

ORIGINALES

Nivel de información médica sobre diabetes, actitud de los pacientes hacia la enfermedad y su asociación con el nivel de control glucémico

J.M. Navarro Cárdenas, R. Rodríguez Moctezuma, C. Munguía Miranda y J.L. Hernández Santiago

Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

Objetivo. Determinar el nivel de información y de actitud que sobre su enfermedad tienen pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) y su asociación con el nivel de control glucémico.

Diseño. Encuesta transversal survey.

Emplazamiento. Dos unidades de medicina familiar.

Pacientes. Doscientos sujetos con DM2.

Intervenciones. Se aplicaron 2 instrumentos validados para valorar nivel de conocimientos y actitud, y se midió el promedio de las últimas 6 glucemias.

Mediciones y resultados. La calificación global del instrumento de conocimientos fue $58,6 \pm 17,9$ (escala 0-100). Para el instrumento de actitud fue de $18,9 \pm 2,1$ (escala 0-35). La calificación de conocimientos del grupo controlado fue de $55,48 \pm 16,8$, y la del grupo descontrolado de $59,2 \pm 18,1$. La calificación sobre actitud del grupo controlado fue de $17,8 \pm 2,3$, y la del grupo descontrolado de $19,1 \pm 2$ ($p = 0,001$). El nivel de información proporcionado por el médico familiar fue del 42,9%, por el equipo de salud del 10,2% y por otras fuentes del 6,3%. En cuanto al análisis del grado de actitud y el nivel de información, hubo una mejor actitud cuando la información fue proporcionada por otras fuentes ($p < 0,05$). Por lo que respecta al porcentaje de información y el control glucémico, el nivel de control fue mejor cuando la información fue proporcionada por el equipo de salud ($p < 0,01$).

Conclusiones. El nivel de información médica sobre diabetes proporcionada por el médico familiar y el equipo de salud es bajo, y sólo en este último caso se asocia a un mejor control glucémico. La actitud es mejor cuando se recibe información sobre diabetes de otras fuentes.

Palabras clave: Actitud; Conocimiento; Control glucémico; Diabetes mellitus.

LEVEL OF MEDICAL INFORMATION ON DIABETES, ATTITUDE OF PATIENTS TOWARDS THEIR ILLNESS AND ASSOCIATION OF THEIR INFORMATION WITH THE LEVEL OF GLUCAEMIC CONTROL

Objective. To determine the level of information and attitude that it has more than enough their illness has patient with diabetes type 2 (DM2), and their association with level of glucemic control.

Design. Cross-sectional.

Setting. Two units of family medicine.

Patient. 200 subject with DM2.

Interventions. Two instruments were applied validated to measure, level of knowledge and attitude was measured the average of the last 6 glucaemias.

Measurements and results. The qualification average of the instrument of knowledge was 58.6 ± 17.9 (it scale 0–100). For the instrument of attitude it was of 18.9 ± 2.1 (it scale 0 at 35). The qualification of knowledge of the controlled group was of 55.48 ± 16.8 , and of the uncontrolled group it was of 59.2 ± 18.1 . The qualification has more than enough attitude of the controlled group it was of 17.8 ± 2.3 , and of the uncontrolled group of 19.1 ± 2 , $p = 0.001$. The proportionate level of information the family doctor was of 42.9%, of the team of health of 10.2% and of other sources of 6.3%. At the analysis of the degree of attitude and the level of information, there was a better attitude when the information was provided by other sources $p < 0.05$. In the percentage of information and the level of glucemic control, the control level was better when the information was for the team of health $p < 0.01$.

Conclusions. The level of medical information on diabetes provided by the family doctor and the team of health is low and it doesn't and only this last are associate to better glucemic control. The attitude is better when one receives information of other sources.

(Aten Primaria 2000; 26: 283-286)

Correspondencia: Raymundo Rodríguez Moctezuma.

