

# Control de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: una muestra regiomontana

## *Illness's control in patient suffering mellitus type 2 diabetes: a Monterrey's sample*

Rafael Armando Samaniego Garay<sup>1</sup> y Javier Álvarez Bermúdez<sup>2</sup>

### RESUMEN

El presente trabajo tuvo el propósito de llevar a cabo un análisis descriptivo acerca del tipo de control que realizan los pacientes sobre la diabetes mellitus tipo 2 y su relación con el estado actual de la enfermedad. Se describen los resultados obtenidos en 94 pacientes adultos que asistían a un hospital universitario en la ciudad de Monterrey, México. Los resultados indican que el recurso de tratamiento más utilizado fue el uso de los medicamentos orales prescritos, no así la actividad y los ejercicios físicos, el monitoreo de los niveles de glucosa en la sangre o un plan alimenticio saludable.

**Palabras clave:** Diabetes mellitus tipo 2; Control de la diabetes; Estado actual de la enfermedad.

### ABSTRACT

*The aim of the present work was to carry out a descriptive analysis about the type of control in patients suffering diabetes mellitus type 2, as well as their relationship with the current state of the illness. Results obtained in 94 mature patients with diabetes mellitus type 2 attending an university hospital in the city of Monterrey (Mexico) are described. Results show that the most used treatment was the oral intake of the prescribed medications, compared with others, such the physical activity and/or exercise, the monitoring of the glucose levels in blood, or a healthy nutrition schedule.*

**Key words:** Diabetes mellitus type 2; Diabetes' control; Current state of the illness.

## INTRODUCCIÓN

La evolución y aumento que en México y en el mundo ha tenido la diabetes mellitus tipo 2 desde 1940 a la fecha ha sido motivo de numerosos análisis e investigaciones desde muy diversas perspectivas, enfoques, disciplinas o áreas, sobre todo del área médica y de la salud.

---

<sup>1</sup> Unidad Académica de Psicología de la Universidad Autónoma de Zacatecas, Av. Preparatoria 301, Col. Hidráulica, 98068 Zacatecas, Zac. México, tel. y fax (492)924-19-34, correo electrónico: psicsalud@gmail.com. Artículo recibido el 12 de diciembre de 2005 y aceptado el 23 de enero de 2006.

<sup>2</sup> Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Mutualismo 110, Col. Mitras Centro, Monterrey, N. L., México, tel. y fax: (81)83-48-37-81, correo electrónico: jabnljabnl@yahoo.com.mx.

El reconocimiento de que existe una importante asociación entre los factores psicológicos y enfermedades no es un hecho reciente o una preocupación que haya surgido en los tiempos actuales; sin embargo, sólo en los últimos años se ha convertido en motivo de interés para un gran número de profesionales en diversos campos, cuyas investigaciones tratan de ofrecer respuestas a las preguntas que han surgido respecto del origen y desarrollo de diversas enfermedades, como el cáncer, el asma, la artritis y la diabetes mellitus tipo 2.

Existen numerosas investigaciones dirigidas al estudio de la enfermedad crónica, en las cuales se ha llegado a obtener un importante y significativo consenso sobre las repercusiones psicológicas que ocasiona una enfermedad crónica como la diabetes mellitus, ya que se tiene una amplia cantidad de información proveniente de los estudios efectuados sobre el impacto de este tipo de padecimiento (González, 2003; Pacheco, 2004; Peralta y Figuerola, 2003; Rolland, 2000; Velasco y Sinivaldi, 2001; Uribe, 1999; Zavalegui, Vidal, Soler y Latre, 2002).

Gran parte de las investigaciones que se han hecho están en relación con factores tales como los problemas físicos asociados a la enfermedad, las características de la personalidad del afectado, las formas de afrontamiento de las situaciones estresantes previas y el tipo de recursos sociales de que disponga el sujeto enfermo. Hoy, los factores psicológicos antes mencionados son vistos como predictores del nivel de ajuste o deterioro de los pacientes ante la enfermedad (Pacheco, 2004).

