

Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México¹

Irasema Romero Baquedano²

Manoel Antônio dos Santos³

Tatiane Aparecida Martins⁴

Maria Lúcia Zanetti⁵

Este estudio tuvo por objetivos determinar la capacidad de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 y relacionar esa capacidad con algunas variables sociodemográficas y clínicas. Participaron 251 personas que ingresaron en un hospital de urgencia en México, en 2007. Los datos fueron obtenidos mediante entrevista domiciliar dirigida, utilizándose de formulario, cuestionario y Escala de Capacidad de Autocuidado. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva y correlacional. Los resultados mostraron que 83(33,5%) sujetos presentaron buena capacidad de autocuidado y 168(66,5%) capacidad regular. Se obtuvo una correlación directamente proporcional entre capacidad de autocuidado y años de estudio ($r=0,124$; $p<0,05$) y una correlación negativa con la religión ($r_s=-0,435$; $p<0,05$) y tiempo de evolución de la enfermedad ($r=-0,667$; $p<0,05$). Se concluye que la mayoría de las personas con diabetes mellitus tipo 2 presentó una capacidad de autocuidado regular. La capacidad de autocuidado está vinculada a múltiples variables, que merecen atención de los profesionales de salud cuando se realiza la proposición de programas de educación.

Descriptores: Autocuidado; Diabetes Mellitus; Enfermería; Servicios de Salud.

¹ Artículo parte de la Tesis de Doctorado "Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes tipo 2 no Serviço de Urgência do Hospital Regional Mérida, Yucatán, México", presentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil.

² Enfermera, Doctor en Enfermería, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, acuerdo con la Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, Universidad de Guanajuato, Celaya, México. E-mail: irasemaromero@hotmail.com.

³ Psicólogo, Doctor en Psicología, Profesor Doctor, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br.

⁴ Estudiante del Curso de Licenciatura en Enfermería, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil. E-mail: tatiane.martins@usp.br.

⁵ Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil. E-mail: zanetti@eerp.usp.br.

Correspondencia:

Maria Lúcia Zanetti
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada.
Av. Bandeirantes, 3900, Campus Universitário
Bairro Monte Alegre
CEP: 14040-902 Ribeirão Preto, SP, Brasil.
E-mail: zanetti@eerp.usp.br

Autocuidado de personas con diabetes mellitus atendidas en servicio de urgencia en México

Este estudio tuvo por objetivos determinar la capacidad de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 y relacionar este trastorno con algunas variables sociodemográficas y clínicas. Participaron 251 personas que ingresaron en un hospital de urgencia en México, en 2007. Los datos fueron obtenidos mediante entrevista domiciliar dirigida, utilizando-se de formulario, cuestionario y Escala de Capacidad de Autocuidado. Para el análisis, utilizó-se estadística descriptiva y correlacional. Los resultados mostraron que 83(33,5%) sujetos presentaron buena capacidad de autocuidado y 168(66,5%) capacidad regular. Obtuvo-se correlación directamente proporcional entre capacidad de autocuidado y años de estudio ($r=0,124$; $p<0,05$) y negativa para religión ($r_s=-0,435$; $p<0,05$) y tiempo de evolución de la enfermedad ($r=-0,667$; $p<0,05$). Concluyó-se que la mayoría de las personas con diabetes mellitus tipo 2 presentaron capacidad de autocuidado regular. La capacidad de autocuidado está vinculada a múltiples variables, que merecen atención de los profesionales de salud cuando de la proposición de programas de educación.

Descriptores: Autocuidado; Diabetes Mellitus; Enfermedad; Servicios de Salud.

Self-Care of Patients with Diabetes Mellitus Cared for at an Emergency Service in Mexico

This study examines the self-care ability of type 2 diabetes mellitus patients and relates it to sociodemographic and clinical variables. The study included 251 patients who were cared for by an emergency service in Mexico, in 2007. Data were obtained through structured interviews held at participants' households, through a form, a questionnaire and the Self-Care Ability Scale. Descriptive and correlation statistics were used for data analysis. The results show that 83 (33.5%) individuals displayed good self-care ability and 168 (66.5%) individuals displayed regular ability. A directly proportional correlation was found between self-care ability and schooling ($r=0.124$; $p<0.05$), as well as a negative correlation for religion ($r_s=-0.435$; $p<0.05$) and duration of disease evolution ($r=-0.667$; $p<0.05$). The conclusion is that most of the individuals with type 2 diabetes mellitus displayed regular ability for self-care. Self-care ability is related to multiple variables that should be taken into account by health professionals when suggesting educational programs.

