



Educación en salud para promover autocuidado en personas con Diabetes tipo 2 durante su hospitalización

Health education to promote self-care during hospitalization of patients with Type 2 Diabetes

Amalia Priscila Peña^{1*} orcid.org/0000-0003-1947-3812

Blanca Cecilia Venegas² orcid.org/0000-0003-4599-8815

Jorge Alejandro Obando³ orcid.org/0000-0002-4283-2871

1. Programa de Enfermería. Universidad de los Llanos, Villavicencio, Colombia
2. Facultad de Enfermería y Rehabilitación. Universidad de la Sabana, Bogotá D.C., Colombia
3. Programa de Contaduría Pública. Universidad Cooperativa de Colombia. Villavicencio, Colombia

Fecha de recepción: Julio 19 - 2018

Fecha de revisión: Julio 08 - 2019

Fecha de aceptación: Agosto 28 - 2020

Peña AP, Venegas BC, Obando JA. Educación en salud para promover autocuidado en personas con Diabetes tipo 2 durante su hospitalización. Univ. Salud. 2020;22(3):246-255. DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.202203.197>

Resumen

Introducción: La Diabetes Tipo 2 es un problema de salud pública mundial, con una reincidencia de hospitalizaciones cada día más alta causada por la carencia de autocuidado, el cual puede promoverse a través de la educación en salud. **Objetivo:** Evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes hospitalizados con Diabetes tipo 2 antes y después de una intervención de educación en salud. **Materiales y métodos:** Estudio prospectivo, cuasi experimental pre-test, post test con un solo grupo poblacional de 76 pacientes; se empleó la Escala de valoración de agencia de autocuidado (ASA) con un alfa de *CronBach* de 0,74 para la medición de autocuidado; se diseñó un video como intervención de educación en salud para promover el autocuidado. **Resultados:** Antes de la intervención, el 87,3% de la población de estudio presentó baja capacidad de agencia de autocuidado. Sin embargo, este porcentaje se redujo a 45,9% después de la intervención. **Conclusiones:** La educación en salud durante la hospitalización de pacientes con diabetes tipo 2, genera cambios positivos en su autocuidado, por cuanto incentiva estilos de vida saludables y estimula a los profesionales en salud a brindar un cuidado de estos pacientes con un enfoque en educación en salud.

Palabras clave: Educación en salud; autocuidado; diabetes tipo 2; enfermería (Fuente: DeCS, Bireme).

Abstract

Introduction: Type 2 Diabetes is a global public health problem that currently shows a high recurrence of hospitalizations due to a lack of self-care, which could be improved through health education. **Objective:** To assess the capacity of self-care agency in hospitalized patients with type 2 Diabetes before and after a health education intervention. **Materials and methods:** A prospective, quasi-experimental, pre-test/post-test study with a single population group of 76 patients. The Self-Care Agency Scale (SAS) was applied, using a *CronBach* alpha of 0.74 to measure self-care. A video was designed as the health education intervention to promote self-care. **Results:** Before the intervention, 87.3% of the study population showed a low capacity for self-care agency. However, this percentage decreased to 45.9% after the intervention. **Conclusions:** Health education during hospitalization of patients with Type 2 Diabetes triggers changes in their self-care capacity as it encourages healthy lifestyles and motivates health professionals to provide patient care with an increased focus on health education.

Keywords: Health education; self-care; diabetes mellitus, type 2; nursing (Source: DeCS, Bireme).

*Autor de correspondencia

Amalia Priscila Peña
e-mail: priscila.pena@unillanos.edu.co

Introducción

El aumento de enfermedades crónicas como la Diabetes tipo dos (DT2) es un problema serio, especialmente porque conlleva consecuencias severas que generan discapacidad y daño permanente en otros órganos. Según la Organización Mundial de la Salud, DT2 ocupa el tercer lugar de las enfermedades más importantes en Salud Pública en el mundo⁽¹⁾. De acuerdo con la Federación Internacional de la Diabetes, la prevalencia global de la DT2 para el año 2013 fue de 8,3% y se calculó que para el año 2035 ésta aumentará a 10,1%. Si esta tendencia se mantiene, se reportarán tres casos nuevos cada diez segundos, es decir 10 millones de personas por cada año. Este drástico incremento se ha reportado en estudios desarrollados en Ecuador⁽²⁾.

