



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/011o.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN ORAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	Características y conductas de autocuidado en familias con historial de Diabetes Mellitus T-2 en zonas de bajo desarrollo social en cuatro áreas geográficas de México
<i>Autores</i>	Ana María Valles-Medina, ¹ María Ana Rugerio-Quintero, ² Lidia Guadalupe Compean-Ortiz, ² Laura Trujillo-Olivera, ³ Carmen Aydé Fernández Rincón, ⁴ Red Temática Promep: Cuidado Interdisciplinario en Familias con Historia de Diabetes Mellitus Tipo 2*
<i>Centro/institución</i>	(1) Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP). (2) Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAT). (3) Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH). (4) Universidad del Quindío.
<i>Ciudad/país</i>	(1) Puebla, México. (2) Tamaulipas, México. (3) Chiapas, México. (4) Armenia, Colombia
<i>Dirección e-mail</i>	avalles@uabc.edu.mx *Francisco Javier Báez Hernández, Vianet Nava Navarro, Alfredo Renán González Ramírez, María del Carmen Castillo-Fregoso, Beatriz Alfaro-Trujillo, Eunice Reséndiz González, Beatriz Del-Ángel-Pérez, Néstor R. García-Chong

RESUMEN

Esta investigación pretende caracterizar y comparar la situación de salud y conductas de autocuidado en familias con historial de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT-2) en zonas de bajo desarrollo social de cuatro áreas geográficas de México y explorar cuáles son sus creencias en salud con respecto a DMT-2. Metodología: La población de estudio fue conformada por familias con uno o más integrantes con diagnóstico de DMT-2 de las ciudades Mexicanas de Tijuana, Tampico, Puebla y Chiapas, ubicadas al noroeste, noreste, centro y sur del país respectivamente. Para la muestra se eligieron 30 familias por cada área geográfica. Las variables de estudio fueron características sociodemográficas, factores de riesgo para diabetes, patrones de actividad física y alimentación, así como parámetros clínicos (IMC, glucosa, colesterol, triglicéridos y hemoglobina glucosilada). Dichas variables fueron medidas con instrumentos validados y el componente cualitativo de creencias en salud se explorará a través de entrevistas estructuradas y grupos focales. Al preguntarnos ¿Qué puede aportar este proyecto para el movimiento de la Práctica de EBE? podríamos contestar que por sus características de ser una investigación interdisciplinaria, multicéntrica y de utilizar triangulación metodológica aportará un mayor grado de evidencia científica que permitirá un mejor control de este creciente padecimiento crónico.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Antecedentes y estado actual del tema

Según la Federación Internacional de Diabetes (IFD)¹ hasta el año 2012, en el mundo existían 371 millones de personas viviendo con diabetes entre 20-79 años, con una prevalencia de 8.3%, sin embargo estiman que 50% de la población no está todavía diagnosticada. Del total que sí está diagnosticado, México reporta 10.4 millones de personas viviendo con este padecimiento, colocando a nuestro país entre las 10 primeras naciones con mayor prevalencia de esta enfermedad. Por su parte, en 2012 México estimó a través de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) que en el país existían 6.5 millones de personas diagnosticadas con diabetes, siendo esta enfermedad una de las primeras causas de muerte,² considerando a la diabetes y sus complicaciones como una verdadera emergencia de salud pública que requiere de una política pública especial.

Dada la condición crónica de esta enfermedad, la diabetes ha sido abordada desde diversas intervenciones enfocadas al manejo del tratamiento y del comportamiento, en el cual el estilo de vida es fundamental, este proyecto de investigación se enfoca en la familia como un espacio de interacción social básica que puede determinar una evolución positiva o negativa en la prevención y control de este padecimiento.³ y pretende en una primera etapa, caracterizar y comparar la situación de salud y conductas de autocuidado en familias con historial de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT-2) en zonas de bajo desarrollo social en cuatro áreas geográficas de México y en una segunda etapa explorar cuáles son las creencias en salud⁴ de las familias que viven con DMT-2, en relación a sus hábitos, actitudes, barreras y beneficios percibidos vinculadas a esta enfermedad.

Objetivos

Objetivo general

Caracterizar la situación de salud y conductas de autocuidado en familias con historial de DMT2 en zonas de bajo desarrollo social en cuatro áreas geográficas de México.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de las familias con historial de DMT-2 entre las diferentes regiones de México.
- Identificar factores de riesgo para el desarrollo de DMT-2 de los familiares de pacientes con DMT2.
- Describir las conductas de autocuidado en alimentación y actividad física de los familiares de pacientes con DMT-2 en las diferentes regiones de estudio.
- Explorar las creencias en salud sobre diabetes mellitus, su percepción de riesgo, amenazas a su salud, así como las barreras y beneficios percibidos en familias con historial de DMT-2.
- Comparar las características, conductas de autocuidado y creencias de salud en familias con historial de DMT-2 de cuatro áreas geográficas de México.