Descriptors: Self Care; Diabetes Mellitus; Nursing; Health Services.

Introducción

Diferentes definiciones de autocuidado son dadas en contextos culturales y sociales específicos⁽¹⁾. En los países del continente Americano, el autocuidado se refiere a las acciones que las personas adoptan en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal; éste es definido como prácticas realizadas por las personas y familias mediante las cuales son promovidos comportamientos positivos de salud, en la prevención de enfermedades y en el tratamiento de los síntomas⁽¹⁾.

Históricamente, la Enfermería es una disciplina que tiene como uno de sus objetivos la educación de las

personas para el autocuidado⁽¹⁾. El autocuidado es definido como una función reguladora que los individuos utilizan deliberadamente para manutención de los requisitos vitales, del desarrollo y funcionamiento integral⁽²⁾.

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⁽³⁾.

El autocuidado también es considerado como parte del estilo de vida de las personas, el cual es comprendido como estándares de conducta que se reflejan en la forma de interactuar de los individuos con su medio social⁽³⁾. El concepto de estilo de vida es amplio y envuelve los estándares que surgen de la selección de opciones disponibles que tienen las personas, según las circunstancias sociales y económicas, y las facilidades con que ellas pueden elegir otras alternativas. Así, la elección de un estilo de vida saludable implica en acciones de autocuidado concreto, tales como la automedicación, el autotratamiento, el apoyo social y el cuidado en situaciones de enfermedad en el ambiente de la persona⁽³⁾.

La Organización Mundial de la Salud recomienda la educación para el autocuidado con la finalidad de prevenir y tratar las enfermedades crónicas⁽¹⁾. La educación para el autocuidado de personas con problemas crónicos de salud debe promover el soporte para el 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.

El autocuidado es una estrategia eficaz para la reducción de los costos de la salud, colaborando para la reducción del número de admisiones hospitalarias y de las consultas de urgencia, uso racional de los medicamentos y mejor relación entre el profesional de salud y el paciente⁽¹⁾.

En ese contexto, el autocuidado en salud es definido como las medidas que cada persona, de forma individual, toma para proteger su bienestar físico, mental y social. El autocuidado tiene como fundamento la creencia que el hombre es capaz de cuidar de su salud y comprende una serie de acciones para mantener la salud física y mental, prevenir enfermedades, satisfacer las necesidades físicas y psicológicas, recorrer a la consulta médica o automedicarse⁽¹⁾.

Al considerar que las personas con diabetes mellitus presentan una condición crónica de salud, que exige cuidados permanentes para manutención de su calidad de vida y control metabólico, se percibe la necesidad de desarrollar habilidades de autocuidado para el manejo de la enfermedad. En particular para las personas con diabetes mellitus tipo 2, cuya prevalencia está asociada al estilo de vida; introducir cambios en los hábitos diarios puede constituir estrategia efectiva en la prevención de la enfermedad⁽⁴⁾.

Cabe al equipo multiprofesional de la salud ayudar a la persona con diabetes a desarrollar habilidades de autocuidado para el manejo de la enfermedad, a fin de

que mantenga un adecuado control metabólico, de modo a prevenir o retardar las complicaciones crónicas provenientes de la enfermedad⁽⁵⁾. La presencia del profesional es particularmente importante cuando ocurren situaciones en que la persona tiene dificultad para responsabilizarse por el cuidado de sí misma.

Así, para una actuación efectiva el profesional necesita conocer las variables relacionadas al autocuidado. Algunos estudios han abordado esas cuestiones, investigando las variables relacionadas al acceso a la información y conocimiento, satisfacción con los servicios de salud y apoyo familiar, entre otros factores psicosociales relevantes⁽⁵⁻⁹⁾.

