



Vol. 72 • Núms. 5-6
Septiembre-Diciembre • 2018
pp 311-316

Recibido: 30/05/2018
Aceptado: 26/11/2018

Artículo de investigación

Grupo de autoayuda, un factor protector para pacientes con diabetes tipo 2

Akxel A Ureta Cuata,* César López Guzmán,† Josué Eli Villegas Domínguez‡

* Teniente de Fragata Médico Cirujano Naval Paracaidista.

† Médico internista, asesor clínico.

‡ Maestro en Investigación Médica, asesor metodológico.

Hospital Naval de Especialidades Médicas de Veracruz.

RESUMEN

Introducción: México tiene la mayor contribución a la mortalidad por diabetes del continente americano y una de las más altas tasas de mortalidad del mundo por esta condición. El tratamiento y control deben ser multidisciplinarios; es fundamental la educación sobre su enfermedad. **Objetivo:** Determinar el impacto metabólico y educacional sobre la diabetes *mellitus* tipo 2 en el grupo de autoayuda (GAA) para diabéticos. **Material y métodos:** Estudio tipo cohorte, ambispectivo, en el Hospital Naval de Veracruz de octubre de 2017 a enero de 2018; GAA: 20 pacientes; consulta externa (CE): 80 pacientes; su nivel de conocimiento fue medido por el cuestionario DKQ24, el control metabólico, con Hb1Ac%; consultas a urgencias, tomadas de los expedientes de los últimos seis meses. **Resultados:** Escolaridad: 50% nula a media en el GAA; medio superior, 44% en la CE; uso de urgencias, 12% del GAA, 88% de la CE; nivel de conocimiento: bueno en el GAA 95% y en la CE, 52%; 74% de aquéllos con buen conocimiento no fueron a urgencias en los últimos seis meses; un buen nivel de conocimiento se relacionó con mejor control de la Hb1Ac%. **Conclusiones:** El GAA incrementa el nivel de conocimiento sobre su enfermedad —sin influir el nivel sociocultural— y aporta un factor protector para complicaciones agudas y mejor control metabólico.

Palabras clave: Diabetes *mellitus*, atención primaria, impacto educacional, control metabólico.

The self-help group, a protective factor in diabetes mellitus type 2 patients

ABSTRACT

Introduction: Mexico has the highest contribution to mortality from diabetes in the Americas and one of the highest mortality rates in the world caused by this condition. Treatment and control should be multidisciplinary, being fundamental the education about the disease. **Objective:** To determine the metabolic and educational impact on of a self-help group (SHG) for diabetics. **Material and methods:** Cohort study at the Hospital Naval de Veracruz, from October 2017 to January 2018; SHG: 20 patients, outpatient consultation (EC): 80 patients; their level of knowledge was measured by the questionnaire DKQ24; their metabolic control, with Hb1Ac%; emergency room visits, taken from the records of the past six months. **Results:** Schooling: zero to average in 50% of the SHG; higher than average in 44% of the EC; use of the emergency room: 12% of the SHG, 88% of EC; level of knowledge, good in 95% of the SHG and 52% of the EC; 74% of those with good knowledge did not go to the emergency room in the last six months; a good level of knowledge was related to better control of the Hb1Ac%. **Conclusions:** The SHG increases the level of knowledge about their disease, regardless of the sociocultural level, providing a protective factor for acute complications and better metabolic control.

Key words: Diabetes *mellitus*, primary care, educational impact, metabolic control.

