportamientos de la alimentación y la actividad física, lo cual coincide con otros estudios en donde menciona que el tratamiento de la Diabetes Mellitus tiene varios pilares, como son la educación diabetológica que incluye la dieta, los ejercicios físicos, el tratamiento farmacológico específico de la diabetes (ya sea hipoglucemiantes orales o la insulina y en ocasiones la asociación de ambas) y el tratamiento de las patologías asociadas. (17,18)

CONCLUSIONES

La experiencia aprendida a través de esta estrategia educativa de autocuidado nos ha dejado varios aspectos por reflexionar, en primer lugar podemos mencionar que la necesidad de autocuidado más sentida en el grupo experimental es relacionada al comportamiento de alimentación la cual obtuvo significancia estadística,

pues los pacientes requieren de información urgente durante los procesos patológicos también información relacionada con el detectar hiperglucemia e hipoglucemia, en segundo lugar es necesario disminuir la resistencia que se ejerce en el personal de salud que labora en el segundo nivel de atención con respecto a las intervenciones educativas durante la estancia hospitalaria, en tercer lugar logramos identificar que en el caso del grupo control se observó que no obstante de encontrarse en condiciones es-

tables los pacientes le restan mucha importancia a su autocuidado, por desgracia es a partir de una crisis donde tienden a buscar ayuda casi siempre con inicio de complicaciones. Por último concluimos que es necesario dar formalidad a este tipo de estrategias y evaluarlas para poder saber con certeza si realmente condicionan la participación del paciente en su autocuidado, a pesar de que la estrategia fue de corto tiempo de acuerdo a la corta estancia hospitalaria resulto ser satisfactoria.

REFERENCIAS

1. Dalmau Llorca. Educación grupal frente a individual en pacientes diabético tipo2. Rev. Atención primaria. 2003;32 (1); 36-41.
2. Valenciaga Rodriguez. Repercusión en el control de la diabetes mellitus de una técnica educativa dirigida a la familia. Revista cubana de medicina general integral. 1995 (3)
3. Web enfermería de piuria. Blogger Efectividad de un programa educativo basado en el autocuidado de los miembros inferiores para la prevención de complicaciones en pacientes diabéticos.
4. Garza Elizondo. Atribuciones y creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2. 2003. Revista médica del IMSS. 41(6): 465-472.
5. Tejada Tayabas. Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. 2006. Revista de salud pública y nutrición. Vol 7 No. 1
6. Pérez Pasten E. Educación en el automanejo de la diabetes.
7. Castillo Arredondo. Evaluación de programas de intervención socioeducativa. 2004. Editorial Pearson Price Hall. p 11.
8. Briones Guillermo. Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales. Instituto Colombiano para el fomento de la educación superior ICFES. 2000.
9. Zapata Oscar. La aventura del pensamiento crítico. Herramientas para elaborar tesis e investigaciones socioeducativas. Editorial Pax México. 2005.
10. Salama Benarrochi I, Adolfo Sánchez G. Factores de riesgo y complicaciones crónicas en el diagnóstico reciente de la diabetes tipo 2. Rev Cubana Endocrinol 2004;12(2):76-81.
11. Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD. Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. RevPanam Salud Publica. 2010;27(1):1-9.
12. Bjork S. The cost of diabetes and diabetes care. Diabetes Res Clin Pract 2001;54(Suppl1):S13-8.
13. Wagner E, Sandhu N, Newton K, McCulloch D, Ramsey S, Grothaus L. Effect of improved glycemic control on health care costs and utilization. JAMA 2006;295:182-9.
14. ItaLange, Mila Urrutia, Cecilia Campos, Esther Gallegos. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina. Organización Panamericana de la Salud 2006.
15. Amarilis Gerra C., EviesAny, Rivas Aleida, García Lilia. Educación para el autocuidado de pacientes diabéticas embarazadas. Rev. Texto & contexto Enfermagen. 2010; abril-junio, Vol.14, num.002 pp. 159-166.
16. Israel Lerman, Alfredo López-Ponce, Antonio R. Villa, Michelle Escobedo. Estudio piloto de dos diferentes estrategias para reforzar conductas de autocuidado y adherencia al tratamiento en pacientes de bajos recursos económicos con diabetes tipo 2. Gaceta Médica Mexicana. Vol. 145 No. 1, 2009
17. Roca G R, Smith S VV, Paz P E, Losada E J, Serret R B, Llamas S N, et al. Diabetes Mellitus. *Temas de Medicina Interna*. Tomo 1. 4a edición. La Habana. 2002: p: 211-34.
18. Matarama P M, Llanio N R, Muñiz I P, Quintana S C, Hernández Z R, Vicente P E, Muñiz I P, et al. *Medicina Interna Diagnóstico y tratamiento*. Capítulo 47. Diabetes Mellitus. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2005: 369-386.