Delante de lo expuesto este estudio enfoca las variables relacionadas a la capacidad de autocuidado en personas atendidas en un servicio de urgencia de un hospital general, a fin de ofrecer subsidios para la restructuración de la atención a la población con diabetes en México en el contexto del Modelo Integrado de Atención de la Salud (MIDAS)⁽¹⁰⁾. Se trata de un modelo comunitario de atención integral, orientado para las necesidades de salud de la población. Presupone la formación de compromisos que articulan el cuidado profesional de la capacidad de autocuidado del usuario⁽¹⁰⁾.

Conocer las variables relacionadas al autocuidado posibilita identificar las posibles barreras para la adhesión de las personas con diabetes tipo 2 al tratamiento instituido, así como proponer estrategias educativas para el fortalecimiento del autocuidado en la población estudiada.

De ese modo, este estudio tiene como objetivos determinar la capacidad de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 y relacionar esa capacidad con sexo, edad, años de estudio, religión, tiempo de evolución de la enfermedad y participación en grupos de apoyo.

Material y Métodos

Se trata de un estudio descriptivo y transversal realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital Regional de Mérida del Instituto de Providencia y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en la ciudad de Mérida, Yucatán, México, en el período de enero a diciembre de 2007.

La muestra fue seleccionada por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, de ambos sexos, con edad entre 30 y 80 años, residentes en la ciudad de Mérida, que fueron atendidos en el Servicio de Urgencias del referido hospital, en el período de 12 meses definido por el estudio y que aceptaron participar voluntariamente de la

investigación. Los criterios de exclusión fueron: personas con diabetes mellitus tipo 2 que después de tres visitas consecutivas en el domicilio no fueron encontradas, que cambiaron de dirección o que murieron en el transcurso de la investigación.

De las 382 personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en el servicio, 131 no cumplían con los criterios de inclusión establecidos en la presente investigación. La muestra fue constituida por 251 personas con diabetes mellitus tipo 2 cuyas características atendieron a los criterios de elegibilidad.

Instrumentos de recolección de datos

Fueron utilizados como instrumentos de recolección de datos: un formulario de registro para obtención de la lista de pacientes (fecha de internación, nombre del paciente, número de ficha, dirección y motivo de la hospitalización); un cuestionario conteniendo preguntas cerradas relativas a las variables sociodemográficas y clínicas, elaborado por la investigadora con base en un estudio anterior⁽⁹⁾ (sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, religión y tiempo de diagnóstico clínico de la enfermedad); y, una escala de capacidad de autocuidado⁽¹¹⁾.

La Escala de Capacidad de Autocuidado es un instrumento elaborado y validado en México⁽¹¹⁾. Es una escala de tipo Likert que contiene 25 ítems para evaluar los requisitos de autocuidado universal, de desarrollo y trastornos de la salud, con un nivel de confiabilidad satisfactorio (α de Crombach de 0,86). Para evaluar la capacidad de autocuidado se atribuye el valor de tres puntos a los ítems señalados como "siempre", dos puntos a las respuestas "frecuentemente", un punto a las respuestas "algunas veces" y cero a las respuestas "nunca". Al final se sumaron los puntos obtenidos en todos los ítems y se comparó ese puntaje con los indicadores propuestos como sigue: muy buena (57-75), buena (38-56), regular (19-37) y mala (0-18). La puntuación máxima del instrumento es de 75 puntos.

Procedimiento

Primeramente se realizó una revisión de las fichas de las personas con diabetes mellitus tipo 2, que fueron atendidas en el hospital regional Mérida en el período estipulado para el estudio. Después de esa revisión, fueron localizadas las fichas de los pacientes y registrados en los formularios los datos referentes a la fecha de internación, nombre, número de la ficha, dirección y motivo de la hospitalización. De pose de los direcciones, fueron realizadas visitas domiciliarias para informar al paciente y

sus familiares los objetivos del estudio. Caso estuviesen de acuerdo en participar de la investigación, se solicitaba la firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido.

Los datos sociodemográficos y clínicos fueron obtenidos mediante aplicación individual del cuestionario a los sujetos, realizada por la investigadora en el domicilio, en 2007.

Una vez terminada la recolección de datos sociodemográficos y clínicos, fue aplicada la Escala de Capacidad de Autocuidado. La aplicación de los instrumentos tuvo una duración promedio de 30 minutos y ocurrió en el ambiente domiciliar, en aposento preservado escogido por el propio sujeto.