Metodología

La población de estudio fue conformada por familias con uno o más integrantes con diagnóstico de DMT-2 de las ciudades Mexicanas de Puebla, Tijuana, Tampico y Chiapas, ubicadas respectivamente al noroeste, noreste, centro y sur de país. Para la muestra se eligieron 30 familias por cada área geográfica que habitaran en zonas de bajo desarrollo social. El proyecto de investigación contempla realizar una triangulación de los datos cuantitativos con cualitativos.

La población de estudio de Puebla consistió en dos comunidades en las cuales tienen centros comunitarios manejados por tesis de pregrado y de posgrado en enfermería, los cuales llevan un seguimiento de núcleos familiares de las comunidades de San Andrés Azumiatla y Santa Ana Coatepec que asisten a los Centros Comunitarios de Atención al Cuidado de la Vida (CECACVI-BUAP). Por su parte, las otras universidades reclutaron las familias mediante visitas domiciliarias tomando el censo de pacientes diabéticos de los centros de salud y mediante ferias de salud dirigidas a familiares de pacientes diabéticos o personas con factores de riesgo.

El protocolo del proyecto fue aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina y Psicología de UABC. A los participantes se les dio a firmar un consentimiento informado donde se les explicaba los objetivos del estudio, quiénes eran los responsables, cuál sería el procedimiento, la confidencialidad de la información y sus posibles riesgos y beneficios de participar.

Se identificaron y compararon las características sociodemográficas de las familias de cada región y se aplicaron diversos instrumentos validados para identificar factores de riesgo, patrones de actividad física y de alimentación, de igual forma se determinaron parámetros clínicos (Peso, Índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia de cintura) y bioquímicos (glucosa, colesterol, triglicéridos y hemoglobina glucosilada).

Inicialmente se llenó una Cédula de Datos Familiares que incluyó las siguientes variables: tipo de familia, etapa de desarrollo de la familia (según Duvall, 1977) número de integrantes, edad, sexo, nivel educativo, índice de pobreza, ocupación, estado civil, religión, nivel socioeconómico, acceso a servicios de salud, persona que padece DMT-2 y cuidador principal de quien padece DMT-2.

Posteriormente se aplicó una Encuesta validada de Factores de Riesgo de la American Diabetes Association,⁵ adaptada al español de México⁶ para identificar riesgo para desarrollar DMT-2, la cual está dividida en tres apartados, el primero cuenta con ocho ítems con opciones de respuesta Sí-No, cuyos valores varían entre uno y diez puntos, con una calificación mínima de 0 y máxima de 42 puntos. La pregunta uno ubica a la persona de acuerdo a su IMC en normal con un valor de cero, sobrepeso un valor de cinco y obesidad con un valor de diez puntos. La pregunta dos se refiere a la circunferencia de cintura, donde suman 10 puntos si obtienen valores por arriba de lo normal (mujeres con 85 cm o más y hombres con 95 cm o más). Para las preguntas tres, cuatro y cinco, la puntuación para la opción de respuesta “Sí” corresponde a cinco y nueve puntos y hace referencia a la actividad física en personas menores de 65 años y a la edad del sujeto. Las preguntas 6, 7 y 8 indaga sobre antecedentes heredofamiliares para el desarrollo de diabetes, con opción de respuesta “Sí” que equivale a 1 punto y “No” a 0 puntos. Al final, se suman los puntajes de las respuestas, obteniendo una

calificación total, la cual clasificará el grado de riesgo; si obtuvo menos de diez puntos de calificación significa que se encuentra en bajo riesgo para el desarrollo de la enfermedad; si obtuvo diez puntos o más, se encuentra en alto riesgo de padecer diabetes y se le envía para determinación de glucosa en sangre por glicemia capilar en forma inicial.

En el segundo apartado, se pregunta si la persona valorada presenta síntomas como mucha sed, orina mucho o mucha hambre, si la respuesta proporcionada por la persona valorada es afirmativa, será indicativo para la toma de glucosa en sangre, considerando un caso positivo si el resultado de la prueba de glicemia capilar era mayor o igual a 100 mg/dL en ayunas; o igual o mayor a 140 mg/dL de glucosa casual y será indicativo para aplicarse otra prueba en ayunas; para términos de esta investigación se determina la toma con determinación de glucosa en ayunas o casual por química sanguínea y en caso de persistir el resultado positivo en glucosa casual con valor igual o mayor a 200 mg/dL ó glucosa en ayunas con valor igual o mayor a 126 mg/dL, se establece el diagnóstico.

