

Conocimiento sobre autocuidado en pacientes ingresados en el servicio de medicina con diabetes mellitus

Knowledge about self-care in patients admitted to the medical service with diabetes mellitus

Lara Pérez, Roberto Valentín¹
Bermúdez Reinoso, Rafael²
Rodríguez Sifonte, Rosa María¹

¹ Hospital Clínico Quirúrgico Universitario "Arnaldo Milian Castro"/Departamento de Gastroenterología, Santa Clara, Cuba, yalimism@infomed.sld.cu

² Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda"/Neonatología, Santa Clara, Cuba, rafaelbr@infomed.sld.cu

Resumen

Introducción: Dentro de la promoción de salud en la educación diabetológica es importante la consideración del autocuidado, ya que este se relaciona con las acciones que toman las personas en beneficio de su propia salud e incluye la práctica de ejercicio físico, nutrición adecuada y el autocontrol. **Objetivo:** Identify the knowledge about self-care in patients admitted with Diabetes Mellitus type 2. **Métodos:** Se realizó un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo entre los meses de julio a diciembre del 2017, mediante muestreo por conveniencia se aplicó una entrevista no estructurada a personas diabéticas por medio de grupos focales. Los datos fueron sometidos a análisis cualitativo y descriptivo. **Resultados:** Se entrevistaron a 156 pacientes los cuales consideran a la diabetes mellitus tipo 2 como una enfermedad que les causa una gran carga emocional y los dirige a inevitables complicaciones, reconocen como el principal factor etiológico al susto o coraje, predomina la idea de dieta de castigo, consideran los beneficios del ejercicio, pero no lo realizan. Automodifican el tratamiento médico y lo complementan con herbolaria. Atribuyen a la insulina como causa de la ceguera en los diabéticos. Son conscientes de que su descontrol glucémico se debe a trasgresión en el plan alimentario no obstante persisten en las trasgresiones. Se detectó poco interés por el autocuidado. **Conclusiones:** El conocimiento sobre autocuidado de los pacientes ingresados con Diabetes mellitus tipo 2 no son suficientes, lo que mejora con una adecuada intervención de enfermería.

Palabras clave: Autocuidado; Diabetes Mellitus; Atención Primaria.

Abstract

Introduction: Inside the promotion of health in the education diabetológica the consideration of the autocare is important, since this one is related to the actions that the persons take for the sake of their own health and includes the practice of physical exercise, suitable nutrition and the self-control. **Objective:** To identify the knowledge on its illness, habits of feeding, physical activity and patients' treatment with Diabetes Mellitus type 2. **Methods:** Is realized a qualitative, exploratory and descriptive study between July to December, 2017, by means of sampling by expediency is applied an interview not structured to diabetic persons by means of focal groups. The information was submitted to qualitative and descriptive analysis. **Results:** They met 156 patients who consider to the diabetes mellitus type 2 as an illness that causes them a big emotional load and directs them to an inevitable destination of fatal complications, they admit like the main factor etiológico to the fright or courage, it predominates over

the idea of a diet of punishment, they think the year's profits, nevertheless they do not realize it. They automodify the medical treatment and complement it with herbalist. They attribute to the insulin as cause of the blindness in the diabetics. They are you consent of that its lack of control glucémico owes to trasgresión in the food plan nevertheless they persist in the trasgresiones. Little interest in the auto-care is detected. **Conclusions:** Knowledge about self-care for patients admitted with type 2 Diabetes mellitus is not sufficient, which is improved by proper nursing intervention.

Key words: Autocare; Diabetes Mellitus; Primary health care.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las enfermedades infecciosas ceden su protagonismo, respecto a la morbilidad y mortalidad, a las crónicas y a las suscitadas por comportamientos inadecuados, un ejemplo de ello es la diabetes Mellitus.