Para la organización y análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS, versión 12.0, y la estadística descriptiva. Para la estadística descriptiva correlacional se utilizó el r de Pearson para establecer la relación entre las variables de proporción o intervalo y la correlación de Spearman para las variables ordinales, con nivel de significancia $p < 0,05$.

El estudio fue conducido dentro de los estándares exigidos por la Declaración de Helsinki y aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, México, mediante la emisión de una declaración firmada por la presidenta y por la secretaria del Comité de Bioética de la Facultad de Enfermería y Obstetricia.

Resultados

La Tabla 1 muestra la caracterización de las variables sociodemográficas y clínicas de los sujetos.

Tabla 1 - Distribución de las personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Regional de Mérida, según el sexo, intervalo de edad, escolaridad, estado civil, ocupación, religión y tiempo de diagnóstico clínico de la enfermedad. Mérida, Yucatán, 2007

Variables	Categorías	N	%
Sexo	Femenino	130	51,8
	Masculino	121	48,2
Intervalo edad (años)	30-39	8	3,2
	40-49	22	8,8
	50-59	61	24,3
	60-69	74	29,5
	70-80	86	34,2
Escolaridad (años de estudio)	1-6	94	37,5
	7-9	62	24,7
	10-12	59	23,5
	13 o más	36	14,3

(continúa...)

Tabla 1 - (continuación)

Variables	Categorías	N	%
Estado civil	Casado	205	81,7
	Viudo	26	10,3
	Divorciado	15	6,0
	Soltero	5	2,0
Ocupación	Dueña de casa	70	27,9
	Pensionista	64	25,5
	Jubilado	59	23,5
	Empleado	40	15,9
	Desempleado	18	7,2
Religión	Católica	165	65,7
	Evangélica	44	17,5
	Testigo de Jehová	19	7,6
	Mormón	11	4,4
	Ateo	10	4,0
	Budista	2	0,8
Tiempo de diagnóstico clínico de la enfermedad (años)	0-10	61	24,3
	11-20	84	33,5
	21 o más	106	42,2
Total		251	100

Al analizar la capacidad de autocuidado de las personas con diabetes tipo 2 se obtuvo el valor mínimo de 25 puntos y el máximo de 43 puntos, promedio de 35,72±3,69.

De acuerdo con la propuesta de clasificación de la Escala de Capacidad de Autocuidado, las respuestas fueron agrupadas y categorizadas en: muy buena, buena, regular y mala. Los datos obtenidos en relación a la capacidad de autocuidado (Tabla 2) mostraron que 83(33,5%) de las personas con diabetes tipo 2 presentaron buena capacidad de autocuidado y 168(66,5%) capacidad regular.

Tabla 2 - Distribución de las personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Regional de Mérida, según las categorías propuestas de la capacidad de autocuidado. Mérida, Yucatán, 2007

Variable	Categorías	n	%
Capacidad de autocuidado	Muy buena	–	–
	Buena	84	33,5
	Regular	167	66,5
	Mala	–	–
Total		251	100

En cuanto a la capacidad de autocuidado relacionada al sexo (Tabla 3), se observó que 47(18,7%) mujeres presentaron buena capacidad de autocuidado y 83(33,1%), regular. En cuanto a los hombres, 37(14,7%) presentaron buena capacidad de autocuidado y 84(33,5%), regular.

Tabla 3 - Distribución de las personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Regional de Mérida, según la capacidad de autocuidado de acuerdo con el sexo. Mérida, Yucatán, 2007

Sexo	Capacidad de autocuidado				Total	
	Buena		Regular		n	%
	n	%	n	%		
Femenino	47	18,7	83	33,1	130	51,8
Masculino	37	14,7	84	33,5	121	48,2
Total	84	33,4	167	66,6	251	100

En cuanto a la capacidad de autocuidado teniendo como variable el intervalo de edad (Tabla 4) se encontró que presentaron buena capacidad de autocuidado 26(10,3%) sujetos en el intervalo de edad de 70 a 80 años, 25(10,0%) 50 a 59 años, 22(8,8%) 60 a 69 años, 10(4,0%) 40 a 49 años y un (0,4%) 30 a 39 años.