El tercer apartado del cuestionario de factores de riesgo permite identificar la estatura, peso, circunferencia de cintura e índice de masa corporal y para efectos de la presente investigación, el IMC se clasificó con base en lo establecido por la Organización Mundial de Salud (OMS): un puntaje de 18.5 a 24.9 es considerado como Normal, de 25.0 a 29.9 Sobrepeso, 30.0 a 34.9 Obesidad tipo I, 35.0 a 39.9 Obesidad tipo II y mayor o igual a 40 obesidad tipo III.⁷

El autocuidado en actividad física se midió con el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) versión corta. En general, las múltiples validaciones del cuestionario IPAQ producen datos consistentes (Coeficientes de Correlación de Spearman del alrededor de 0.8), con datos comparables de las formas cortas y largas del cuestionario.⁸ Los estudios de validez de este cuestionario en español y en América Latina también sugieren que el IPAQ tiene una alta confiabilidad y un criterio moderado de validez en comparación con los acelerómetros.^{9,10} El indicador de actividad física se expresa tanto de manera continua, en MET-minutos/semana, como de manera categórica, clasificando el nivel de actividad física en bajo, moderado o alto. Los METs son una forma de calcular los requerimientos energéticos, son múltiplos de la tasa metabólica basal y la unidad utilizada MET-minuto, se calcula multiplicando el MET correspondiente al tipo de actividad por los minutos de ejecución de la misma en un día o en una semana.¹¹

Para medir conductas alimentarias se utilizó el cuestionario validado por Pino et al, llamado Cuestionario para Evaluar Conductas y Hábitos Alimentarios en Usuarios de la Atención Primaria de Salud, el cual revela una confiabilidad aceptable (α -Cronbach=0.792) y está compuesto por 38 preguntas distribuidas según su análisis factorial en 11 dimensiones: Preocupación alimentaria, seguimiento de indicaciones de salud, alimentación fuera de horarios, guías alimentarias, conductas alimentarias-sedentarias, alimentación deportiva, consumo alimentos innecesarios, alimentos de alto consumo, proceso de alimentación, posición al alimentarse y saciedad alimentos energéticos. Las opciones de respuesta de este cuestionario son de tipo Likert: Nunca, casi nunca, con alguna frecuencia, casi siempre y siempre.¹²

En el componente cualitativo se pretende explorar a través de entrevistas estructuradas y grupos focales para indagar cuáles son las creencias en salud de las familias que viven

con DM2, en relación en relación a sus hábitos, actitudes, barreras y beneficios percibidos vinculadas a esta enfermedad.

Plan de análisis de los datos

En los datos obtenidos de la primera etapa del proyecto, se realizará análisis de frecuencias de las variables sociodemográficas, se calcularán proporciones en variables categóricas y medidas de tendencia central en las cuantitativas (promedios, rangos mínimos y máximos, y desviaciones estándar, etc.). Para observar diferencias en proporciones se realizará cruce de variables categóricas mediante χ^2 , estableciendo un valor de significancia de $p \leq 0.05$. Para llevar a cabo la comparación entre los diferentes grupos geográficos se utilizará análisis por conglomerados. Los datos serán examinados a través del paquete estadístico SPSS v.17. En lo referente al análisis de contenido de las entrevistas y grupos focales, primero se harán las respectivas transcripciones, posteriormente se clasificarán y codificarán los testimonios que muestren significados, procesos, patrones de interacción o de razonamiento para proceder a su análisis temático utilizando también la Teoría Fundamentada¹³ donde se busca que los conceptos emerjan con pocos constructos previos. Para este análisis se utilizará el software Atlas-ti 2.0.

Plan de trabajo

Hasta el momento ya se tienen reclutadas las 120 familias programadas con un promedio de entre dos y tres integrantes cada una, a los cuales se les han aplicado los cuestionarios de factores de riesgo, actividad física y alimentación y se les han practicado exámenes de laboratorio de acuerdo a su perfil de riesgo. Actualmente se está terminando de capturar la información para hacer el análisis estadístico de las características de las cuatro poblaciones y sus conductas de autocuidado.