Es una de las causas más frecuentes de ingresos y egresos hospitalarios, además de generar un importante deterioro sobre la calidad de vida e ingreso económico individual y familiar, que se ve reflejado en el incremento de días de incapacidad temporal y pensión por invalidez generados por esta causa.^{1,2}

La dieta, la actividad física y el manejo farmacológico, son pilares en el tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2 2); los dos primeros entrañan una mayor dificultad y complejidad para su abordaje, al involucrar aspectos culturales y afectivos individuales y sociales, los cuales determinan la adopción de estilos de vida nocivos para la salud.³

Esta situación ha originado que las Instituciones de Salud, reconozcan la importancia de estos factores sobre la salud y la enfermedad. Así se explica porque en las últimas décadas, la educación para la salud forme parte fundamental de las estrategias de control y prevención de la DM2. Se espera que a través del proceso educativo, los individuos reflexionen sobre los estilos de vida que han influido sobre su salud, reconozcan de manera temprana los signos y síntomas de la enfermedad así como la aparición de complicaciones.⁴

No obstante, a que las Instituciones de Salud reportan una alta productividad en educación sobre la DM2, esta continúa siendo un problema de salud pública importante, ya que persiste un gran desconocimiento de la población sobre la evolución y complicaciones de la enfermedad, es evidente que predominan los significados culturales, tal como lo reflejan los múltiples mitos y creencias (en su mayoría erróneos) acerca de la misma.²

Resulta lógico señalar que para lograr un verdadero control de la DM es necesaria una intervención multidisciplinaria que permita abordar los diversos factores de riesgo. Por desconocer la verdadera naturaleza de su enfermedad las personas diabéticas sufren innecesariamente las complicaciones de su padecimiento, lo que los lleva a tener una mala calidad de vida o una muerte prematura.^{4,5} Hay evidencias que señalan a las prácticas alimenticias como fuertemente influenciadas por creencias y mitos y con un gran arraigo social.⁶

Desafortunadamente la charlatanería ha influido en el manejo de la DM2, no es raro leer en internet ciertos anuncios que aseguran tener la curación para la diabetes. La única manera de evitar estos abusos es reconociendo el impacto que estas creencias y mitos tienen sobre la salud y recuperar estos aspectos vivenciales dentro de los eventos educativos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que un proceso de educación para la salud es efectivo, cuando identifica en primer lugar las creencias, mitos y barreras presentes en la población a educar y con base en esta información se establecen los contenidos temáticos.⁷

Según Elliot P. Joslin: "El diabético que más sabe, es el que más vive", por su parte la OMS puntualiza: "La educación es una piedra angular en el tratamiento del diabético y vital para la integración del diabético a la sociedad". Por ello, es de suma importancia evaluar los métodos de enseñanza que se imparten a las personas diabéticas, e investigar que tan interesado está el paciente en su enfermedad y ela-

borar un perfil de su esfera psicosocial, pues se sabe que sobre el control del paciente diabético intervienen algunas variables de esta esfera, que se correlacionan con las fluctuaciones de la glicemia.^{8,9}

Por las características e importancia de la práctica de la medicina familiar, se considera que este es el sitio ideal para planear y ejecutar programas educativos, con enfoque preventivo primario y secundario que permitan la detección oportuna, el tratamiento temprano y la rehabilitación pertinente,¹⁰ sin embargo para que los programas educativos sean eficientes deben diseñarse a partir de las creencias, costumbres y mitos que predominan en la población portadora de diabetes.

Las investigaciones cubanas sobre diabetes demuestran que más de la mitad de los pacientes manifiestan estilos de vida no saludables, como incumplimiento de la dieta y de la práctica de ejercicios físicos, falta de control metabólico, el abuso de la ingestión de sustancias psicotropas, así como insuficiente conocimiento de su enfermedad. Por tanto, se hace necesario el desarrollo de una investigación con el objetivo de Identificar las creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).

II. MÉTODOS

- A) Tipo de estudio: cualitativo, exploratorio y descriptivo
- B) Período: julio a diciembre del 2017
- C) Lugar: servicio de medicina interna del Hospital Clínico Quirúrgico Universitario “Arnaldo Milian Castro” de Santa Clara, Villa Clara
- D) Población: 209 pacientes
- E) Muestra: 156 pacientes
- F) Muestreo: intencional u opinático que cumplieran con los criterios siguientes: diagnóstico de DM2, sin importar el tiempo de evolución, sexo, edad o tipo de tratamiento. No se incluyeron personas con alguna discapacidad física o mental que les impidiera escuchar o proporcionar información.
- G) Recolección de la información: La entrevista fue del tipo no estructurada, abarco temas sobre la enfermedad, la alimentación, ejercicio, tratamiento y uso de alternativas terapéuticas como la medicina herbolaria, con la finalidad de saber cuáles son los conocimientos y perspectivas de las personas diabéticas respecto a estos tópicos. Todas las entrevistas fueron transcritas; se procedió a organización de los datos con el apoyo del programa.
- H) Aspectos éticos: Se explicó detalladamente el proceso y contenido del trabajo y la privacidad en el manejo de sus datos. Las encuestas se aplicaron en un local con la privacidad requerida. Previamente firmaron el modelo de consentimiento informado. Fue aprobado por la dirección del hospital y por consejo científico.
- I) Variables: conocimiento de la diabetes, hábitos de alimentación, efectos del ejercicio físico, acerca del tratamiento y uso de la herbolaria y sobre las causas del descontrol glicémico. También se recolectaron datos sociodemográfico como edad, sexo, escolaridad y años de diagnóstico de DM2.
- J)