En relación a la capacidad de autocuidado clasificado como regular se observó que 60(23,9%) sujetos en el intervalo de edad de 70 a 80 años, 52(20,7%) 60 a 69, 36(14,3%) 50 a 59 años, 12(4,8%) 40 a 49 años y siete (2,8%) 30 a 39 años (Tabla 4).

Tabla 4 - Distribución de las personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Regional de Mérida, según la capacidad de autocuidado de acuerdo con la intervalo de edad. Mérida, Yucatán, 2007

Intervalo de Edad	Capacidad de autocuidado				Total	
	Buena		Regular		n	%
	n	%	n	%		
30-39 años	1	0,4	7	2,8	8	3,2
40-49 años	10	4,0	12	4,8	22	8,8
50-59 años	25	10,0	36	14,3	61	24,3
60-69 años	22	8,8	52	20,7	74	29,5
70-80 años	26	10,3	60	23,9	86	34,2
Total	84	33,5	167	66,5	251	100

En cuanto a la capacidad de autocuidado relacionada a los años de estudio (Tabla 5), se observó que de 94(37,5%) sujetos que completaron de uno a seis años de estudio (equivalentes a la enseñanza primaria en México), 29(11,5%) tenían buena capacidad de autocuidado y 65(26,0%), regular. De los 62(24,7%) sujetos que completaron de siete a nueve años de estudio (secundaria), 17(6,8%) presentaron buena capacidad de autocuidado

y 45(17,9%), regular. De las 59(23,5%) personas que completaron de 10 a 12 años de escolaridad (preparatoria), 22(8,8%) mostraron buena capacidad de autocuidado y 37(14,7%), regular. De las 36(14,3%) personas que tenían curso superior con 13 años o más de estudio, 16(6,4%) presentaron buena capacidad de autocuidado y 20(7,9%), regular.

Tabla 5 - Distribución de las personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Regional de Mérida, según la capacidad de autocuidado de acuerdo con los años de estudio. Mérida, Yucatán, 2007

Años de estudio	Capacidad de autocuidado				Total	
	Buena		Regular		n	%
	n	%	n	%		
1-6 años	29	11,5	65	26,0	94	37,5
7-9 años	17	6,8	45	17,9	62	24,7
10-12 años	22	8,8	37	14,7	59	23,5
13 o más años	16	6,4	20	7,9	36	14,3
Total	84	33,5	167	66,5	251	100

Considerando la capacidad de autocuidado relacionada a la religión profesada, se obtuvo que, de 84(33,5%) personas que presentaron buena capacidad de autocuidado, 80(31,9%) eran católicas, tres (1,2%) evangélicas y uno (0,4%) mormón. De los 167(66,5%) sujetos con capacidad de autocuidado regular, 85(33,8%) eran católicos, 41(16,3%) evangélicos, 19(7,6%) testigos de Jehová, 10(4,0%) mormones, dos (0,8%) budistas y 10 (4,0%) ateos.

En relación a la capacidad de autocuidado relacionada al tiempo de diagnóstico clínico de la enfermedad, se observó que, de 84(33,5%) sujetos que presentaron buena capacidad de autocuidado, 44(17,6%) tenían de uno a 10 años de enfermedad, 36(14,4%) de 11 a 20 años y cuatro (1,5%) de 21 años o más. De los 167(66,5%) sujetos que presentaron capacidad regular de autocuidado, 17(6,7%) tenían de uno a 10 años de diagnóstico clínico de la enfermedad, 48(19,1%), de 11 a 20 años y 102(40,7%), de 21 años o más.

Al analizar la correlación entre capacidad de autocuidado y número de años estudiados ($r=0,124$; $p<0,05$), se obtuvo una correlación directamente proporcional entre esas dos variables, o sea, cuanto mayor el número de años estudiados, mayor es la capacidad de autocuidado de los sujetos.

Considerando la correlación entre capacidad de autocuidado y religión, se encontró correlación negativa ($r_s=-0,435$; $p<0,05$), o sea, cuanto menor es la creencia

expresada por la religión, mayor es la capacidad de autocuidado.