La Sociedad Colombiana de Diabetes pronosticó que para el año 2030 el número de personas con diabetes en el país aumentará en un 148%. Según el Ministerio de Salud colombiano, la mortalidad por diabetes ha venido aumentando considerablemente desde el año 1998. Algunos departamentos presentan una alta incidencia de diabetes, como es el caso de Huila y Meta, donde en diciembre de 2017 se diagnosticaron 130.446 nuevos casos de personas con DT2. De estos nuevos pacientes, el 56,6% eran mujeres y el 43,4% hombres⁽³⁾.

Ante la problemática planteada, es necesario diseñar planes de acción con un enfoque en la promoción de la salud y prevención de diabetes. Dichos planes deberían responder a políticas públicas, o contribuir con la generación de las mismas, a través de modelos de atención integral en salud enfocados en el seguimiento y control a este tipo de enfermedades metabólicas. Una estrategia que puede favorecer la disminución de la morbi-mortalidad de DT2 es la educación para la salud; estudios realizados para evaluar la aplicación de esta estrategia como un mecanismo de intervención en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), demuestran que la educación para la salud promueve cambios de comportamiento que mejoran la salud. Estudios indican que la educación para la salud es un “recurso adecuado para modificar los estilos de vida” y demuestran el impacto positivo de intervenciones educativas que promuevan el incremento en el consumo de frutas y verduras, el menor consumo de bebidas azucaradas y la reducción del comportamiento sedentario⁽¹⁻⁴⁾.

En la literatura, se encuentran estudios que evaluaron la efectividad de la educación en el cuidado de la salud. Canché *et al.*⁽⁴⁾, demuestran que una intervención educativa mejoró de manera significativa los estilos de vida de los participantes así como también el entendimiento de la diabetes. Ademe *et al.*⁽⁵⁾ encontraron que 51% de participantes hipertensos obtuvieron una puntuación inferior a la media según la escala de valoración utilizada en dicho estudio, demostrando una mala práctica de autocuidado. Los autores concluyeron que los participantes tenían malas prácticas de autocuidado asociadas a la poca educación, por lo que sugieren la necesidad de intervenciones específicas para mejorar la práctica de autocuidado en los sujetos de estudio. El estudio de Lee *et al.*⁽⁶⁾ encontró que las puntuaciones medias más altas de autocuidado se encontraron en pacientes hipertensos que habían recibido educación sobre su enfermedad. Finalmente, D' Souza⁽⁷⁾ propone que la educación influye en comportamientos de autocuidado en pacientes diabéticos.

En el estudio de Yang *et al.*⁽⁸⁾ emplearon la Escala de Ejercicio de Agencia de Autocuidado (ASA, *Appraisal of Self-care Agency Scale*), y encontraron que el 86,29% de pacientes diagnosticados con lupus eritematoso sistémico presentaban nivel medio de agencia de autocuidado, el cual estaba relacionado con el género, nivel educativo y los ingresos. En el trabajo de Saeidzadeh *et al.*⁽⁹⁾, los participantes del estudio tuvieron un buen nivel de agencia de autocuidado y este se relacionó con estar casados y tener buenos ingresos. Finalmente, en otro estudio en el que se utilizó el Cuestionario de Agencia de autocuidado (SCAQ), se encontró que la atención del autocuidado en pacientes con historia de cirugía de corazón estuvo significativamente asociada con el apoyo social a los participantes y la frecuencia de lectura de los boletines educativos generados por organismos de salud. Los autores concluyeron que la participación grupal puede promover el desempeño del autocuidado en estos pacientes⁽¹⁰⁾.