Hospital General Regional N.º 72. Módulo de Investigación, 6.º piso. Avenida Filiberto Gómez, s/n, esquina Gustavo Baz. Tlalnepantla Centro Estado de México. 54000 México.
Correo electrónico: rodmoc@prodigy.net.mx

Manuscrito aceptado para su publicación el 3-V-2000.

Introducción

La diabetes mellitus es una causa importante de discapacidad y muerte. Datos del *Boletín* de la Oficina Sanitaria Panamericana señalan prevalencias discrepantes, desde un 1,4% en una comunidad indígena en Chile hasta el 14,1% en la Ciudad de México.

Se estima que hay alrededor de 140 millones de diabéticos en el mundo y sólo en América Latina la presentan 20 millones¹.

En México constituye un problema importante de salud pública, como se muestra en el informe de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993, donde se encontró una prevalencia del 7,2% en la población general entre las edades de 20-69 años, con un incremento de la frecuencia de casos hasta del 17% en la población mayor de 50 años².

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) constituye la segunda causa de demanda de consulta en unidades de medicina familiar y la primera de consulta de especialidades, principalmente a los 25-65 años de edad, y constituye una de las principales causas de pensión por invalidez, así como de ingreso y egresos hospitalarios^{3,4}.

El manejo integral de la enfermedad requiere de un equipo multidisciplinario capacitado para abordar en forma objetiva, y de acuerdo con el mejor conocimiento disponible, haciendo hincapié en la participación activa del paciente en su autocuidado, como elemento fundamental para lograr y mantener un control glucémico adecuado y disminuir las complicaciones crónicas que se generan en el curso de la historia natural de la enfermedad⁵. Los estudios realizados al respecto han demostrado que un programa

estructurado, dirigido al cambio de conducta sobre la enfermedad, que incluya conocimientos sobre el manejo de la dieta y medicamentos, ejercicio supervisado, autovigilancia y motivación, logran una mayor adhesión de los pacientes al tratamiento médico integral, y con ello un mejor control de la enfermedad y de calidad de vida⁵⁻⁸.

La adecuada capacitación del paciente diabético sobre la enfermedad condicionará su activa participación en los requerimientos de un manejo que será de por vida. Otros elementos que influyen en forma decisiva es la actitud y las conductas que el paciente muestra respecto a su enfermedad para la aceptación y la adhesión a programas de tratamiento y autocuidado que afecten positivamente el nivel de glucemia y otros factores de control en los pacientes diabéticos¹¹.

En nuestro país, y particularmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social, no se conoce el nivel de información médica que los pacientes con diabetes tienen sobre la enfermedad, como base para lograr una mayor adhesión al tratamiento, ni cuál es el nivel de actitud que muestran hacia la enfermedad y que pudieran mejorar el control glucémico.

Material y métodos

Por medio de un estudio transversal, observacional y prospectivo, se aplicaron 2 instrumentos para medir el nivel de conocimientos médicos básicos y las actitudes que muestran los sujetos con DM2, en 2 unidades de medicina familiar de la Delegación Estado de México Oriente del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el período comprendido entre agosto y octubre de 1998.

Los instrumentos fueron contruidos y validados por consenso en un estudio previo relacionado (datos no publicados). Para el proceso de validación del instrumento de medición de conocimientos, se formó un panel de médicos familiares e internistas con experiencia en la construcción de cuestionarios. Los dominios que comprendió este instrumento fueron: conocimientos generales sobre la enfermedad, complicaciones de ésta, tratamiento e información general sobre manejo nutricional y ejercicio. La escala de evaluación fue de 0-100 y constó de un total de 25 ítems. Posteriormente a la aplicación del presente instrumento, y para cada ítem, se interrogó acerca de la fuente que proporcionó la información: médico que trataba, equipo de salud u otras, o si el paciente no había recibido la información que se preguntaba.