Introducción

La diabetes es una enfermedad multifactorial que se ha convertido en pandemia, secundaria a la alta incidencia de obesidad a nivel mundial; es responsable de múltiples complicaciones en el ámbito sanitario

alrededor del mundo.¹ México tiene la mayor contribución a la mortalidad por diabetes del continente americano y una de las más altas tasas de mortalidad del mundo por esta condición. Diagnosticarla no es lo preocupante, sino su control:² sólo el 16% de los pacientes con diabetes se encuentran adecuadamente

controlados, según un estudio realizado en 2015 por el Instituto Nacional de Salud Pública. Su tratamiento y control se deben llevar de forma multidisciplinaria. Parte fundamental de este manejo es la orientación dirigida y concisa al paciente sobre su enfermedad; es decir, un paciente con diabetes que no esté capacitado sobre su padecimiento es, con probabilidad, de alto riesgo; lo que tiene, de forma conjunta, un impacto en el costo sanitario y social de la enfermedad.³

La publicación de estudios como UKPDS⁴ y DCCT⁵ cambió el enfoque de la atención del paciente con diabetes, pues demostró la necesidad y beneficios de los tratamientos intensificados y multidisciplinarios con grupos de autoayuda, lo que hizo cobrar un rol muy importante a la educación en diabetes dada por estos grupos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la educación sanitaria es fundamental en el tratamiento de la diabetes, y la única eficaz para el control de la enfermedad y la prevalencia de sus complicaciones.⁶ «Educación para la salud» es el grupo de acciones dirigidas a que los individuos y sus familias desarrollen conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que permitan cumplir de forma habitual la responsabilidad del cuidado de su salud, incrementar la salud positiva, disminuir los riesgos, prevenir los daños, hacer uso adecuado de los servicios de atención médica y participar en el manejo de las alteraciones producidas a su salud.⁷

Estudios mexicanos en años recientes han demostrado que la intervención educativa participativa y grupal ofrece mayores beneficios en el control de la glucosa sanguínea, así como en el nivel de conocimientos sobre su enfermedad;⁸ sin embargo, en el estudio de Vargas Ibáñez⁹ concluyeron que después de un año de la aplicación del curso para diabéticos, si no hay un adecuado seguimiento, empeora el control glucémico y disminuye la calidad de vida, así como el nivel de conocimiento.

El objetivo de este estudio fue determinar el impacto metabólico y educacional sobre la diabetes *mellitus* tipo 2 en el grupo de autoayuda para diabéticos del Hospital Naval de Especialidades Médicas de Veracruz, así como la frecuencia de las consultas a urgencias por descontrol metabólico de los pacientes del grupo de autoayuda en los últimos seis meses.

Material y métodos

Diseño: cohorte, ambispectivo, observacional, analítico, en el Hospital Naval de Especialidades Médicas

de Veracruz durante el periodo de octubre de 2017 a enero de 2018. **Población:** se tomaron dos grupos: pacientes pertenecientes al grupo de autoayuda (GAA) y pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 que acudían a su cita mensual de la consulta externa (CE) de medicina familiar, diagnosticados con diabetes tipo 2 como mínimo 12 meses antes del inicio de estudio; se obtuvo una población de 100 pacientes: 20 del GAA y 80 de la CE, sin incluir aquéllos con enfermedades en fase terminal o deterioro neurológico que les impidiera su seguimiento educacional. Una vez identificados y cumplidos los criterios de selección, se les invitó a firmar el consentimiento informado. **Recolección de datos:** se verificó en el expediente electrónico su hemoglobina glicosilada y perfil lipídico (como máximo, de los últimos tres meses); se agregó su índice de masa corporal; así mismo, se les aplicó un cuestionario validado sobre sus conocimientos de la enfermedad llamado DKQ24, el cual constaba de 24 reactivos agrupados en conocimientos básicos sobre la enfermedad, control de la glucemia y prevención de complicaciones. Se contestó en un tiempo de 15 minutos con respuesta tipo Likert, que consistía en «Sí», «No», «No sé»; se dio un valor de uno a la respuesta acertada, («Sí» y «No»); fue automáticamente respuesta errónea el «No sé», con una confiabilidad ALPHA de 0.75. La frecuencia de consultas a urgencias se obtuvo del expediente electrónico de cada paciente, revisando los últimos seis meses. **Análisis estadístico:** se analizaron con estadística descriptiva e inferencial mediante χ^2 con $p < 0.05$ para su significancia las variables cualitativas, las cuantitativas medias y desviación estándar.