En las personas adultas con una enfermedad crónico-degenerativa como la diabetes mellitus tipo 2 ocurre una serie de factores sociales, cognitivos y comportamentales que pueden llegar a determinar de una manera adversa o benéfica el control y adecuado manejo de las diversas actividades de tratamiento que la enfermedad implica, como el control y automonitoreo de los niveles de glucosa en sangre, el seguimiento de las diferentes dietas establecidas, la realización de la actividad o los ejercicios físicos recomendados, el uso de los medicamentos u otras sustancias prescritas, la asistencia a las consultas programadas y la abstinencia de tabaco, alcohol y otras sustancias. Una

incorrecta realización o ejecución de las anteriores acciones de control y tratamiento de la enfermedad puede reflejarse posteriormente en la aparición temprana o a mediano plazo de las diversas complicaciones que de manera natural trae consigo el desarrollo de la enfermedad (neuropatías, nefropatías, retinopatías, hiperglucemias o hipoglucemias, entre otras), lo que repercute, por tanto, en la frecuencia de ingresos hospitalarios esporádicos o permanentes y en el aumento de los problemas económicos, familiares, laborales y sociales de los enfermos.

La mayoría de los adultos que padecen diabetes mellitus tipo 2 tiene dificultades para seguir ininterrumpidamente el tratamiento prescrito; por ende, mucho del esfuerzo de enfermeras, médicos, nutricionistas y otros trabajadores de la salud se aplica a lograr que los pacientes sigan en forma estricta dicho tratamiento, el cual incluye generalmente la prescripción de medicamentos o insulina, un plan de alimentación saludable, la realización de actividades o ejercicios físicos y la vigilancia constante de los niveles de glucosa en sangre, además de la asistencia periódica a consulta médica (Secretaría de Salud, 2001).

De esta manera, y en relación con los factores antes mencionados, se considera importante plantear que para el eficaz control de la diabetes mellitus tipo 2 pueden ser elementos importantes, entre otros, los datos sociodemográficos o perfil de los pacientes; el indicador objetivo de la enfermedad —por ejemplo, el nivel de glucemia en ayunas— y las diversas acciones o actividades que los enfermos llevan a cabo para el control y tratamiento de su enfermedad, como la realización de actividad física, la revisión periódica de los pies, el buen equilibrio en la alimentación y las formas adecuadas de uso de los medicamentos o la insulina, todo lo cual puede llegar a ser un elemento determinante en la aparición de las consecuencias y complicaciones que trae consigo el curso natural de la enfermedad.

Actualmente se han hecho una serie de predicciones, en donde las complicaciones van a ir aumentando en su incidencia y prevalencia a tal grado que las cegueras, los infartos, las amputaciones y los trasplantes de riñón, entre otras, se volverán focos de atención y tratamiento hospitalario, lo que generará a las diversas instituciones

de atención a la salud la erogación de grandes cantidades de recursos financieros, la contratación y capacitación de más personal en el área de la salud y una mayor infraestructura hospitalaria para su tratamiento y disminución de esos efectos. Según diversas comunicaciones, no sé está en condiciones de tener el soporte económico, de infraestructura ni de personal para hacerles frente.

## MÉTODO

### Sujetos

Se seleccionó una muestra no probabilística de mujeres y hombres adultos con diabetes mellitus tipo 2, con un rango de edad de entre 40 y 65 años, que no se encontraban hospitalizadas en la fecha de la entrevista y que además no estaban presentando complicaciones crónicas de la enfermedad, como ceguera, amputaciones de las extremidades o algún tipo de hemodiálisis. De esta manera, el tamaño final de la muestra fue de 94 participantes.

