

Artículo original

Impacto de un programa de educación para la salud promoviendo conductas de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2 en el estado de Oaxaca

Sánchez-Chávez N.P. (1), Reyes-Gómez U.(2), Reyes-Hernández K.L.(3), Matos-Alviso L.J. (3), Reyes-Hernández M.U (3), Cuevas-López L.L. (3), Peñuela-Olaya M.A. (4) Chávez-Solano L.(2), Cervantes-García M.C. (5), López-Cruz G. (3), Quero-Hernández A. (3).

Directora de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca. Enf. Jefa de servicios del Hospital Regional Presidente Juárez del ISSSTE; (2) Investigador Adjunto, Facultad de enfermería, Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca; (3) Unidad de Investigación en Pediatría Instituto San Rafael San Luis Potosí; (4) Investigador del Instituto Universitario Carl Roger. Área de Neuro- endocrinología; (5) Coordinadora Académica de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca.

Resumen

Introducción: En México la Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ocupa el tercer lugar como principal causa de mortalidad. **Objetivo:** Evaluar el Impacto de un programa de Educación para la salud promoviendo conductas de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2. **Material y Métodos:** Estudio, exploratorio, relacional, longitudinal, entrevistas estructuradas, para recibir intervenciones de enfermería encaminadas a la educación para la salud. El estudio se dividió en tres etapas; Evaluación, intervención y medición de impacto del programa con duración de tres años (2012-2014). **Resultados:** 882 encuestas a familias, 267 tiene por lo menos un integrante de la familia con diabetes mellitus tipo 2, en un total de 349 integrantes con DM2. Se incrementó de 11 a 247 familias con conocimientos de DM 2 que realizan acciones encaminadas a su autocuidado considerando como bueno a quienes obtienen un resultado en escala del 1 al 10, de manera regular disminuye de 48 a 8 familias y de manera deficiente disminuye de 208 a 12. Con un 95% de confianza, un 5% de margen de error, y un R^2 del 74.1 **Conclusiones:** Es importante incorporar el conocimiento de la enfermedad y del autocuidado para lograr que los pacientes obtengan su autonomía en recuperación y estabilidad en su estado de salud.

Palabras clave: Autocuidado, atención primaria, diabetes tipo II, intervenciones educativas

Abstracts

Introduction: In Mexico, diabetes mellitus type 2 (DM2) is third leading cause of mortality. **Objective:** To evaluate the impact of a program of health education to promote self-care behaviors in diabetic patients type 2. **Material and methods:** A exploratory, relational and longitudinal study. The structured interviews with informed consent for nursing interventions aimed at health education. The study was divided into three stages; Assessment, intervention and measuring program impact, lasting three years, 2012-2014. **Results:** 882 household surveys, 267 have at least one family member with diabetes mellitus type 2, a total of 349 members with DM 2. Increased from 11-247 families with knowledge of DM 2 who perform self-care activities aimed at considering as well to get a score on a scale of 1 to 10, regular how it decreases 48-8 and poor in the families who decreases of 208 to 12. The confidence index was 95%, the margin of error of 5%, and 74.1 R^2 **Conclusions:** It is important to incorporate knowledge of the disease and self-care knowledge to ensure that patients get their autonomy in recovery and stability of their health.

Key words: Self-care, primary care, diabetes mellitus type 2, educational interventions

Introducción

En México la DM2 ocupa el tercer lugar como principal causa de mortalidad. Lo anterior refleja lo grave del problema más aún cuando el objetivo nacional es elevar los niveles de salud de la población mexicana; lo que invita a buscar y/o mejorar las acciones de promoción, prevención y detección. El tratamiento de la diabetes es complejo y envuelve cambios en los estilos de vida, principalmente, en lo que se refiere a cambios en la alimentación, la realización de ejercicio físico y el tratamiento con medicamentos.¹ A partir del diagnóstico, los pacientes ponen en juego distintas estrategias de afrontamiento.² Evalúan la situación (que puede ser valorada como amenaza, como desafío o resultar indiferente) para luego resolver los problemas de manera cognitiva o conductual, o reaccionar con simple pasividad o evitación.³ Para tratar de afrontar la enfermedad, es necesario normatizar los cambios en el estilo de vida. Meichenbaum y Turk⁴ hacen una diferenciación entre cumplimiento, que tiene una connotación pasiva, y adhesión, que implica un compromiso activo.