Resultados

En este estudio se incluyó un total de 100 pacientes; de ellos, 20 pertenecían al grupo de autoayuda (GAA) y 80 fueron tomados de la consulta externa (CE). Ambos grupos tenían diagnóstico de DM2 de por lo menos un año de evolución.

En el *cuadro 1* se muestran los datos sociodemográficos y las características clínicas y de laboratorio de interés para el estudio.

El nivel de conocimiento medido en el GAA fue bueno en 95% de los casos, y en la CE, sólo en 52%, como se muestra en el *cuadro 2*.

En el *cuadro 3* se observa el uso de urgencias por descontrol metabólico: asistieron 12% de los pacientes del grupo de autoayuda y 88% de los de la consulta externa. De quienes acudieron a urgencias

Cuadro 1. Datos sociodemográficos.

		Programa de AA				Valor de p
		Grupo de AA		Consulta externa		
		Recuento	% del n de columna	Recuento	% del n de columna	
Género	Masculino	8	40.0	36	45.0	0.6
	Femenino	12	60.0	44	55.0	
IMC	Normal	13	65.0	25	31.3	0.03
	Sobrepeso	7	35.0	46	57.5	
	Obesidad I	0	0.0	7	8.8	
	Obesidad II	0	0.0	2	2.5	
	Obesidad III	0	0.0	0	0.0	
Escolaridad	Ninguna	5	25.0	2	2.5	0.009
	Primaria	3	15.0	10	12.5	
	Secundaria	4	20.0	22	27.5	
	Preparatoria	5	25.0	35	43.8	
	Universidad	3	15.0	11	13.8	
Estado civil	Soltero	3	15.0	11	13.8	0.6
	Casado	12	60.0	58	72.5	
	Viudo	5	25.0	11	13.8	
Ocupación	Hogar	7	35.0	27	33.8	0.6
	Obrero	5	25.0	24	30.0	
	Jubilado	7	35.0	19	23.8	
	Militar activo	1	5.0	10	12.5	
Comorbilidad	Ninguna	2	10.0	14	17.5	0.007
	Cardiopatía	14	70.0	22	27.5	
	Neuropatías	2	10.0	8	10.0	
	Nefropatías	2	10.0	25	31.3	
	Otros	0	0.0	11	13.8	
Terapia usada	Oral	5	25.0	41	51.9	0.7
	Subcutáneo	9	45.0	26	32.9	
	Combinado	6	30.0	12	15.2	

Fuente: propia. Pacientes del Hospital Naval de Especialidades Médicas de Veracruz.

Cuadro 2. Nivel de conocimiento del grupo de autoayuda (GAA) y el de consulta externa.

	Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus						Valor de p
	Bueno		Malo		OR	IC 95%	
	Total	%	Total	%			
Grupo de AA	19	31.1	1	2.6	17.1	2.1-134	0.0004
Consulta Externa	42	68.9	38	97.4			

Fuente: propia. Pacientes del Hospital Naval de Especialidades Médicas de Veracruz.

Nota: Análisis estadístico realizado por prueba χ^2 .

en los últimos seis meses, 52% tenían un mal conocimiento sobre DM2; los pacientes con buen nivel de conocimiento no usaron el servicio. De los pacientes con niveles normales de triglicéridos, 74% tenían un adecuado nivel de conocimiento sobre su enfermedad, y se observó colesterol en parámetros normales en 63% de aquéllos con buen nivel de conocimiento. De los pacientes con hemoglobina glicosilada dentro de parámetros normales, 79.6% contaban con un conocimiento adecuado sobre su padecimiento, tal como se presenta en el *cuadro 4*.

Discusión

Durante el estudio se observó que en el grupo de consulta externa (CE) y en el de autoayuda (GAA), el género femenino fue mayoritario: 55 y 60%, respectivamente, con un promedio de evolución de entre siete y nueve años, con un nivel educativo medio a medio superior en la CE y en su mayoría nulo en el GAA; las características fueron similares en diversos estudios.¹ Sin embargo, no se encontró una relación entre el conocimiento sobre la enfermedad

Cuadro 3. Asociación entre el grupo de autoayuda y la asistencia a Urgencias.