En el mes de noviembre se llevarán a cabo entrevistas a profundidad de la comunidad de Chiapas México para explorar creencias en salud, una vez analizado someramente el contenido de los testimonios recolectados, se harán las entrevistas en Tijuana y en las demás poblaciones, para en forma posterior llevar a cabo las respectivas transcripciones de la información y después programar una reunión de todas las sedes para llevar a cabo el análisis cualitativo y la triangulación de la información con los datos cuantitativos obtenidos en la primera fase del proyecto.

Consideraciones finales

La innovación de esta experiencia académica de investigación es que se trata de la primera red académica formal en México en la que participan escuelas de enfermería conjuntamente con escuelas de medicina. La forma de trabajo interdisciplinario ha sido mediante dos reuniones presenciales (una en Puebla y la otra en Tijuana, B.C.) y la mayoría de las sesiones periódicas se han realizado por Internet vía Skype. En cada sede se reúne y conecta el grupo de profesores participantes para discutir y analizar las diferentes metodologías de trabajo con los pacientes y estrategias para trabajar en la comunidad y se elaboran minutas con los acuerdos y compromisos.

Al preguntarnos ¿Qué aporta este proyecto para el movimiento de la Práctica de EBE? podríamos contestar que las escuelas de enfermería participantes se han fortalecido al

obtener un mayor intercambio de enfoques metodológicos cuantitativos y cualitativos, porque se han analizado las fortalezas que ofrece cada abordaje. En las sesiones de trabajo se han discutido las limitaciones de algunos modelos teóricos que utiliza actualmente enfermería y la necesidad en algunos casos de que éstos sean por un lado operacionalizados para poder ser medidos y por otro lado, utilizados con una mayor profundidad para poder ser mejor comprendidos. Por su parte la universidad de Colombia está asesorando y guiando a las universidades mexicanas para el estudio cualitativo que pretende explorar las creencias en salud en familiares de pacientes diabéticos.

Por su parte las escuelas de medicina han fortalecido su práctica basada en evidencia al tener que validar metodologías comunitarias y abordajes médicos adaptados al domicilio de los pacientes, también se ha valorado la importancia de apoyarse en metodologías cualitativas para explorar posibles motivos por los cuales los pacientes no se apegan a su tratamiento y porqué los familiares muestran una baja percepción del riesgo de sufrir ellos también este padecimiento.

Ambas disciplinas han trabajado y mejorado sus procesos de validación de instrumentos de medición, se ha aprendido a trabajar para el logro de objetivos comunes, y ambos han mostrado y visto los métodos de trabajo del otro por lo que creemos que ambas disciplinas saldrán más fortalecidas con esta experiencia académica de investigación multicéntrica e interdisciplinaria.

Bibliografía

1. International Diabetes Federation. 2013.
2. INSP. Encuesta Nacional de Salud, 2012. México; 2012.
3. Tol A, Baghbanian A, Rahimi A, Shojaeizadeh D, Mohebbi B, Majlessi F. The Relationship between perceived social support from family and diabetes control among patients with diabetes type 1 and type 2. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*. 2011; 10:1-8.
4. Champion VL, Skinner CS. The Health Belief Model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, eds. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 4th ed. Jossey-Bass; 2008. p. 45-65.
5. American Association of Diabetes. *Diabetes Risk Test*. 2013.
6. Secretaría de Salud. *Cuestionario de factores de riesgo modificado de la ADA*. México: Gobierno Federal de México; 2010.
7. Núñez R, Peña A, Pacheco B, Sánchez M, Rivera M. Obesidad en pacientes adultos en el municipio Sucre del estado Miranda. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. 2006; 1(3):36-39.
8. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2003; 35(8):1381-1395.
9. Hallal PC, Gómez LF, Parra DC, Lobelo F, Mosquera J, Florindo AA, et al. Lecciones aprendidas después de 10 Años del uso de IPAQ en Brasil y Colombia. *Journal of Physical Activity and Health*. 2010; Suppl 2:S259-S64.
10. Roman-Viñas B, Ribas-Barba L, Ngo J, Serra-Majem L. Validación en población catalana del cuestionario internacional de actividad física. *Gaceta Sanitaria*. 2012; 27(3):254-257.

11. IPAQ. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): Short and Long Forms. 2005.
12. Pino-V. JL, Díaz-H. C, López-E. MÁ. Construcción y validación de un cuestionario para medir conductas y hábitos alimentarios en usuarios de la atención primaria de salud. *Rev Chil Nutr.* 2011; 38(1):41-51.
13. Bryant A, Charmaz K. *The Sage Handbook of Grounded Theory.* Thousand Oaks: Sage; 2002.