



CAPACIDADES DE AUTO CUIDADO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS EN TRATAMIENTO EN EL CENTRO DE SALUD URBANO DE CD. VICTORIA, TAMAULIPAS.

M.Ed. Olga Lidia Banda González¹ / M.C. Cinthya P. Ibarra González.²

RESUMEN.

La Diabetes Mellitus en el Estado de Tamaulipas ocupa el primer lugar como causa de invalidez y es la tercera causa de muerte general (ENSA 2000), además los costos económicos asociados al tratamiento y sus complicaciones representan una grave carga para los servicios de salud y para los pacientes, por lo que es necesario fomentar en ellos las prácticas de auto cuidado para el control de su padecimiento y evitar la presentación de complicaciones.

Por lo anterior, se realizó un estudio con el propósito de determinar las capacidades de auto cuidado de los pacientes con Diabetes Mellitus en tratamiento en los nueve núcleos de atención médica del Centro de Salud Urbano de la Jurisdicción Sanitaria No.1 de Cd. Victoria, Tamaulipas.

INTRODUCCIÓN.

La Diabetes Mellitus es un padecimiento crónico degenerativo, se sabe de su existencia desde épocas muy remotas, ubicándose el Papiro de Ebers (1150 A.C.), como uno de los primeros documentos donde se menciona esta enfermedad. En la era pre-cristiana la "orina dulce" fue descrita por el hindú Susruta, y era conocida en los tiempos clásicos, pues Arateus de Capadocia ya hacía referencia a ella.

En 1776, Matthew Dobson mostró la presencia de glucosa en la orina y, en 1889, se demostró la asociación de su presencia con el páncreas, induciendo la Diabetes Mellitus en perros y extrayéndoles el páncreas. En 1962, Patz y Maumenee demostraron micro aneurismas (anomalías de los vasos sanguíneos) en un perro diabético.

En términos generales se sabe que hay dos clases de diabetes: la hereditaria y la no hereditaria. Para la medicina resulta comprensible la relación genética con la diabetes del adulto llamada Tipo II o no insulina dependiente, que se manifiesta clínicamente después de los 40 años de edad, y más de la mitad de sus víctimas son obesas. En este tipo de diabetes comúnmente existe resistencia al efecto de la insulina, principalmente en las células del hígado, células musculares y células grasas. La Diabetes Tipo I se manifiesta durante la infancia o en la juventud, produce rápidamente complicaciones (5 años), y se controla con aplicación de insulina.

Por su magnitud y trascendencia, esta investigación se limita a la Diabetes Mellitus del adulto en virtud de representar un grave problema de salud pública, su prevalencia en los países industrializados es alarmante y se espera que se duplique en

los próximos 25 años. En la actualidad se calcula que el 2 por ciento de la población mundial padece diabetes, alrededor de 150 millones de personas con diabetes tipo 2, tan solo en la India se refieren 32.7 millones y en China 22.6 millones; en los Estados Unidos, existen alrededor de 15 millones y en el caso de México se maneja la cifra de 2 al 4 por ciento, 4.4 millones, de las cuales poco más de un millón no han sido diagnosticada y se han reportado más de 180 000 casos nuevos de Diabetes Mellitus, descrita como la causas de 36 000 defunciones anuales por complicaciones¹.

El panorama epidemiológico de este padecimiento en el Estado de Tamaulipas, según estimaciones de la ENSA (2000), es que prevalece el 13.8 por ciento, lo que ubica al Estado en el primer lugar de casos en el país, en el primer lugar como causa de invalidez, y en el tercero como causa de muerte general. Para el año 2002, ocupó el tercer lugar como causa de mortalidad general con mil 681 defunciones. Sin embargo es posible que la mortalidad haya sido mayor, por el conocimiento que existe de errores en el llenado de los certificados de defunción, y esto origina un subregistro de la mortalidad. Y en lo que respecta a la morbilidad en la Jurisdicción Sanitaria No. 1, escenario donde se realizó ésta in-

¹ PTC Integrante del CA Salud Comunitaria, Facultad de Enfermería Campus Cd. Victoria, Tamaulipas.

² Directora Integrante del CA Salud Comunitaria, Facultad de Enfermería Campus Cd. Victoria, Tamaulipas.

vestigación, se ha registrado un comportamiento ascendente, con casos que varían de 2 mil 435 casos nuevos en el año 2000; 2 mil 569 en el año 2001; 2 mil 921 en el año 2002; 3 mil 265 casos nuevos en el 2003; 4 mil 189 en el 2004 y 4 mil 346 casos nuevos detectados en el año 2005.

El impacto social se vincula con el momento en el cual el individuo conoce el diagnóstico, el riesgo de desarrollar complicaciones con secuelas irreversibles y la gravedad de éstas; la información que se tenga acerca de este padecimiento será trascendental para llevar a efecto el control de su enfermedad y poder prolongar su vida con el mayor bienestar posible.