Diversas investigaciones^{5,6} señalan que, pese a conocer las pautas del tratamiento, la mayoría de los diabéticos tienen dificultades para seguirlo ininterrumpidamente en especial el ejercicio físico, el autoanálisis de glucosa y el cumplimiento de la dieta.^{7,8} Sin embargo existen algunos aspectos positivos que nos ayudan en el tratamiento y control de esta enfermedad, como son, el conocimiento de la historia natural de la enfermedad y el conocimiento de autocuidado.⁹ De esta manera, la postura frente a la enfermedad minimiza o incrementa el impacto en el mundo familiar y laboral del paciente.

Las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) resaltan la educación oportuna del enfermo y su familia mediante un programa estandarizado, además de establecer estrictos criterios de control glucémico basados en las cifras de hemoglobina glucosilada, en los valores deseables del control de la presión arterial, del perfil lipídico y el cese del tabaquismo.¹⁰

La OMS considera que la educación sanitaria es la parte fundamental en el tratamiento de la diabetes y la única eficaz para el control de la enfermedad y la prevención de sus complicaciones.¹¹ Como concepto educativo el autocuidado ha cobrado auge en los últimos años a raíz de la prioridad asignada a la Atención Primaria como estrategia de elección para alcanzar la meta de salud para

todos en el año 2000, y por la declaración de la Carta de Ottawa,¹² donde el documento expresa que la salud se percibe como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, y añade que la buena salud contribuye a un mejor recurso para el progreso personal, económico y social y a una dimensión fundamental de la calidad de vida de los hombres.¹³

Según Coppard¹⁴ el autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad es decir todas las actividades individuales dirigidas a mantener su salud. Orem¹⁵ en su teoría de enfermería sobre el autocuidado, lo define como “la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar”, de acuerdo con esta autora el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de la combinación de experiencias gnoscitivas sociales.

Estas concepciones sobre el autocuidado incluyen las actividades referidas de promoción y el fomento de la salud, la modificación de estilos de vida perjudiciales para esta, la disminución de factores de riesgo y la prevención específica de enfermedades, el mantenimiento y recuperación de la salud, y rehabilitación. Además, es importante destacar que el autocuidado incluye conductas de carácter social, afectivo, psicológico y otras, que promueven la satisfacción de las necesidades básicas del hombre que lo integran como ser.¹⁵ Históricamente, la enfermería es una disciplina que tiene como uno de sus objetivos la educación de las personas para el autocuidado.⁷ Definiendo este como una función reguladora que los individuos utilizan deliberadamente para manutención de los requisitos vitales, del desarrollo y funcionamiento integral.¹⁶

La habilidad para desempeñar el autocuidado es desarrollada durante el curso de la vida diaria por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje, en el período de la madurez de la curiosidad intelectual, con la instrucción y supervisión de otros y mediante la experiencia de medidas de autocuidado.¹⁷ La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la educación para el autocuidado con la finalidad de prevenir y tratar las enfermedades crónicas. La educación para el autocuidado de las personas con problemas crónicos de salud debe promover el soporte para desarrollo de las habilidades de autocuidado, a fin de responsabilizarlas por su salud y ayudarlas a aprender a convivir mejor con la enfermedad, modificar o mantener los hábitos saludables, estimular la autoconfianza para sentirse mejor cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad.

Hacemos hincapié en los elementos del modelo de enfermería, quien nos da el supuesto de la enfermería como una manera de ayudar al bienestar humano. Los principales objetivos de enfermería son: Satisfacer la demanda terapéutica del paciente para su autocuidado. Orientar al paciente hacia una postura responsable de autocuidado, incrementando su independencia o adaptándolo a la limitación de sus capacidades. y Transferir responsabilidad a las personas encargadas del cuidado del paciente, haciéndolas cada vez más competentes para tomar decisiones acerca de los cuidados cotidianos.^{18,19}

Este estudio se basa en el modelo andragógico, donde la persona que facilita el aprendizaje toma en consideración el propósito de diseñar e instrumentar con la persona que desea aprender, un plan de acción que incluya el establecimiento de un clima que favorezca al aprendizaje, la creación de un mecanismo de planificación conjunta, el diagnóstico de las necesidades de aprendizaje, la formulación de los objetivos, contenidos y estrategias apropiados para satisfacer esas necesidades, la evaluación de los logros y el diagnóstico de nuevas necesidades. Este modelo se basa en el principio de ofrecer al que aprende las fuentes de recursos que lo ayuden el adquirir información, conocimientos y habilidades por sí mismo.