En cuanto a la capacidad de autocuidado relacionada al tiempo de diagnóstico clínico de la diabetes mellitus, se obtuvo correlación inversamente proporcional entre el menor tiempo de evolución de la enfermedad y la mayor capacidad de autocuidado de los sujetos de estudio ($r=-0,667$; $p<0,05$).

Discusión

En la actualidad existen recomendaciones para el desarrollo de las habilidades de autocuidado de la persona con diabetes mellitus para el control de su enfermedad⁽¹⁰⁾. Para esto es necesario que la persona con diabetes mellitus tenga una participación activa en la monitorización de su enfermedad: selección de alimentos, número de comidas, calidad y cantidad de alimento ingerido, regularidad de actividad física, automonitorización de la glucemia capilar, examen de los pies, uso de medicamentos en horarios y dosis correctas, retorno periódico a la consulta médica, conocimiento de señales y síntomas de hipoglucemia y, hiperglucemia, entre otros cuidados.

Al analizar la capacidad de autocuidado de las personas con diabetes mellitus tipo 2 se obtuvo una puntuación promedio de $35,72\pm 3,69$ puntos. Al investigar las categorías referentes al autocuidado de la Escala de Capacidad de Autocuidado, se obtuvo que 33% de los sujetos presentaron buena capacidad para el autocuidado y 67% regular. Ninguno presentó capacidad para el autocuidado considerada muy buena o mala.

Al analizar la puntuación obtenida por los sujetos, en relación a la capacidad de autocuidado, es preciso considerar el promedio de edad superior a 65 años de los sujetos del estudio. Las personas que se encuentran en ese intervalo de edad tiene exigencias de autocuidado relacionadas a la propia fase del ciclo vital, así como la presencia de enfermedades concomitantes, exigiendo apoyo y un acompañamiento cercano de los familiares⁽¹²⁾.

La puntuación obtenida en relación a la capacidad de autocuidado permite inferir que las personas con diabetes mellitus tipo 2 pueden tener baja motivación para el autocuidado y/o limitaciones ocasionadas por las enfermedades concomitantes y por las complicaciones crónicas. En esa dirección, la literatura apunta que, cuando la persona con diabetes presenta alguna incapacidad y/o limitación, la presencia del profesional es fundamental para estimular su motivación y ayudarla a desarrollar habilidades para el autocuidado⁽⁸⁾.

Se considera que la diabetes mellitus es una enfermedad de alta complejidad y que la mayoría de las personas con

el tipo 2 es diagnosticada en su fase adulta, lo que impone un desafío para los educadores de la salud frente a las peculiaridades del proceso de aprendizaje de individuos adultos con la finalidad de garantizar intervenciones efectivas, que realmente favorezcan la incorporación del autocuidado para el manejo de la enfermedad.

El diagnóstico de una enfermedad crónica, como la diabetes mellitus tipo 2, implica que la persona debe adoptar comportamientos de autocuidado durante toda la vida, introduciendo cambios en el estilo de vida que sean compatibles con su propio concepto de calidad de vida. Delante de esa circunstancia, puede ocurrir el abandono de parte o de todo el tratamiento prescrito⁽¹³⁾. Por ser una enfermedad que requiere atención permanente, la adhesión al tratamiento tiende a ser baja, consecuentemente el control metabólico es insatisfactorio. Un estudio mostró que solamente una pequeña fracción de personas con diabetes tipo 2 realizan un seguimiento regular en las instituciones de salud y apenas 25 a 40% alcanzan el control metabólico deseado⁽¹⁰⁾.

El conocimiento es otra variable crítica que puede justificar la puntuación obtenida por los sujetos en lo que se refiere a las habilidades para el autocuidado. Un estudio realizado acerca de la importancia del conocimiento sobre diabetes mellitus para el autocuidado mostró que el bajo nivel de información sobre la enfermedad y su etiología dificulta el proceso de aprendizaje, perjudica la prevención y diagnóstico precoz y aumenta la predisposición para otras complicaciones⁽⁷⁾.

En cuanto a la capacidad de autocuidado en función del intervalo de edad, hay que considerar que la edad es un factor importante en la percepción de las barreras ambientales para adhesión al tratamiento. En cuanto mayor es la edad, menor es la percepción de las barreras ambientales. En contrapartida, las personas más jóvenes son aquellas que menos perciben las barreras ambientales⁽¹⁴⁾.