III. RESULTADOS

En las características sociodemográficas de la muestra se encontró que la edad predominante fue la de 60-69 con 70 (44.9%) pacientes. 122 pacientes (78%) correspondieron al sexo femenino. En el estado civil predominó los casados con 54 paciente para un (34.6%) y la ocupación fue trabajador con 63(40.4%) pacientes. En cuanto a los años de diagnóstico con DM2 fue 11-20 años con 72 (46.2%) de los pacientes.

Categorías del estudio:

Conocimientos de las personas con DM2 respecto a su enfermedad

Perciben a la DM2 como una enfermedad peligrosa que los lleva a un destino inevitable de deterioro orgánico en el que algún día tendrán una o varias de las complicaciones de la diabetes sin poder hacer nada por evitarlas o retardar su aparición. Se refieren a la enfermedad, como un malestar crónico, algo

que les preocupa en su estilo de vida, sin posibilidades de llevar una vida “normal”, donde una alimentación sana y el autocuidado constituye la mayor carga.

Conocimiento de las personas con DM2 respecto al origen de su enfermedad

Atribuyen como etiología de la DM2 a un “susto” o “espanto”. Algunos toman en cuenta los factores de riesgo como la herencia, obesidad, malos hábitos de alimentación como una posible causa, pero no perciben el carácter multifactorial del origen de la diabetes. Argumentan que la presencia de eventos profundamente estresantes -especialmente momentos de pérdida o fuerte impresión- como factores capaces de desencadenar la enfermedad. Otros refieren no tener idea alguna sobre el origen de la DM2.

Tipo de alimentación que llevan las personas diabéticas entrevistadas

En cuanto a las categorías referentes a la alimentación los diabéticos expresaron comer “de todo” como una falta a la indicación médica, no toman en cuenta el balance del aporte nutricional ni calórico, abocándose solamente a evitar o no consumir en exceso hidratos de carbono simples. No consideran al plan de alimentación como parte del tratamiento integral de la diabetes. El tipo de alimentación que se les recomienda es descrita como prohibitiva, restrictiva, como una dieta de los “no” y en la mayoría de los casos no existe apego a ella, por considerarla difícil de implantar y que además no es de su agrado, la consideran muy especial y de elevado costo. Debido a que este tipo de alimentación la reconocen como “extraña” se ven en la necesidad de preparar dos tipos de alimentos, uno para las personas diabéticas y otro para los demás miembros de la familia o bien se adaptan a los gustos y preferencias alimentarias de estos. La familia no considera que las recomendaciones dietéticas para el paciente diabético sean recomendables para la población en general. Tienen la idea que al saberse con DM2, están destinados a que su alimentación se encuentre basada en verduras. El tipo de alimentación no permitida se basa en refrescos, azúcar, grasas y harinas no tomando en cuenta la importancia de una alimentación balanceada.

Conocimiento sobre los efectos que obtienen las personas diabéticas al hacer ejercicio físico todos sin duda atribuyen efectos benéficos al ejercicio, sin embargo no tienen una idea clara respecto a los beneficios de este en la hiperglucemia. Por otra parte, no lo consideran como parte del tratamiento integral de la DM2. No tienen el hábito del ejercicio como práctica diaria a pesar de estar conscientes de los beneficios de este o si se lleva a cabo no es con el ritmo, frecuencia y duración recomendada para que sea efectivo. Se tiene la creencia que las actividades diarias forman parte del ejercicio efectivo.

Conocimiento de las personas con DM2 acerca del tratamiento de su enfermedad en cuanto al tratamiento con medicamento, encontramos que todos atribuyen mejoría con el tratamiento a base de pastillas, aunque piensan que a largo plazo tendrán un efecto colateral, afectando principalmente al riñón, no por la propia enfermedad, sino por la cantidad de medicamentos administrados. Existen modificaciones por parte de los pacientes en cuanto al horario y dosis del medicamento según su percepción de bienestar o sensación de tener hiperglucemia.