Material y Métodos

Se aplicó un diseño descriptivo, correlacional, longitudinal, muestreo por conveniencia, Se realizaron entrevistas estructuradas en domicilios de los pacientes, al momento de la visita se solicitó su participación al estudio mediante consentimiento informado para recibir intervenciones de enfermería encaminadas a la educación para la salud, en la primera entrevista se realizó un cuestionario con preguntas relacionadas con la Diabetes Mellitus tipo 2, para hacer el diagnóstico de conocimientos, así como las actividades que los pacientes realizan para su autocuidado. El estudio se dividió en tres etapas: Evaluación, intervención y medición de impacto del programa, este tuvo una duración de tres años, se inició el 1º. Enero del 2015 con la primera etapa de detección, y diagnóstico situacional de la población de estudio, en el año 2016 se realizan las intervenciones educativas y durante los meses de Enero – Agosto del 2017, se realiza la etapa de evaluación de impacto. Se consideró el Autocuidado durante la enfermedad según el modelo Dorothea Orem con las siguientes preguntas.

- Busca asistencia médica apropiada en condiciones de enfermedad
- Atiende los efectos de la enfermedad

- Administra correctamente las dosis de medicamentos indicados
- Identifica los efectos de los medicamentos prescritos
- Acepta la necesidad del cuidado de salud

Se consideró el Sistema de enfermería educativo donde el paciente tiene aptitudes para aprender las medidas terapéuticas de autocuidado. Y se evaluó con una escala tipo Likert las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad donde: se registró como negativa (valorada como indiferente con evitación) Neutra (valorada como amenaza y pasividad) y positiva (valorada como desafío, conducta activa) Evalúan la situación (que puede ser valorada como amenaza, como desafío o resultar indiferente).

Criterios de inclusión. Se incluyen pacientes con diagnóstico médico de diabetes tipo 2 y que aceptaran participar en la investigación firmando el consentimiento informado.

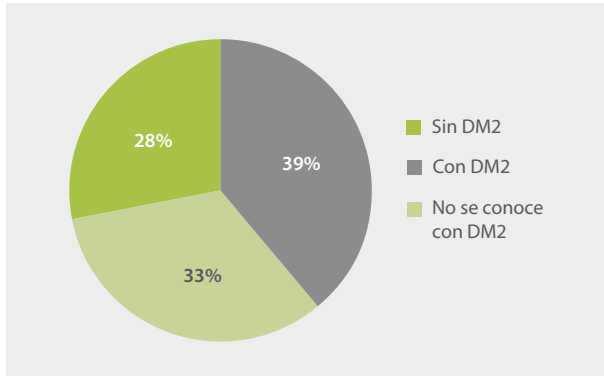
Criterios de exclusión. Se excluyen pacientes con antecedentes psiquiátricos y o dificultades para realizar actividades de autocuidado.

Análisis estadísticos. Se aplicó un nivel de confianza del 95% y un margen de error de +/-8. Sobre la base de un desvío estándar de 8 de la variable “autocuidado”. Con un coeficiente de determinación de R² para prueba de hipótesis de regresión lineal. Los datos fueron analizados estadísticamente de manera descriptiva e inferencial, según el nivel de medición de las variables, se realizó análisis de la varianza con pruebas post hot Scheffer, análisis de correlación ANOVA.