	Consulta de Urgencias en los últimos seis meses						Valor de p
	Sí		No		OR	IC 95%	
	Total	%	Total	%			
Grupo de AA	6	12.0	14	28.0	0.3	0.1-1.0	0.04
Consulta externa	44	88.0	36	72.0			

Fuente: propia.
Nota: Análisis estadístico realizado por prueba χ^2 .

Cuadro 4. Conocimiento sobre su enfermedad, consulta a Urgencias y factores de riesgo cardiovasculares.

	Sí		No		OR	IC 95%	Valor de p
	Total	%	Total	%			
Consulta de Urgencias en los últimos seis meses							
Buen nivel de conocimiento	24	48	37	74	0.3	0.1-0.7	0.007*
Mal nivel de conocimiento	26	52	13	26			
	Normal		Mayor a normal		OR	IC 95%	Valor de p
	Total	%	Total	%			
Triglicéridos							
Buen nivel de conocimiento	23	74.2	38	55.1	2.4	0.9-5.9	0.06
Mal nivel de conocimiento	8	25.8	31	44.9			
Hemoglobina glicosilada							
Buen nivel de conocimiento	43	79.6	18	39.1	6.0	2.5- 14.7	>0.0001*
Mal nivel de conocimiento	11	20.4	28	60.9			
Colesterol							
Buen nivel de conocimiento	47	63.5	14	53.8	1.4	0.6-3.6	0.3
Mal nivel de conocimiento	27	36.5	12	46.2			
Fuente: propia.							
Nota: Análisis estadístico realizado por prueba χ^2 .							

y el nivel sociocultural de los pacientes. Trabajos realizados para determinar el apego al tratamiento de hipoglucemiantes^{10,11} muestran resultados donde el conocimiento sobre la diabetes en diabéticos es bajo; los pacientes de zonas urbanas han obtenido mejores resultados que los procedentes de zonas rurales. También se menciona que el nivel cultural influye en el conocimiento sobre la enfermedad; sin embargo, en nuestro estudio se demostró que lo que hace un impacto educacional sobre la diabetes tipo 2 es información específica y dirigida en el GAA y no el nivel escolar del paciente.

Se evaluó el grado de conocimiento sobre la diabetes tipo 2 en ambos grupos (GAA y CE); en el grupo de autoayuda, de forma general, se catalogó como bueno en 95% de los pacientes, y sólo en un poco más de la mitad, 52%, en el grupo de consulta externa, lo que muestra una relevancia clínica significativa. Hay que tomar en cuenta que en el grupo de CE el nivel sociocultural era mayor, y pese a eso, el GAA conocía más sobre su enfermedad, así como sobre sus posibles riesgos clínicos e impacto en su salud a largo plazo, como se menciona también en el estudio de Lazcano Burciaga y Rodríguez Morán.¹²

Los pacientes pertenecientes al grupo de CE usaron los Servicios de Urgencias en los últimos seis meses en más ocasiones que los pertenecientes al GAA, lo que fue estadísticamente significativo entre ambos grupos y le dio un factor protector a los pacientes que acudieron a este último grupo. Es probable que el nivel de conocimiento más amplio que tenían sobre su enfermedad les ayudó a prevenir situaciones de riesgo y a tomar decisiones vitales en su domicilio, lo que evitó la sobrecarga de consulta en el Área de Urgencias; hay que mencionar resultados similares en estudios de medicina preventiva.¹³ En trabajos como los de Dalmau Llorca y García Bernal³ se menciona que la educación sanitaria es una parte fundamental en el tratamiento de la diabetes, el control de la enfermedad y la prevención de las complicaciones; en estas últimas es donde se vio mayor impacto en nuestro hospital.