Otro aspecto importante alrededor de la diabetes, es la falta de compromiso de los pacientes con su autocuidado⁽¹¹⁾. Existen modelos y teorías que soportan el cuidado a las personas, entre ellos está la teoría de Autocuidado de Dorotea Orem, quien define autocuidado como: “El conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar

los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior". Otros autores complementan esta teoría afirmando que "El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida, estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción". En conclusión, los autores de este estudio definen autocuidado como "la práctica de las actividades que las personas maduras o en proceso de madurez realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar"⁽¹²⁾.

Para esta investigación, se tuvo en cuenta la programación Neurolingüística de Bandler y Grinder, también denominada visual-auditivo-kinestésico, porque son la forma de representar la información en la mente, la cual establece que las personas aprenden mejor cuando observan, escuchan y asocian sensaciones y movimientos del cuerpo⁽¹³⁾. Para seleccionar el modelo educativo más apropiado para este estudio, también se consideró la teoría andragógica de Knowles porque se centra en la ayuda a los adultos para aprender de su propia situación, analizando y resolviendo inquietudes acerca de su enfermedad⁽¹³⁾. En la revisión realizada no se encontraron estudios en los que se utilicen videos para la intervención educativa planteada en la presente investigación. Por este motivo, los investigadores decidieron utilizar dicha estrategia, la cual generó un efecto positivo al modificar cambios de comportamiento en los participantes. Teniendo en cuenta lo anterior, en el presente estudio se planteó como objetivo evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en los pacientes hospitalizados con Diabetes tipo 2 antes y después de una intervención de educación en salud.

Materiales y métodos

Estudio cuasi experimental pre test – post test con un solo grupo donde se evaluó el efecto de un programa educativo a través de un diseño que no exige aleatorizar⁽¹⁴⁾. La población de estudio fueron sujetos hospitalizados con diagnóstico de DT2 de una Institución Prestadora de Servicios de salud (IPS) de tercer nivel de atención. Los autores no identificaron a priori variables de confusión. La población que permitió explorar el efecto de la intervención incluyó 76 pacientes, muestra que fue calculada según la fórmula para muestreo finito en donde se conoce la población, usando un 95% de confianza, un parámetro Z de 1,96 y un margen de

error del 5%. Durante la intervención educativa se utilizó un video informativo sobre autocuidado de pacientes con diabetes, de 20 minutos de duración, este se proyectó en tres oportunidades a cada participante, con una frecuencia de una intervención diaria durante tres días. Cada intervención fue dirigida por el investigador. Los criterios de inclusión fueron: (i) pacientes hospitalizados, (ii) hombres o mujeres mayores de 18 años, (iii) con un diagnóstico confirmado de DT2, (iv) con una fecha de diagnóstico no inferior a seis meses antes del comienzo del estudio (esta fecha se determinó para evitar sesgos, ya que todo paciente diagnosticado con esta patología llega a hospitalizarse y conoce de alguna manera algunos aspectos relacionados con la enfermedad), y (v) pacientes con al menos 5 días de hospitalización en la IPS (se estimó que este es el periodo mínimo para realizar una intervención completa). El criterio de exclusión fue personas en condición de discapacidad mental, física, auditiva y/o visual, que les impidiera cuidarse a sí mismos, lo cual se verificó por el médico tratante.

Los pacientes que participaron en este estudio fueron receptivos en querer aprender cómo mejorar su autocuidado, lo que garantizó un adecuado control de sesgos en el desarrollo de la metodología; además, se les concientizó sobre la importancia de ser asertivos en las respuestas, ya que esto garantiza conocer el autocuidado relacionado con su enfermedad.

Para el estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

Ho: La suma de los resultados encontrados en la etapa Pre y Post intervención en relación a la capacidad de agencia de autocuidado en los pacientes con DT2 cumple con los requerimientos de una distribución de datos con normalidad.

Ha: Los resultados no cumplen con los requerimientos de una distribución de datos con normalidad.