Resultados

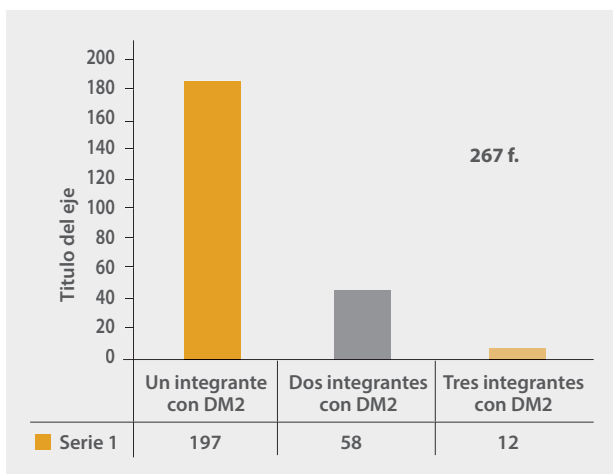
Se realizaron 882 encuestas a familias en sus domicilios por Áreas Geográficas Estadísticas Básicas (AGEBS), de las cuales 267 tiene por lo menos un integrante de la familia con diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada en sus clínicas, hospitales y centros de salud. El 39% 324 familias refieren no tener DM 2 por diagnóstico clínico, 267 (33%) padece DM2 y 230 (28%) corresponde a familias que no se conocen con DM 2. De las 267 familias con DM2, se obtuvo un total de 349 integrantes con DM 2. De las cuales 197 familias cuentan con solo un familiar que se conoce con esa enfermedad, 58 familias tienen dos integrantes con DM2 y 12 familias cuentan con tres integrantes con dicha enfermedad. (Gráficas 1 y 2)

Gráfica 1.
Población de estudio: Diagnóstico situacional de la DM tipo 2 en un grupo de población en el estado de Oaxaca.



El 39% 324 familias refiere no tener DM 2 por diagnóstico clínico, 267 (33%) padece DM2 y 230 el 28% corresponde a familias que no se conocen con DM 2.

Gráfica 2.
Etapas 1: Integrantes de las familias con DM2.



De las 267 familias, se obtuvo que un total de 197 familias tienen un familiar que se conoce con esa enfermedad, 58 familias tienen dos integrantes y 12 familias cuentan con tres integrantes con DM

En lo que respecta a la caracterización de la muestra N=267, un 57% fueron mujeres y 43% hombres, el promedio de edad fue de 49.64 años, y el de años transcurridos con la enfermedad fue de 10.12 años con un máximo de 18.26 y un mínimo de 4.56. En la primera etapa del estudio para la evaluación del conocimiento 177 tenían conocimientos deficientes referentes a la historia natural de la enfermedad y a las acciones de autocuidado encaminadas a su bienestar. En la tercera etapa del

estudio 22 solo fueron deficientes y 234 pacientes tenían conocimientos valorados como bueno (del 80 al 100) de respuestas en el cuestionario de historia natural de la enfermedad, esto dio como resultado en la valoración estadística un R^2 72.12 donde podemos inferir que la educación para la salud en este grupo de estudio fue de un 72% para adquirir conocimientos. (Gráfica 3) En la gráfica se observa que en la primera etapa 199 pacientes mostraron afrontamiento con evitación, y en la tercera etapa aun con el conocimiento muestran evitación 91 de los pacientes, en la primera etapa 46 pacientes mostraron una actitud neutra-amenazante y en la tercera etapa 32, los pacientes que tenían actitud desafiante en la primera etapa mostrando comportamientos de autocuidado fueron 22 y en la tercera etapa 144. Es posible en un 70% con el R^2 estadístico que el afrontamiento se vierta con actitudes positivas desafiantes y de afrontamiento activo. (Gráfica 4). En la tabla estadística ANOVA muestra una significancia estadística para todas las variables, cuanto más tendía a una actitud neutra o positiva, mejores fueron las prácticas de autocuidado en general, y en particular referidas la atención de efectos de la enfermedad, la administración de medicamentos indicados, la identificación de efectos de medicamentos prescritos y la aceptación de la necesidad del autocuidado de la salud, en menor significancia la búsqueda de asistencia médica apropiada en condiciones de enfermedad. En general la significancia estadística de ($p < 0.00$). (Tabla estadística 1).