### Instrumentos

Para la obtención de los datos, se procedió a redactar una carta de invitación a los pacientes; asimismo, se utilizó una carta de consentimiento informado para aquellos pacientes que aceptaron participar, a quienes se aplicó de igual manera una cédula de entrevista, diseñada e integrada, entre otros, por los siguientes apartados: *a)* datos socio-demográficos de los pacientes; *b)* indicadores del estado actual de su enfermedad, y *c)* tratamiento o control de la diabetes mellitus tipo 2.

### Procedimiento

La recolección de los datos se llevó a cabo haciendo una invitación a los pacientes para participar en el estudio por medio de la referida carta, comentándoles el objetivo del estudio; la carta de consentimiento informado se empleó para salvaguar-

dar la información del paciente; tal invitación se hizo al momento en que acudían a consulta externa, a los consultorios de endocrinología y al centro de educación en diabetes del hospital universitario en el turno matutino, a la revisión de los niveles de glucosa en sangre y de presión arterial, o a las consultas de rutina programadas. La aplicación de la cédula de entrevista y la entrega a cada uno de las cartas se llevó a cabo en entrevista individual en las distintas áreas que se destinaron por parte de los responsables de los consultorios del hospital al que se acudió y que está localizado en la ciudad de Monterrey, N. L., México.

## RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos en el análisis que corresponde a los dos factores retomados en este estudio: el control y manejo que realizaban los pacientes sobre la enfermedad y la relación de éstos con el estado actual de aquélla, considerando los apartados que se incluyeron en la cédula de entrevista e indicando la frecuencia, el porcentaje obtenido (Frec. y %) y la media (M), de acuerdo con los distintos conjuntos de datos de las dimensiones exploradas en los pacientes. En la Tabla 1 se muestran los resultados correspondientes a los distintos factores que se incluyeron en la mencionada cédula de entrevista.

Como se puede observar, la muestra de 94 sujetos se estableció de la siguiente forma: en la distribución del género, la mayoría de los pacientes fueron mujeres, con una baja escolaridad, dedicados al hogar casadas y de religión católica. En lo que respecta a la distribución de edades, la media fue de 53 años.

En cuanto al estado actual de la enfermedad de los pacientes, se obtuvo una media de 148.59 mg/dl en la prueba de glucemia en ayunas, la cual se encuentra muy por arriba de los niveles de glucosa minimamente aceptados tanto para las personas con diabetes, ya que para la población en general se ubica por debajo de 110 mg/dl.

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos de los pacientes.

<i>Género</i>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
Femenino	64	68.1
Masculino	30	31.9
<i>Escolaridad</i>		
Ninguna	18	19.1
Primaria	43	45.7
Secundaria	9	9.6
Bachillerato	6	6.4
Carrera técnica o comercial	10	10.6
Licenciatura	8	8.5
<i>Ocupación</i>		
Hogar	56	59.6
Empleado	17	18.1
Comercio	17	18.1
Ninguna	1	1.1
Pensionado	3	3.2
<i>Estado civil</i>		
Casado	65	69.1
Divorciado	4	4.3
Soltero	11	11.7
Separado	2	2.1
Viudo	6	6.4
Unión libre	6	6.4
<i>Religión</i>		
Católica	80	85.1
Cristiana	8	8.5
Bautista	3	3.2
Otra	1	1.1
Testigo de Jehová	2	2.1
Edad	M = 53	

En la Tabla 2 se aprecian las puntuaciones obtenidas en la muestra de pacientes en lo que se refiere al tipo de control llevado a cabo; en ella se describe tanto el número de pacientes que realizaban una u otra prescripción (sí/no), como las frecuencias y porcentajes que obtuvieron las distintas actividades o acciones para sobrellevar la enfermedad.

El grupo de pacientes mostró que su asistencia a la consulta médica la realizaban después de transcurridos uno o varios meses después de la última; en lo que se refiere a la prescripción mé-

dica que más atendían, esta fue la de tomar los medicamentos prescritos; en cuanto la realización de la dieta recomendada, la mayoría reportó llevarla a cabo; en lo tocante a la realización de ejercicio y/o actividad física, lo llevaba a cabo la mayoría; con relación al aspecto del monitoreo de los niveles de glucosa, la mayor parte de los enfermos refirió no disponer de un glucómetro; además, la frecuencia de medición de la glucosa se realizaba en una ocasión cada mes; por último, en cuanto al cuidado del pie, la mayor parte del grupo manifestó llevarlo a cabo.