Sobre el impacto metabólico, se observó en este estudio que los pacientes que contaban con un mayor nivel de conocimientos tenían de 2.5 a 14.7 más posibilidades de mantener en rangos normales este parámetro. Estos resultados son similares a los del trabajo de Lyssenko, Jonsson y sus colaboradores.¹⁴ Hay que recalcar que un adecuado control en la hemoglobina glicosilada disminuye los impactos desfavorables secundarios a complicaciones de largo plazo, como

lo menciona la Asociación Americana de Diabetes.⁷ Cabe mencionar que en cuanto a los resultados de colesterol total y triglicéridos, no se observó una diferencia significativa entre ambos grupos, lo que difiere con el estudio de Otero, Zanetti y Ogrizio.¹⁵

Conclusiones

Vemos evidentes los beneficios del grupo de autoayuda, ya que proporciona un mayor nivel de conocimiento sobre la diabetes tipo 2, el cual tiene definitivamente un impacto positivo en el control de la hemoglobina glicosilada y la prevención de las complicaciones agudas; los pacientes del GAA tuvieron un menor riesgo de usar el Servicio de Urgencias, por lo que los individuos con mayor conocimiento sobre su enfermedad tendrían un menor riesgo de morbilidad y mortalidad, con independencia de su nivel sociocultural.

REFERENCIAS

1. Bustos SR, Barajas MA, López HG, Sánchez NE, Palomera PR, Islas GJ. Conocimiento sobre diabetes *mellitus* en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México. *Rev Arch Med Fam*. 2007; 9 (3): 147-159.
2. Aguilar SC, Hernández JS, Hernández AM, Hernández AJ, Academia Nacional de Medicina. Acciones para enfrentar la diabetes. Documento de postura 2015.
3. Dalmau LM, García BG, Aguilar MC, Palau GA. Educación grupal frente a individual en pacientes diabéticos tipo 2. *Rev Aten Primaria España*. 2010; 3 (1): 36-41.
4. Castell AC, Lloveras VG. Important answers, but many questions remain, United Kingdom Diabetes Study (UKPDS). *Rev Endocrinol Nutr*. 2000; 46: 46-53.
5. Mediavilla BJ, Méndola J. The main intervention studies in type 2 diabetes: implications for primary. *Care*. 2002; 28 (5): 478-483.
6. Health Topics, Diabetes. World Health Organization (WHO) 2012.
7. Cefalu WT, Bakris G, Blonde L. Standards of medical care in diabetes 2017. *Journal of Clinical and Applied Research and Education*. 40: 105-120.
8. González PA, Martínez V. Efectividad de una estrategia educativa sobre los parámetros bioquímicos y nivel de conocimiento pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Endo Nut*. 2007; 3: 165-174.
9. Vargas I, González P. Estudio comparativo de una estrategia educativa sobre el nivel de conocimiento y la calidad de vida del paciente con diabetes *mellitus* tipo 2. *Rev UNAM*. 2010; 53.
10. Hernández A, Huerta N, Reynoso N. Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes *mellitus* en México. *Rev Salud Pública de México*. 2011; 1: 53.
11. Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes *mellitus* tipo 2. *Rev Sociedad Chilena de Psicología Clínica Terapia Psicológica*. 2011; 29 (1): 5-11.

12. Lazcano BG, Rodríguez MM, Guerrero R. Eficacia de la educación en el control de la glucemia de pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Méd IMSS*. 37 (1): 39-44.
13. Zafra JA, Méndez JC, Failde I. Nivel de conocimientos y autocuidados de los pacientes diabéticos atendidos en un centro de salud de El Puerto de Santa María (Cádiz). *Endoc Nutr*. 2001; 48 (07): 187-192.
14. Lyssenko V, Jonsson A, Almgren P, Pulizzi N, Isoma B, Tuomi T et al. Clinical risk factors, DNA variants, and the development of type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008; 20 (359): 2220-2232.
15. Otero LM, Zanetti ML, Ogrizio MD. Knowledge of diabetic patients their disease before and after implementing a diabetes education program. *Revista Latino Americana*. 2008; 6: 2-53.

Dirección para correspondencia:

Akxel A Ureta Cuata

Av. Panamericana 240, edif. 17, dpto. 203,

Col. Pedregal de Carrasco, 04700,

Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México.

Teléfono celular: 6221183017

E-mail: akxel_chino@hotmail.com