Tabla estadística 1.
Actitudes hacia la diabetes en la tercera etapa de la investigación

Neutra	14.84	3.23
positiva	12.34	4.56

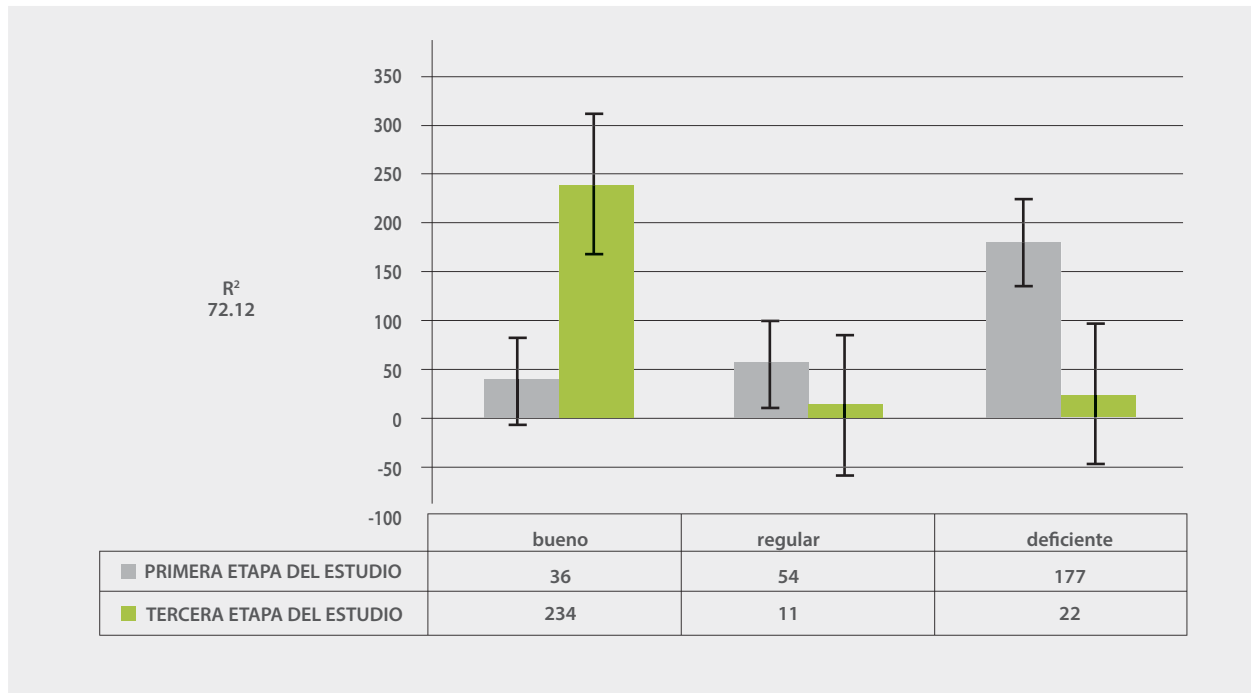
Neutra	11.89	2.33
positiva	13.12	4.23

Tabla estadística 2.
Análisis descriptivos y análisis de la varianza (anova) De las prácticas de autocuidado referentes a la DM2.