Este padecimiento por su cronicidad requiere de un seguimiento estricto de las indicaciones terapéuticas, ya que de lo contrario condiciona al individuo a episodios agudos de complicaciones que requieren de hospitalización, poniendo en todo momento en peligro su bienestar y en consecuencia presentar complicaciones como la amputación de miembros inferiores, de origen no traumático, así como retinopatía e insuficiencia renal. Y es también uno de los factores de riesgo más importantes por lo que se refiere a las enfermedades cardiovasculares. Asimismo los costos económicos asociados al tratamiento y sus complicaciones representan una grave carga para los servicios de salud y para los pacientes.

En este sentido, el esquema terapéutico del paciente con Diabetes Mellitus debe ser global y orientado hacia la educación continua y permanente acerca del auto cuidado en casa, pues la mayoría de los adultos que presentan este padecimiento tienen dificultades para adherirse al tratamiento farmacológico y no farmacológico recomendado para su control metabólico.

La calidad de vida de un paciente con Diabetes Mellitus, depende en gran parte del cumplimiento del régimen terapéutico indicado, esto es, de la posibilidad que tenga para satisfacer sus propias necesi-

dades o de que otra agencia le proporcione el cuidado que requiere; sin embargo lo deseable es que el propio paciente se adhiera al tratamiento e indicaciones médicas y desarrolle capacidades de auto cuidado que le permita ser independiente y no presente déficit de auto cuidado requiriendo cuidado dependiente, lo que disminuiría su calidad de vida.

A este respecto, la premisa es que entre los profesionales de la salud debe existir un consenso sobre la educación para la salud a proporcionarle a cada paciente con Diabetes Mellitus de una forma completa y veraz y sobre todo en base a sus necesidades educativas.

En este sentido, el esquema terapéutico del paciente con Diabetes Mellitus debe ser global y orientado hacia la educación continua y permanente acerca del auto cuidado en casa, a fin de obtener el control metabólico y prevenir complicaciones.

Otro aspecto importante de este padecimiento que es necesario considerar, es que la pobreza, el bajo nivel educativo, nivel socioeconómico y algunos aspectos psicosociales (abandono y apoyo familiar) son factores que están relacionados con el desarrollo de capacidades de auto cuidado en el paciente con diabetes, y es responsabilidad del profesional de enfermería analizar los factores que influyen en las capacidades de auto cuidado de un paciente, con el propósito de comprender la situación en que se encuentra el paciente y actuar en consecuencia.

La Teoría del Déficit de Auto cuidado de Dorothe E. Orem nos permite comprender los conceptos de auto cuidado, actividad de auto cuidado y déficit de auto cuidado que consideramos son importantes para el buen control del paciente con Diabetes Mellitus, sin embargo al revisar los conceptos y supuestos principales de la teoría, nos parecieron abstractos; y mediante el apoyo proporcionado por la Ph D. Esther C. Gallegos de la Facultad de Enfermería

de la UANL, quienes nos proporcionó la operacionalización de la escala estimada de capacidades de auto cuidado (versión en español 3,4), fue posible su aplicación en este trabajo.

El objetivo de este trabajo fue determinar las capacidades de autocuidado de un grupo de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 del Centro de Salud Urbano de Cd. Victoria, Tamaulipas.

MATERIAL Y MÉTODOS.

El diseño metodológico utilizado fue de tipo observación al, transversal, descriptivo. El tamaño de la muestra fue de 223 pacientes que padecen Diabetes Mellitus tipo 1, que asisten a tratamiento a los nueve núcleos de atención médica del Centro de Salud Urbano de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de Cd. Victoria, Tamaulipas, previo consentimiento informado.

El método de obtención de datos fue un instrumento con datos de identificación del paciente y datos de la Escala estimada de Capacidades de Autocuidado (versión en español (3,4), donde con el fin de poder realizar comparaciones, se les asignó a los reactivos un valor de 1 a 100 puntos, donde los puntos más altos corresponden a mayor capacidad de autocuidado.

El cuestionario se aplicó entrevistando al paciente que asiste a cita médica de control de Diabetes Mellitus en los núcleos del Centro de Salud Urbano. Además de las variables personales y de capacidades de autocuidado, se exploraron variables sobre factores psicosociales como apoyo familiar y abandono.

Con la información obtenida se elaboró una base de datos con el paquete estadístico para las ciencias sociales (Statistical Package for the Social Science), SPSS 6.1 (Norusin, 1994); el análisis estadístico fue descriptivo se obtuvieron frecuencias media, y desviación estándar. Medidas de tendencia central y de dispersión, así como estimaciones de intervalo con un 95 por ciento de confianza (Wayne, 2002).

RESULTADOS.

La muestra fue constituida por 223 personas, con un rango de entre los 45 a 75 años de edad, donde el grupo de edad con mayor número de personas fue el de 60 A 65 años, y con una media de 62 años. En cuanto al sexo, se observa una feminización de la población, ya que el 87 por ciento corresponde al sexo femenino y el 13 por ciento al sexo masculino. En relación al estado civil, se observa un predominio de casados con un 50 por ciento y un 26 por ciento refirió ser viudo.