**Tabla 3.** Tratamiento o control de la enfermedad.

<i>Tiempo transcurrido desde la última consulta</i>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
Años	8	8.5
Meses	66	70.2
Días	20	21.3
<i>Prescripción médica más observada</i>		
	Sí	No
Ejercicio	5	89.0
Dieta	11	83.0
Medicamento	39	55.0
Ejercicio y dieta	4	90.0
Ejercicio y medicamento	5	89.0
Medicamento y dieta	21	73.0
Dieta, ejercicio y medicamento	6	88.0
Medicamento y monitoreo de la glucosa	1	93.0
Dieta, cuidado del pie y medicamento	2	92.0
<i>Seguimiento de dieta</i>		
Sí	63	67.0
No	31	33.0
<i>Realización de ejercicio o actividad física</i>		
Sí	64	68.1
No	30	31.9
<i>Uso de medidor de glucosa</i>		
Sí	22	23.4
No	72	76.6
Total	94	100.0
<i>Frecuencia de medición de glucosa</i>		
Día	9	9.6
Semana	18	19.1
Mes	67	71.3
<i>Cuidado del pie</i>		
Sí	84	89.4
No	10	10.6

## DISCUSIÓN

Los resultados hallados en el presente estudio descriptivo indican que los participantes mostraron un tipo de control deficiente de las diversas acciones o actividades que implica el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2; lo anterior, de acuerdo a la información obtenida en las tres dimensiones que se utilizaron en la cédula de entrevista.

Los pacientes que asistían a las diversas consultas en el mencionado hospital alcanzaron puntajes medios en cuanto al nivel de escolaridad, tipo de ocupación y estado civil, así como en los resultados referentes a las diferentes formas o maneras

que empleaban para el control de la enfermedad (cfr. Peralta y Figuerola, 2003).

Dentro de los datos obtenidos, un aspecto especialmente llamativo es que, al menos en esta muestra, en su mayoría estaba conformada por mujeres, lo cual coincide con las estadísticas proporcionadas por los diversos sistemas de información que existen en el sector salud, las cuales reflejan que la enfermedad tiene mayor incidencia y prevalencia en el género femenino, por lo que en esta muestra —si bien la distribución de sexos no es igual en proporción— se presenta como equilibrada. En lo que respecta a los datos sociodemográficos, el hecho de que la mayoría

de los participantes tuviesen un nivel de escolaridad bajo, ocupaciones hogareñas y estuvieran casadas, puede reflejarse —e influir de manera significativa— en la manera en que controlaban su padecimiento, ya que es posible llegar a juzgar que eran personas que contaban con las condiciones necesarias para su tratamiento, tales como el tiempo para acudir a las consultas, el apoyo de las instituciones de salud y los recursos económicos mínimamente necesarios; es importante señalar que, pese a que los pacientes que participaron eran de clase social baja, y que la mayoría de ellos podían obtener por parte del hospital condonaciones o beneficios en cuanto al costo de la atención recibida —ya sea en las consultas con los médicos, los chequeos de la glucosa, los medicamentos y asesorías nutriólogicas que ahí se otorgan—, la asistencia a las consultas médicas fue muy baja, como se refleja en los datos anteriores.

Como se dijo anteriormente, el que los pacientes no usaran los medios a su alcance para tratar su enfermedad representa un aspecto esencial para que no llevaran a cabo las diversas acciones o actividades requeridas para el adecuado control de su enfermedad; aun cuando disponían de las condiciones necesarias para el adecuado tratamiento de la diabetes, no las aprovechaban o utilizaban de manera benéfica.