Neutra	13.22	5.32
Positiva	14.23	2.89

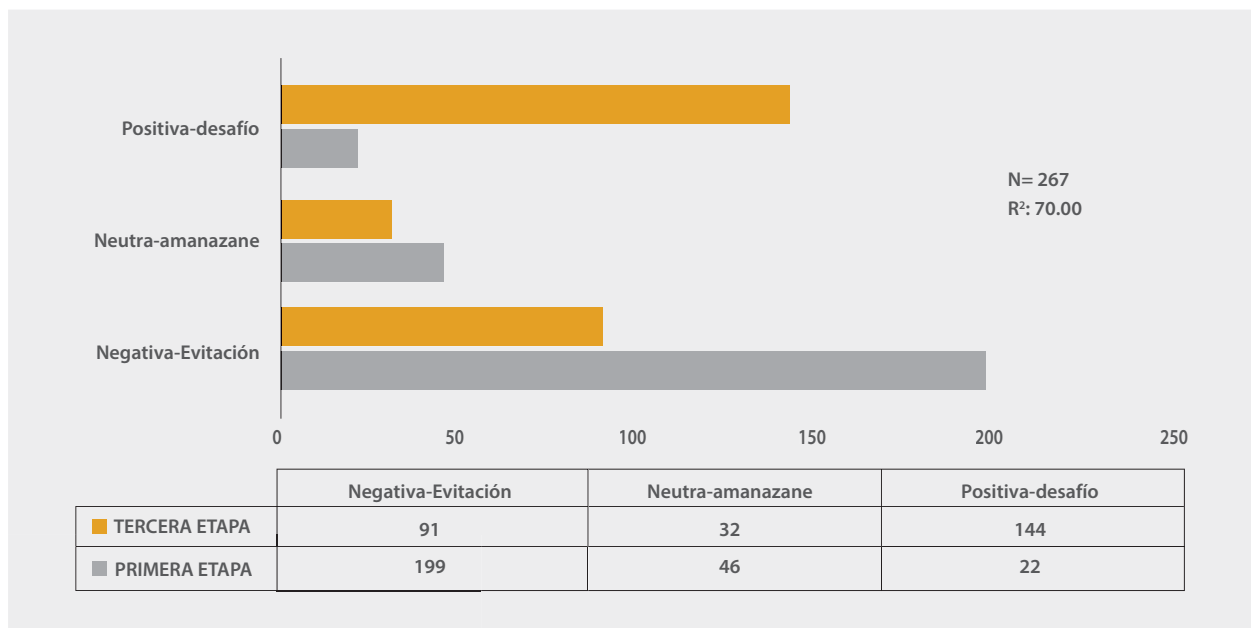
Neutra	3.43
positiva	2.32

Gráfica 3.
Evaluación del impacto del programa educativo para el autocuidado en pacientes con DM2.



Comparativa de conocimientos antes y después de la intervención educativa.

Gráfica 4.
comparativa de prácticas de autocuidado que realizan los pacientes según sus actitudes de afrontamiento hacia la DM2.



En la tabla estadística ANOVA (tabla estadística 2) se muestra una significancia estadística para todas las variables, es significativo que en cuanto más tendía a una actitud neutra o positiva, mejores fueron las prácticas de autocuidado en general, y en particular referidas cambios en la dieta, disciplina de medicación y autoexamen de glucosa capilar, ejercicio físico cuidados de los pies e higiene personal. En general la significancia estadística de ($p < 0.00$).

Discusión

Como mucho en medicina, la relación médico-paciente es vital para obtener los resultados requeridos en el éxito de los tratamientos. La gran demanda de los servicios médicos por Diabetes Mellitus y sus complicaciones cada vez es más agobiante de tal forma que los servicios de salud se verán colapsados en muy poco tiempo. Puesto que el médico de primer contacto no tiene el tiempo suficiente para explicar al paciente de su enfermedad y hacerlo copartícipe de la misma. Muchos de los actos del ser humano son inconscientes y una vez que se hacen conscientes es más fácil manejarlos.

La Atención Primaria a la Salud como concepto está ampliamente aplicada en los países de primer mundo. Comparativamente con lo que sucede en México esta aplicación es pobre, dado que el enfoque de la mayor parte de los servicios médicos es la atención secundaria y terciaria de la misma, es decir una vez que la enfermedad se ha desencadenado en donde no demeritamos que su atención oportuna evitara muchas de las complicaciones, el presente trabajo queda clasificado aquí. Es decir, una vez que ya se diagnosticó la enfermedad. En otro contexto no basta solo por parte del médico la prescripción de terapia farmacológica específica para coadyuvar la enfermedad, si no en una forma más integral la indicación precisa hacia el cumplimiento de una alimentación sana y saludable aunado al ejercicio físico. Tampoco basta solo

la prescripción sino la descripción detallada del cómo, cuándo y porqué de este. Se requieren grupos de trabajo que enlacen la práctica hospitalaria con los trabajos de campo.

El presente trabajo es justamente lo que se necesita a nivel de la comunidad. La promoción específica del autocuidado y la responsabilidad de mantenerse sano. Aun cuando se puede considerar un estudio pequeño la estadística aplicada muestra que esta es efectiva y puede traspolarse a otras patologías incluso algunos infecciosas que requieren monitoreo frecuente como el caso de tratamientos a largo plazo como el SIDA, la tuberculosis entre otras.