Persiste la idea cultural de que la insulina es causante de ceguera, temen su uso; algunas personas difieren de esta idea, principalmente las que la utilizan actualmente. Que no se recuerde el nombre del fármaco, lo cual denota - además- escaso interés por su autocuidado; esta situación conlleva el riesgo de confundir los medicamentos al momento de su ingesta, en especial cuando se realiza el tratamiento de otras enfermedades crónico-degenerativas.

Uso de herbolaria en las personas con DM2 entrevistadas

La mayoría de los pacientes hacen uso de algún tratamiento alternativo, como complemento del tratamiento prescrito por el médico, encontrando con más frecuencia el uso de infusiones, los pacientes tienen preferencia por este y en algunas ocasiones suspenden el medicamento “alopático” por tomar el tratamiento alternativo. Algunos otros encuentran confianza únicamente en el medicamento, pues aunque preferirían llevar tratamiento con herbolaria consideran que es necesario el conocimiento adecuado de estas y su dosificación, y otras personas no lo toman en cuenta.

Conocimiento sobre las complicaciones de la DM2. En general si tienen una idea clara de las complicaciones de la DM2, aunque las perciben como algo que poco o nada pueden modificar. Manifiestan mucho temor a padecerlas y en la mayoría de los casos las conocen por que las han visto en sus familiares, amistades o en ellos mismos, no informándose por otra fuente -de preferencia de origen médico-. La mayoría esta consiente sobre cómo se pueden evitar o retardar las complicaciones. Atribuyen al tratamiento, al plan alimentario, a la actividad física y sin embargo no presentan un adecuado apego a estos.

Conocimiento de la última cifra de control glicémico

La mayoría se encuentran con glucemias por arriba de lo que consideramos un control regular y en algunas ocasiones no recuerdan su control, como una negación a todo lo que implica la diabetes y poco interés por su autocontrol. Tienen clara conciencia que la trasgresión en la dieta, o falta de apego a las indicaciones médicas es causa de descontrol glicémico, y sin embargo persisten esos hábitos.

Discusión

El presente estudio busca hacer una reflexión desde la medicina sobre las posibilidades de aplicación del método etnográfico en la práctica de los profesionales de la salud, como una herramienta que enriquece el proceso inductivo de construcción del conocimiento médico, sin excluir otras formas de aproximación al objeto de estudio: la naturaleza humana en toda su expresión.

La investigación cualitativa aporta herramientas útiles al personal sanitario que le permiten cualificar su práctica profesional, ser reflexivos y críticos en su actuar, y adquirir información sobre las múltiples situaciones que generan en la vida cotidiana de los pacientes.

La etnografía como análisis de la vida cotidiana, necesariamente abarca lo cultural ya que esta crea y recrea en los espacios de encuentro de dimensiones y espacios culturales, entre estos el acto médico es el espacio de encuentro intercultural cotidiano y permite abordar otras dimensiones poco tangibles por los métodos experimentales empírico analítico.

Las personas con las que se tuvo contacto perciben a la diabetes como una enfermedad incurable y peligrosa, un malestar crónico que los estigmatiza, percibiendo alteraciones emocionales como talante bajo, resultados que también son descritos por Jauregui-Jimenez¹¹ y De los Ríos Castillo.¹²

En cuanto al conocimiento sobre la etiología de la DM2 persiste el arraigo cultural del susto o episodio de fuerte carga emocional como origen de la diabetes resaltado también en las observaciones de Ledon¹³.

Por el tipo de alimentación es necesario orientar al paciente diabético sobre el padecimiento haciéndose énfasis sobre la alimentación como parte del tratamiento de la DM2, involucrando a la familia para que se integre a este tipo de alimentación, este tópico concuerda con Méndez¹⁴, quien reporta que los diabéticos tiene la necesidad de mantener solidaridad con la familia para poder sobrellevar la enfermedad.

En cuanto al ejercicio el presente trabajo los resultados concuerdan con lo reportado por Calderon¹⁵, ya que los pacientes están de acuerdo en los beneficios del ejercicio físico, sin embargo no lo efectúan, ya sea porque no adquieren el hábito o por presencia de enfermedades concomitantes como osteoartritis que les impide realizarlo.