Lo anterior se puede verificar en mayor medida de acuerdo a la información referida al indicador del estado de la diabetes mellitus; en efecto, el nivel de glucemia en ayunas puntuó en promedio 148 mg/dl, que es un nivel considerado muy por encima de los rangos recomendados por la Federación Mexicana de Diabetes, la cual señala que el rango normal de es 70 a 110 mg/dl; este indicador significa que el tipo de control que llevaban a cabo era inadecuado, lo que cobra especial relevancia al momento de analizar los resultados de las diversas prescripciones y actividades. La información proporcionada por los pacientes no es coherente y no se corresponde con los datos que se reflejan posteriormente al momento de analizar las diferentes actividades de tratamiento que realizaban ante la enfermedad, como el efectuar un plan alimenticio saludable, actividad física o el cuidado del pie.

En lo que respecta a la prescripción médica más utilizada, manifestaron que ésta era el consumo de los diferentes medicamentos orales pres-

critos, depositando así, en gran parte, el control de la enfermedad en este tipo de recurso, que para los efectos buscados no es suficiente ya que el uso de medicamentos debe estar acompañado de otro tipo de acciones o actividades de tratamiento. El porcentaje de los pacientes que realizaba de manera conjunta los tres tipos de actividades fue muy bajo, reflejándose esta falta de concordancia en el elevado nivel de glucosa en sangre mostrado por el promedio del grupo, que, como se mencionó anteriormente, no es el aceptable.

Otro de los aspectos significativos en cuanto al control de la enfermedad es el del cuidado del pie; se observa que la gran mayoría de los integrantes de la muestra refirió cuidado y atención de las extremidades inferiores, manifestando que llevaban a cabo acciones como su remojo, lavado y correcto secado, denotando que la percepción del cuidado del pie consiste en la higiene que se le proporciona, pero sin considerar que el mantener los niveles de glucosa dentro de los parámetros normales ayuda más a evitar parcial o totalmente la aparición del pie diabético o algún otro tipo de neuropatía diabética en alguna otra zona del cuerpo.

Lo anterior proporciona la pauta para retomar la forma en que los pacientes llevan a cabo el automonitoreo de los niveles de glucosa en sangre dada la importancia que este aspecto tiene para el control adecuado de la diabetes mellitus (Salazar, Gallegos y Gómez, 1998; cfr. también Mendoza, Cabrero, Martínez, Ortiz y Cabañero, 2005); en este sentido, la mayoría de los pacientes no disponía de un aparato personal para la medición correspondiente, lo que se reflejó en un insuficiente control de la enfermedad y de las implicaciones terapéuticas que conlleva.

Debido a que el adecuado control de las diferentes actividades terapéuticas requeridas para la diabetes mellitus implica no sólo el uso de medicamentos orales, un estilo de alimentación saludable o la realización de actividad física, sino que también consiste en que estas actividades se desarrollen de manera conjunta y constante, es una necesidad importante la verificación de los niveles de glucosa con mayor frecuencia a la aquí mostrada, así como el pertenecer a grupos terapéuticos de autoayuda o integrados a las instituciones de salud públicas o privadas, donde se les puedan proveer

de los recursos necesarios para modificar y aumentar la calidad de vida, para que el control de la enfermedad les sea de mayor beneficio y traten así de lograr la postergación a corto y mediano plazo de las diferentes complicaciones agudas y crónicas que trae consigo la diabetes mellitus.

Por lo anterior, se concluye que la asociación de las diversas actividades y acciones que los pacientes llevaban a cabo para el control de su enfermedad fue muy baja o mostró deficiencias, lo que se reflejó en los elevados niveles de glucosa observados.

Este estudio corresponde a los resultados encontrados en otro tipo de investigaciones referentes a este tipo de factores, en los cuales se evalúa el cumplimiento de prescripciones médicas o la utilización de los servicios de salud, e inclusive la adherencia terapéutica o el autocuidado (Álvarez, 2002; Amigó, Fernández y Pérez, 1998; Díaz, Galán y Fernández, 1993; Gallar, 2001; Gallegos, Cárdenas y Salas, 1999; García, Prados y Sánchez de la Cuesta, 2003; Martín y Grau, 2004; Mercado,

Lizardi-Gomes, Benítez y Alcántara, 2003; Rodríguez-Marín, 1995).