TABLA 1. Características generales de la población estudiada

| | Mínimo | Máximo | Media | DE |
|------------------------------------------------------------------|--------|--------|-------|-------|
| Edad del grupo estudiado (años) | 33 | 85 | 58,5 | 11,50 |
| Tiempo de diagnóstico (años) | 1 | 40 | 9,8 | 7,3 |
| Nivel promedio de las últimas 6 glucemias del expediente clínico | 97,3 | 330,8 | 184,8 | 44,3 |

El instrumento para la medición de actitudes fue validado por 6 psicólogos con experiencia en la medición de conductas y actitudes de la maestría de investigación de modificación de la conducta de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala de la UNAM, así como por 3 psicólogos clínicos del Hospital General Regional N.º 72 del IMSS. La evaluación se realizó por medio de la escala de Likert con 5 posibilidades de respuesta (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo), con una puntuación máxima por ítem de 1 si la respuesta era considerada como la de mejor actitud, y 0 como de peor actitud. La calificación máxima del instrumento fue de 35 puntos.

Se tomó en cuenta el programa de información sobre diabetes en el que participa el médico de familia y el equipo de salud, para determinar así los conocimientos que sobre la enfermedad tenían los pacientes. La muestra se obtuvo aleatoriamente, seleccionando 5 pacientes de cada uno de los 40 consultorios entre las 2 unidades estudiadas. Los pacientes se captaron en el momento de acudir a su consulta mensual en la clínica respectiva. Los datos solicitados incluyeron: edad, escolaridad, sexo, ocupación, tiempo de evolución de la enfermedad y promedio de las últimas 6 glucemias anotadas en el expediente.

Los 2 instrumentos fueron aplicados consecutivamente en forma de cuestionario, y el tiempo promedio para responderlos fue de 30 minutos. En los pacientes que no sabían leer y escribir, los instrumentos fueron aplicados en forma de encuesta. Se incluyeron sujetos con DM2, de cualquier edad, sin afectación de sus funciones cerebrales superiores y sin comorbilidad crónica terminal. Se excluyeron sujetos con diabetes secundaria, con DM1 y mujeres con diabetes gestacional. El análisis estadístico de los resultados se realizó por medio de la prueba de ji-cuadrado para variables nominales y U de Mann Whitney para variables cuantitativas, con un nivel de significación de 0,05, utilizando el paquete estadístico SPSS Versión 8 para Windows.

Resultados

Se aplicaron los 2 instrumentos a un total de 200 pacientes, de los que 114 (57%) fueron de sexo femenino, 166 (83%) sabían leer y escribir y un 71% de éstos refirió algún grado

de instrucción escolar (primaria, 54,5%; secundaria, 13%; bachillerato, 3,5%, y licenciatura o más, 3%). De acuerdo al nivel promedio de las últimas 6 determinaciones de glucemia en el expediente, se dividió a los pacientes en 2 grupos: controlados (hasta 140 mg/dl) y descontrolados (más de 140 mg/dl). El grupo de controlados representó el 15,5%. Considerando la mediana de todas las glucemias registradas, se dividió también a los pacientes en un segundo par de grupos: de mejor y peor control. El punto de corte para ello fue hasta 184 mg/dl (mejor control) y más de 184 mg/dl (peor control). Las características generales de la población estudiada se muestran en la **tabla 1**.

La calificación global del instrumento de conocimientos fue de $58,6 \pm 17,9$, con un máximo esperado de la escala de calificación de 100 puntos. Para el instrumento de actitud, la media fue de $18,9 \pm 2,1$ con un máximo esperado en la escala de calificación de 35 puntos.

La calificación sobre conocimientos en el grupo considerado como controlado (nivel promedio de glucemia hasta 140 mg/dl) fue de $55,48 \pm 16,8$, y para el grupo descontrolados (mayor de 140 mg/dl) fue de $59,2 \pm 18,1$, sin diferencia estadísticamente significativa.