En lo que respecta al tratamiento de la DM2, se encontró que utilizan y tienen gran confianza en la medicina alternativa, algunas veces modifican la dosis y el horario del tratamiento médico, según como el paciente perciba su estado general, de bienestar o malestar. “La insulina como causa de ceguera” sigue teniendo un fuerte patrón cultural, hábitos y creencias que describe también Arauz⁸.

Los pacientes están conscientes de que una de las causas más importantes de la hiperglucemia es la constante trasgresión dietética o falta de apego al tratamiento, como si existiera un duelo no resuelto debido a la pérdida de la salud. Como consecuencia de la fase de negación y donde no interesa el autocuidado.

IV. CONCLUSIONES

El conocimiento sobre autocuidado de los pacientes ingresados con Diabetes mellitus tipo 2 no son suficientes, lo que mejora con una adecuada intervención de enfermería.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Solano-Solano G, Pace AE, García-Reza C, Del Castillo-Arreda A. Efectos de un protocolo aplicado por enfermeras en el control metabólico a personas con diabetes tipo 2. *Cienc Enferm.* 2013; 19(1):83-93.
2. Ramírez RM. Gestión de la calidad técnica de la atención a pacientes Diabéticos(as) del Centro de Salud de Huitzilac de febrero a mayo de 2008 [Tesis de maestría]. México: 2008: Cuernavaca Morelos. Disponible en: www.inspvirtual.mx/CentroDocumentacion/.../
3. López-Ridauro R. Oportunidades y la calidad de la atención en salud: el caso de la diabetes. *Salud Pública de México.* 2007; 49:205-207.
4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa Institucional de Atención al Paciente diabético, Manual del Aplicador del Módulo DIABETIMSS. Distrito Federal, México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2009.
5. Figueroa-Suárez ME, Cruz-Toledo JE, Ortiz-Aguirre AR, Lagunes- Espinoza AL, Jiménez-Luna J, Rodríguez-Moctezuma JR. Estilo de vida en diabetes. *Gaceta Médica de México.* 2014; 150:29-34.
- 6- Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Diabetes Mellitus. Incidencia y tratamiento. *Bibliomed Suplemento* [Internet]. Oct 2015 [citado 27 Oct. 2015]:[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2015/10/bibliomed-suplemento-octubre-2015.pdf>
- 7- Conesa del Río JR, Conesa González AI. Diabetes Mellitus. Fundamentos de la terapia dietética para su control metabólico [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015 [citado 15 Dic. 2015]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/diabetes_mellitus/indice_p.htm
8. Arauz AG, Sánchez GP, Padilla G, Fernández M, Rosello M, Guzmán S. Intervención educativa comunitaria sobre diabetes en el ámbito de la atención primaria. *Rev Panam Salud.* México. 2001; vol. 9:145-146
- 9 Aschner P, coordinador. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 [Internet]. República Dominicana: Asociación Latinoamericana de Diabetes; 2012 [citado 15 Abr. 2013]. Disponible en: <http://academia.utp.edu.co/medicinadeportiva/files/2012/04/Guias-ALAD>
- 10 Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2014 [Internet]. La Habana: Dirección de registros médicos y estadísticas de salud; 2015 [citado 15 Jun. 2015]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2014.pdf>
11. Jauregui JT, De la Torre AS, Gómez GP. Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial. *Rev Med IMSS;* 40(4):3007-318.
12. De los Ríos CJL, Sánchez SJJ, Barrios SP, Guerrero SV. Calidad de vida en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2. *Rev Med IMSS* 2014; 42 (2): 109-116.
13. Ledon LL, Chirinos CJ, Hernández YJA, Fabre RB, Mendoza TM. El precio de la transformación: reflexiones desde la experiencia de personas que viven con endocrinopatía. *Rev Cubana Endocrinol* v.15 n.3 Ciudad de la Habana Sep.-dic. 2014. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S018897962004000300004&script=sci_arttext&tlng=es
14. Méndez LDM, Gómez LVM, García RME, Pérez LJM, Navarrete EA. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2 *Rev Med IMSS* 2014; 42 (4): 281-284
15. Calderon DC, Garza EM. El paciente diabetico y las atribuciones hacia su enfermedad. *Revista de Salud Pública y Nutrición. Edición especial* 2015 No. 1. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/imms/index.html>