Los resultados encontrados en este estudio y en otras investigaciones dan la pauta para estudiar lo que consideran los pacientes diabéticos acerca de su padecimiento y tratamiento, dado lo incorrecto de las conductas de riesgo que comúnmente se observan (falta de asistencia a las consultas médicas, realización inadecuada de las dietas, sedentarismo, etc.), pudiéndose valorar en esta población aspectos psicosociales tales como el afrontamiento, el autocuidado, las creencias, las actitudes, las emociones, la adherencia al tratamiento y otros, y que pueden reflejar en mayor medida el cómo las personas con diabetes mellitus tipo 2 tienen la vivencia de la enfermedad; asimismo, este tipo de estudios puede representar un recurso de apoyo para la planeación y desarrollo de estrategias de intervención en el ámbito de la prevención y tratamiento de la diabetes mellitus desde la subdisciplina de la psicología de la salud.

## REFERENCIAS

- Álvarez, J. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad*. México: Trillas.
- Amigó, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En I. Amigó (Ed.): *Manual de psicología de la salud* (pp. 229-270). Madrid: Pirámide.
- Díaz, L., Galán S. y Fernández, G. (1993). Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 35(2), 169-176.
- Gallar, M. (2001). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Barcelona: Thompson-Paraninfo.
- Gallegos, E., Cárdenas, V. y Salas, M. (1999). Capacidades de autocuidado del adulto con diabetes tipo 2. *Investigación y Educación en Enfermería*, 17(2), 23-33.
- García, A., Prados, D. y Sánchez de la Cuesta, F. (2003). Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. *Semergen*, 20(2), 55-59.
- González, M. (2003). La diabetes en México. *Atención Médica*, 2, 12-13.
- Martín A., L. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14(1), 89-100.
- Mendoza, C., Cabrero, J., Martínez M., Ortiz, M. y Cabañero, M. (2005). La medición de los autocuidados: una revisión de la bibliografía. *Enfermería Clínica*, 15(2), 76-87.
- Mercado F., Lizardi-Gomes, A., Benítez, R. y Alcántara, E. (2003). Utilización de los servicios de salud en México: perspectivas de los individuos con diabetes. *Atención Primaria*, 31(1), 76-86.
- Pacheco, P. (2004). Factores psicológicos en las enfermedades crónicas. *Psicología de la Salud*. Disponible en línea: [http://www2.udec.cl/~papachec/fact\\_psic\\_en\\_las\\_enf.htm](http://www2.udec.cl/~papachec/fact_psic_en_las_enf.htm) (consultado en septiembre de 2004).
- Peralta, G. y Figuerola, D. (2003). Aspectos psicosociales de la diabetes. *Endocrinol. Nutr.*, 50(07), 280-285.
- Secretaría de Salud (2001). *Plan Nacional de Salud, 2001-2006*. Disponible en línea: <http://pnd.presidencia.gob.mx/index.php?idseccion=32> (consultado en agosto 27 de 2005).
- Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*. Madrid: Gedisa.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de prescripciones médicas. En J. Rodríguez-Marín (Ed.): *Psicología social de la salud* (pp.151-160). Madrid: Síntesis.

- Salazar, R., Gallegos, E., y Gómez, M. (1998, Julio). Autocuidado del adulto con diabetes mellitus. *Diabetes hoy para el Médico*, 2(13), 24-29.
- Uribe, T. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 17(2), 109-118.
- Velasco, M. y Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México: El Manual Moderno.
- Zabalegui, A., Vidal, A., Soler D. y Latre, E. (2002). Análisis empírico de afrontamiento. *Index Digital de Enfermería Clínica*, 12(1): 29-38.