La calificación sobre actitud en el grupo controlado fue de $17,8 \pm 2,3$, y para el grupo descontrolado de $19,1 \pm 2$ ($p = 0,001$).

Cuando se analizó el nivel de control (considerando la mediana de las glucemias en los últimos 6 meses), no se observó diferencia estadísticamente significativa.

El instrumento que midió conocimientos sobre diabetes fue también utilizado para determinar la fuente de información para cada uno de los ítems. El nivel de información porcentual que la población refirió le había proporcionado el médico familiar fue del 42,9%, por el equipo de salud de un 10,2% y por otras fuentes del 6,3%. El porcentaje total de informa-

ción recibida por la población estudiada fue del 59,5% con relación al contenido de conocimientos esperados por el instrumento.

El nivel de conocimientos fue dividido en «mejor y peor» basándose en la mediana del total de calificación obtenida en toda la población. Los niveles de glucemia en el grupo de mejor conocimiento fue de 186 mg/dl, y para el de peor conocimiento de 183 mg/dl.

La edad promedio fue para el grupo de mejor conocimiento de 57,1 años y para el de peor conocimiento de 60,1. Respecto al tiempo de diagnóstico de diabetes, en el grupo de mejor conocimiento el tiempo fue de 9,32 años y para el de peor conocimiento de 10 años de diagnóstico, sin diferencia estadísticamente significativa.

Cuando se analizó cuál era el grado de actitud, considerando la mediana de la calificación total de la población estudiada y el nivel de información sobre diabetes mellitus proporcionada por las 3 diferentes fuentes estudiadas (médico de familia, equipo de salud —médico, enfermera, trabajadora social y nutricionista— y otras fuentes), se observó una mejor actitud cuando la fuente de información de la enfermedad fue proporcionada por otras fuentes ($p < 0,05$).

Al analizar el porcentaje de información proporcionada por las 3 fuentes estudiadas y el grado de control glucémico (mediana 184 mg/dl) se observó que el nivel de control fue mejor cuando la información fue proporcionada por el equipo de salud ($p < 0,01$).

Discusión

Se ha establecido que el conocimiento sobre las enfermedades crónicas —y de ellas la diabetes como padecimiento representativo por su frecuencia— y la actitud que el enfermo tiene de ésta son aspectos fundamentales para mejorar el nivel de adherencia al tratamiento, y por tanto al mejor control, lo que conlleva una disminución de la presentación de las complicaciones crónicas^{8,9}.

La información médica sobre diabetes debe estar dirigida sobre aspectos que el paciente pueda entender y aplicar en su vida diaria, y debe estar asociado a un cambio en la actitud que modifique las conductas del enfermo para que permitan desarrollar y aplicar los conocimientos recibidos¹⁰.

En las unidades médicas de primer nivel de atención del IMSS, el médico de familia en forma individual o como parte del equipo de salud desarrolla actividades de atención y promoción de la salud, estas últimas relacionadas básicamente con información general sobre la diabetes mellitus, que se imparten en salas de espera y en ocasiones en grupos educativos. Dichas actividades tienen primordialmente a abordar el aspecto de información, pero se atienden en menor medida los aspectos relacionados con la aceptación de la enfermedad y manejo de las emociones que afectan el área biológica relacionada con las cifras de glucemia, peso corporal y ejercicio físico, entre otros.

En el presente estudio, se observó que la estrategia común de informar a la comunidad derechohabiente sobre la enfermedad, y las consecuencias que produce un mal control, no fueron suficientes para alcanzar un nivel óptimo de conocimientos que impactara en el control de la glucemia. El nivel de información en el grupo estudiado de pacientes con diabetes mellitus y que proporciona tanto el médico como el equipo de salud en cada una de las unidades estudiadas es bajo, y no se asoció al nivel de control glucémico establecido en el estudio (140 mg/dl). Sin embargo, cuando la información sobre la enfermedad la proporciona el equipo de salud (incluyendo al médico), el nivel de control glucémico es mejor. Por otro lado, el nivel de actitud hacia la enfermedad, medido por un instrumento validado, es mejor cuando la información sobre diabetes es proporcionada por fuentes diferentes a las que cuenta el IMSS.