El incremento absoluto de la población en México constituye en sí mismo un desafío para el sistema de salud. El cambio de la pirámide etaria muestra que la población mexicana está envejeciendo. Los problemas de salud de la población adulta, de 45 a 64 años y de la población anciana, muestran que la demanda está en franco crecimiento, con consecuencias de orden económico y organizacional⁽¹⁰⁾. El país está pasando por una transición demográfica y epidemiológica. Los profesionales de la salud necesitan repensar las estrategias efectivas para la atención de personas ancianas, considerando sus especificidades en esa fase del ciclo vital⁽¹⁰⁾.

La edad es un factor que interfiere en las necesidades de salud durante el desarrollo del ciclo vital. La persona con diabetes mellitus tipo 2, al recibir el diagnóstico en la fase adulta, ya tiene valores, creencias y hábitos formados. El apareamiento de la diabetes en esa fase de la vida puede traer resistencias a los cambios, lo que puede explicar en parte los datos obtenidos en la presente investigación⁽²⁾. Por lo tanto, la edad es una variable importante en la evaluación de la capacidad de autocuidado en lo que se refiere a la proposición de la educación en diabetes para el manejo de la enfermedad y, consecuentemente, es una variable relevante que puede influenciar la adhesión al tratamiento propuesto.

Otro aspecto a considerar es la proporción de individuos, en México, que desarrollan diabetes tipo 2 antes de los 40 años de edad⁽¹⁵⁾. Considerando que esos individuos tienen mayor riesgo para desarrollar complicaciones crónicas, ya que están expuestos a los efectos de la hiperglucemia por un período de tiempo prolongado, el impacto para el Sistema de Salud del México puede tornarse insustentable. Es necesario que las normas que orientan la atención a las personas con diabetes en el país sean consolidadas con urgencia.

En cuanto a la capacidad de autocuidado en función de los años de estudio, se observó que los sujetos con niveles de escolaridad más elevados mostraron buena capacidad de autocuidado y que el autocuidado es influenciado por los años de estudio de los sujetos. Se espera que, cuanto mayor sea el número de años de estudios, mejor será la capacidad de autocuidado⁽¹⁾. Así, las personas que tienen un mayor número de años de educación formal tienden a presentar mayor conocimiento y habilidades para el cuidado en salud, así como mejor capacidad de relacionarse con el equipo de salud⁽⁵⁾.

Frente a la complejidad de la enfermedad, la escolaridad es una variable que debe ser considerada en la planificación de programas de educación en diabetes que tengan por objetivo el desarrollo de habilidades de autocuidado. En ese sentido, los profesionales de salud deben considerar esa variable y buscar estrategias de enseñanza diversificadas, innovadoras, que sean capaces de movilizar a las personas con diabetes en la búsqueda de su autocuidado.

Al analizar la capacidad de autocuidado en relación a la creencia religiosa, se debe considerar que las personas pueden colocar en un ser superior la responsabilidad por el cuidado de la salud. Cuando la persona delega esta responsabilidad, puede valorizar poco la adquisición de conocimientos, habilidades y motivación para el

autocuidado. De ese modo el desarrollo de la capacidad para el autocuidado queda limitado, ya que es considerado una cuestión externa al sujeto. En ese caso, cabe a los profesionales de la salud buscar estrategias para la incorporación del sujeto como responsable por su cuidado.

La condición de enfermedad crónica coloca a las personas con diabetes tipo 2 frente a la necesidad del autocuidado durante toda la vida. Esa condición es uno de los factores determinantes para el seguimiento del tratamiento propuesto. Cuando la capacidad de autocuidado está perjudicada, una de las consecuencias de esto puede ser el control metabólico insatisfactorio. Un estudio mostró que solamente un pequeño porcentaje de personas con diabetes hace regularmente su seguimiento en los servicios de salud y que apenas 25 a 40% de ellas tiene un control metabólico satisfactorio⁽¹⁶⁾.

En esa dirección, le cabe al equipo multiprofesional de salud fortalecer la capacidad de autocuidado de las personas con diabetes mellitus mediante la implementación de estrategias educacionales innovadoras, que posibiliten la adquisición de conocimientos y desarrollo de actitudes para el manejo del tratamiento, a fin de obtener un buen control metabólico⁽¹⁷⁾.