En este primer estudio exploratorio examinamos y dimos seguimiento a las familias con integrantes con DM 2 así mismo a las familias que no se conocen con esta enfermedad y dado que no era la finalidad de este estudio se seguirá el comportamiento de este segundo grupo en otra intención de seguir investigando.

Conclusión

La DM2 afecta una buena parte de la población adulta de valles centrales de Oaxaca, es común observar que las familias no tienen conocimientos acerca de la historia natural de la enfermedad, así como las medidas preventivas y medidas de autocuidado que favorecen el bienestar del individuo para el afrontamiento de la misma. Las familias aceptan las intervenciones de enfermería en su domicilio y cerca de su población, tiene la intención de mejorar su estado de salud y practican con frecuencia los conocimientos adquiridos según el seguimiento después de la intervención educativa.

El autocuidado se presenta como una alternativa viable y efectiva cuya incorporación a la atención integral de la población encuestada significa un paso adelante en la búsqueda de la equidad sanitaria.

Referencias bibliográficas

1. De León LA. Impacto de un programa educativo coordinado a pacientes Diabéticos. 4ª Reunión Nacional de Investigación en Enfermería, México; 1997.
2. Gómez OSL. Factores que contribuyen a que el paciente con enfermedades crónica degenerativas tengan ingresos recurrentes en el hospital general. 5ª Reunión Nacional de Investigación en Enfermería, México; 1998.
3. Ahluwalia R, Vora J. Management of type 2 diabetes: from guidelines to clinical practice. *Med Clin (Barc)* 2010; 135(Supply 2): 9:14
4. Meichenbaum D, Turk DC. Facilitating treatment adherence: a practitioners guidebook. Nueva York: Plenum Press; 1987.
5. Organización Mundial de la Salud. 1991 Directrices para el desarrollo de un programa nacional para la diabetes mellitus.

- Ginebra: OMS. División de enfermedades no transmisibles y tecnología de la salud. Informe OMS/DBO/DM 91-1.
6. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona, Martínez Roca, 1986
 7. Cano Vindel A, Miguel –Tobal JJ. Emociones y salud. Ansiedad y Estrés 2001; 7 (23): 111-21
 8. Podell RN, Gary LR. Compliance: a problema in medical management. American Family Physician 1976; 13: 74-80.
 9. Dunbar JM, Stunkard AJ. Adherence to diet and drug régimen. En: Levy R, Rifkind B, Denis B, Ernst N (comps.) Nutrition, lipids and coronary heart disease. Nueva York, Raven Press, 1980.
 10. Hayes E, McCahon C, Reeve Panahi M, Hamre T, Pohlman K. Alliance not compliance: Coaching strategies to improve type 2 diabetes outcomes. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 2008; 20 (3): 155-162
 11. Amigó I, Fernández C, Pérez M. La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En: I Amigó (ed), Manual de psicología de la salud. Madrid: Pirámide; 1998: p.229-70
 12. Díaz L, Galán S, Fernández G. Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo 2. Salud pública de México. 1993; 35 (2): 169-17
 13. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud .1986 Una referencia internacional sobre la promoción de la salud. Ottawa, Noviembre 1986
 14. Coopard L. La autoatención de la salud y los ancianos. En: Hacia el bienestar de los ancianos. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1985.
 15. Orem D. Nursing. Concepts of Practice. 6th ed. St Louis: Mosby; 2001.
 16. Kickbusch I. self-care in health promotion. Soc sc Med. 1989;29 (2):125:30
 17. Otero LM, Zanetti ML, Souza CRT. Sociodemographic and clinical characteristics of a diabetic population at a primary level health care center. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007; 15 (no. spe): 768-73.
 18. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en la Salud: la contribución de las instituciones de salud en América Latina. Chile (Santiago): Organización Panamericana de la Salud; 2006.
 19. Woodbam Smith, Cecil, A. Florence Nigtingale, 1820-1910, McGraw-Hill Book Co., Nueva York, 1991