El nivel de escolaridad de este grupo de población en su mayoría cursó la primaria incompleta, el 72 por ciento, sin embargo llama la atención que el 10.9 por ciento es analfabeta, con diferencia por género, ya que los hombres tienen mayor número de años de estudio que las mujeres. Y en el rubro de ocupación, la población entrevistada se dedica a las labores remuneradas, el 72 por ciento predominando el autoempleo, (trabajos domésticos, venta de periódicos, pepenadores) lo anterior ya que las entrevistadas en su mayoría fueron mujeres, predomina este tipo de actividades; un 22.2 por ciento son jubilados/pensionados y un 5.8 por ciento se clasificó como desempleado. La condición de derechohabencia es similar entre hombres y

mujeres, el 68 por ciento es beneficiario de seguro popular y el resto corresponde a la población abierta (32%).

En cuanto a la percepción del estado de salud en el último año, el 60 por ciento de los entrevistados perciben su salud como regular o mala, independiente del sexo, aunque en general los hombres tienden a notificar un mejor estado de salud. Se les cuestionó sobre el número de personas que habitan con el adulto mayor y el 45 por ciento refirió que vive con su familia (esposo, hijos, nietos), el 35 por ciento vive solo con su pareja y un 20 por ciento vive solo. En lo que respecta al apoyo familiar, 34.7 por ciento de los entrevistados refirió que cuentan casi siempre con el apoyo de un familiar para el control de su padecimiento (generalmente este apoyo es otorgado por una mujer) el 24.4 por ciento refiere contar con ese apoyo ocasionalmente y el 40.9 por ciento casi nunca cuenta con el apoyo familiar para el adecuado control de su padecimiento. El 43.3 por ciento de los entrevistados considera fundamental el apoyo familiar para el control de su padecimiento, ya que 46.7 por ciento informó que el sentirse abandonado por la familia disminuye en ellos las capacidades de auto cuidado.

En cuanto a las capacidades de auto cuidado del paciente con Diabetes Me-

lilitis tipo 1, se aplicó el cuestionario con la Escala estimada de Capacidades de Auto cuidado (versión en español) y se obtuvo en promedio 38 puntos de capacidades de auto cuidado. Al analizar el apoyo familiar con las capacidades de auto cuidado se observó que del 59.1 por ciento de los pacientes que reciben apoyo familiar siempre o casi siempre tienen mayor puntaje en la escala de capacidades de auto cuidado (47 puntos) que el 40.9 por ciento de los entrevistados que no cuenta con apoyo familiar (26 puntos). Asimismo se analizan las capacidades de auto cuidado con el sentimiento de abandono en el paciente y la situación es similar a la anterior, los pacientes que refieren sentirse abandonados por su familia presentan menos puntos en la escala de capacidades de auto cuidado, en relación con los pacientes que refieren no sentirse abandonados por su familia. Por lo que podemos especular que los pacientes presentan un déficit de auto cuidado relacionado con los factores psicosociales como apoyo familiar y abandono y que la edad y el sexo no tienen influencia en las capacidades de auto cuidado en los pacientes con Diabetes Mellitus que acuden a tratamiento al Centro de Salud Urbano de la Jurisdicción Sanitaria No.1 de CD. Victoria, Tamaulipas. ■

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Moreno A.L. *Epidemiología y Diabetes*. Rev. Fac. Med. UNAM 2001; 44 (1) www.facmed.unam.mx/publica/revista/rev1-2001/epi1.html.
- 2.- Secretaría de Salud. *Dirección General de Estadística e Informática. Morbilidad 2000*. <http://www.ssa.gob.mx>.
- 3.- Secretaría de Salud en el Estado de Tamaulipas. *Dirección General de Servicios de salud. Programa de atención al adulto*

- en Plenitud. *Morbilidad y Mortalidad por Diabetes Mellitus en el estado de Tamaulipas*. 2000- 2005.
- 3.- Gallegos (1995) *Validación de la escala de capacidades de auto cuidado con población mexicana*. Investigación inédita. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey N.L. México.
 - 4.- Gallegos E. (1998) *Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala:*

- Capacidades de auto cuidado. Desarrollo científico en enfermería*, 6 (9), 260-266.
- 5.- NOM-015-SSA2-1994-SSA.
 - 6.- Demos, *Carta demográfica sobre México 2001*. Instituto de Investigaciones sociales. UNAM. Fondo de publicaciones de las Naciones Unidas. INEGI.
 - 7.- Secretaría de Salud. *Dirección General de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Salud, 2000*. (ENSA 2000)

Correspondencia:
obanda@uat.edu.mx,
cibarra@uat.edu.mx

Facultad de Enfermería. 21 Méndez y
Doblado No.501 CD. Victoria, Tamaulipas.
México C.P. 87000

TEL. /Fax. 018343121832 - 018343181800
Ext. 1561