Conclusión

Los resultados obtenidos permitieron determinar que la mayoría de las personas con diabetes mellitus tipo 2 presentó capacidad de autocuidado regular (66,5%), la

que está relacionada con variables sociodemográficas y clínicas.

En cuanto a la capacidad de autocuidado en relación al sexo, se verificó que las mujeres investigadas presentaron mejor capacidad de autocuidado que los hombres. Se encontró mejor capacidad de autocuidado de los sujetos en el intervalo de edad de 70 a 80 años. En relación a la escolaridad se verificó que las personas con hasta seis años de estudio presentaron mejor capacidad de autocuidado, así como las que refirieron la religión católica. En lo que se refiere al tiempo de la enfermedad se obtuvo que, cuanto más tiempo la persona tiene diabetes mellitus, peor es su capacidad de autocuidado.

Esos resultados apuntan que la capacidad de autocuidado de la persona con diabetes mellitus tipo 2 está vinculada a múltiples factores, que merecen la atención de los profesionales de la salud en lo que se refiere a la proposición de programas de educación. Los hallazgos obtenidos en el presente estudio contribuyen con la comprensión de los factores sociales y culturales como dimensiones importantes del autocuidado.

La escasez de estudios enfocando la capacidad de autocuidado en el control de la diabetes mellitus tipo 2 constituyó una limitación para la comprensión de las implicaciones de los resultados obtenidos en el presente estudio para el contexto mejicano. Por esa razón, es necesario desarrollar otros estudios, en México, que contemplen otras variables que puedan estar relacionadas a la capacidad de autocuidado, así, se podrán efectuar futuras comparaciones.

Referencias

- Organización Panamericana de Salud. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: la contribución de las instituciones de salud en América Latina. Chile (Santiago): Organización Panamericana de la Salud; 2006.
- Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St Louis: Mosby; 2001.
- Kickbusch I. Self-care in health promotion. Soc Sc Med. 1989;29(2):125-30.
- Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001;344(18):1343-50.
- 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.
- Otero LM, Zanetti ML, Ogrizio MD. Knowledge of diabetic patients about their disease before and after implementing a diabetes education program. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008;16(2):231-7.
- Pace AE, Ochoa-Vigo K, Caliri MHL, Fernandes APM. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2006;14(5):728-34.
- Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007; 15(6): 1105-12.
- Zanetti ML, Otero LM, Biaggi MV, Santos MA, Péres DS, Guimarães FPM. Satisfaction of diabetes patients under follow-up in a diabetes education program. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007; 15(4):583-9.
- Secretaría de Salud (MX). Programa Nacional de Salud 2001-2006: La democratización de la salud en México. México (DF): Secretaría de Salud; 2001.
- Díaz GR, Jordán JML, Vera RAM, Ruiz PL, Olalde GE. Escala de Capacidad de Autocuidado. 2004 junio. Celaya: Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, Universidad de Guanajuato; 2004.
- Zanetti ML, Biaggi MV, Santos MA, Péres DS, Teixeira CRS. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. Rev Bras Enferm. 2008; 61(2):186-92.
- Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciênc Saúde Colet. 2003;8(3):775-82.

14. Martinez AO, Moreno MMG. Barreras ambientales para el apego al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2. *Desarrollo Científico Enferm* 2006;14(6):196-201.
15. Secretaría de Salud (MX). Programa de Acción: diabetes mellitus. México: Secretaría de Salud; 2001 noviembre 22.
16. Clement S. Diabetes self-management education. *Diabetes Care*. 1995;18(8):1204-14.
17. Rodrigues FFL, Zanetti ML, Santos MA, Martins TA, Sousa VD, Teixeira CRS. Conhecimento e atitudes: componentes para a educação em diabetes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(4):468-73.

Recibido: 4.8.2009

Aceptado: 3.5.2010

Como citar este artículo:

Baquedano IR, Santos MA, Martins TA, Zanetti ML. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. nov.-dec. 2010 [acceso en: / /];18(6):[09 pantallas]. Disponible en: _____

URL

día mes abreviado con punto año