Las estrategias que en otros países se ha seguido para mejorar los niveles de control glucémico están fundamentadas en la participación activa del enfermo en el proceso de enseñanza-aprendizaje y la inclusión de aspectos relacionados con el manejo del estrés, la aceptación del padecimiento y las emociones^{11,12}.

En la Delegación Estado de México Oriente del IMSS se ha iniciado un programa integral para abordar el creciente problema de la diabetes, que tiene como objeto tratar todos los aspectos que se asocian a la enfermedad, incluyendo como un objetivo fundamental el relacionado con la educación participativa y el manejo de las actitudes del paciente y ha-

ciendo énfasis en el manejo no farmacológico.

Como conclusiones del presente estudio, podemos establecer las siguientes:

— El nivel de información médica sobre diabetes mellitus que el médico familiar y el equipo de salud proporcionan a los pacientes en 2 unidades de medicina familiar del IMSS es bajo, respecto a lo que se espera que conozca el enfermo y no se asocia con el control glucémico.

— La actitud del paciente es mejor cuando recibe información sobre diabetes mellitus de otras fuentes diferentes a las proporcionadas por el personal médico y paramédico del IMSS.

Se asoció un mejor control glucémico cuando la información sobre aspectos relacionados con diabetes mellitus la proporciona el equipo de salud de la unidad médica que le corresponde, que si procede de su médico de familia o es recibida de otras fuentes.

— Es necesario modificar la estrategia de abordaje sobre la educación del autocuidado en el paciente con diabetes mellitus, a fin de que el conocimiento adquirido por los enfermos y la actitud que éstos tengan sobre la enfermedad permitan mejorar el nivel de control glucémico y disminuir el desarrollo de complicaciones crónicas.

Bibliografía

1. Llanos G, Libman Y. La diabetes en las Américas. Bol Oficina Sanit Panam 1995; 118 (1): 1-16.
2. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de la Nutrición Dr. Salvador Subirán 1993: 8-15.
3. Escandón-Romero C, Fernández-Gárate IH, Pérez-León JL, Benites MG. Epidemiología de la diabetes mellitus e hipertensión arterial en la población derechohabiente del IMSS. México DF: 1998.
4. Dirección de Finanzas y Sistemas. División de Sistemas de Informática Médica y Proyectos Especiales. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1998.
5. American Diabetes Association. Therapy for diabetes mellitus and related disorders (3.^a ed.). Clinical Education Series, 1998.
6. American Diabetes Association. Medical management of non-insulin-dependent (type II) diabetes. Alexandria: American Diabetes Association, 1994; 21-53 y 55-59.

7. Glasgow RE, Osteen L. Evaluating diabetes education. *Diabetes Care* 1992; 15: 1423-1431.
8. Anderson RM, Funnell MM, Barr PA, Robert FD, Wayn KD. Learning to empower patients. Results of professional education program for diabetes educators. *Diabetes Care* 1991; 14: 584-589.
9. Prater B. Education guidelines for self-care living with diabetes. *J Am Diet Assoc* 1983; 82: 283-286.
10. Eramo-Melkus GA, Wylie-Roset J, Hagan JA. Metabolic impact of education in NIDDM. *Diabetes Care* 1992; 15: 864-868.
11. Delahanty LM, Halford BN. The role of diet behaviors in achieving improved glycemic control in intensive treated patients in the diabetes control and complications trial. *Diabetes Care* 1993; 16: 1453-1458.
12. García-González R, Suárez-Pérez R, Matero de Costa O. Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 1997; 2 (1): 32-36.