Para determinar la intervención a través de un video educativo, inicialmente se realizó una revisión de la teoría de autocuidado de Orem, estudios de estilos de aprendizaje para adultos y análisis de varios modelos educativos. Esto permitió diseñar un video educativo, producido y editado por profesionales idóneos en este campo y que fue titulado "Cuidado para el mantenimiento de la salud en una persona con

DT2", con el fin promover el autocuidado en personas hospitalizadas con este diagnóstico. El contenido del video incluyó tres aspectos: (i) generalidades sobre la DT2 (definición, signos y síntomas, y complicaciones); (ii) factores externos a tener en cuenta para el cuidado de la persona (factores de riesgo, almacenamiento de los medicamentos, medidas de bioseguridad, forma de movilización en casa y fuera de ella); y (iii) medidas de autocuidado relacionadas con la nutrición, actividad física y descanso, administración de medicamentos, cuidado de los pies y manejo de la autoestima.

Los instrumentos empleados fueron: (i) un formato de características sociodemográficas que permitieron describir la población incluida en este estudio; y (ii) Se utilizó la versión en español de la escala ASA, traducida y validada en Colombia por Reales Edilma, con un alfa de *CronBach* de 0,74 con sus respectivas denominaciones usadas en el análisis del instrumento⁽¹⁵⁾. La Escala ASA se compone de 24 ítems con respuestas de cuatro alternativas tipo Likert (Nunca 1, Casi Nunca 2, Casi Siempre 3 y Siempre 4). El rango de puntuación es de 24 a 96 puntos, donde los puntajes entre 24 y 48 representan una baja capacidad de agencia de autocuidado, mientras que un puntaje mayor o igual a 49 puntos indica una alta capacidad de agencia de autocuidado.

Análisis estadístico

Para el procesamiento de los datos se utilizaron los paquetes estadísticos *Statistical Package for Social Science*, SPSS® versión 22, y *R* Estadístico; Se empleó la prueba de Kolmogórov-Smirnov para comparar la capacidad de agencia de autocuidado antes y después de la intervención, mientras que para los datos sociodemográficos se utilizó estadística descriptiva.

Consideraciones éticas

Este estudio contempló aspectos éticos relacionados con el código de Núremberg (1974)⁽¹⁶⁾ y fue aprobado por los comités de ética de la Universidad de la Sabana. Se solicitó el Consentimiento informado a todos los participantes, aclarando que la información era estrictamente confidencial y que no se iba a registrar su identidad. Finalmente, en este trabajo se aplicó lo establecido en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud Colombiano. La investigación se financió con recursos de los investigadores⁽¹⁷⁾.

Resultados

La población de estudio presentó las siguientes características sociodemográficas. El 52,6% de la muestra fueron mujeres, mientras que los hombres representaron el 47,4% de la misma. El grado de escolaridad indica que el 17% de reporta estudios de educación superior 38,2% tienen bachillerato completo, el 15,8% bachillerato incompleto, el 21,1% primaria completa, y el 7,9% primaria sin terminar. El rango de edad con el mayor número de participantes fue 51-60 años (37%), seguido por 41-50 (29%). Según el estrato de sus viviendas, el 57% corresponde al estrato III, el 29% al estrato II, el 8% al estrato I. Según el estado civil, el 40% convivían en unión libre, el 30% casados, 21% separados y el 9% viudos.

En la revisión de asociación entre las variables sociodemográficas y los resultados de la Escala de Valoración ASA, solo se encontró una relación significativa del autocuidado con la escolaridad de la población de estudio (Estadístico $X^2=12$; GL=5; $p\text{ value}=0,04$).

Para obtener estos resultados se aplicó la prueba de normalidad de *Kolmogorov-Smirnov*, la cual evidenció un $p<0,05$ antes (PreDM2) y después (PosDM2) de la intervención educativa, garantizando la normalidad de los datos.

Los grupos asociados por las variables PreDM2 (*Kolmogorov-Smirnov* Estadístico=0,143; GL=76; $p\text{ value}=0,001$) y PostDM2 (*Kolmogorov-Smirnov* Estadístico=0,116; GL=76; $p\text{ value}=0,013$), indican ausencia de normalidad, lo cual requiere la aplicación de una prueba no paramétrica que, por las características determinadas por la dependencia en el experimento, favorece el uso de la prueba de *Wilcoxon*.

La aplicación de la prueba de *Wilcoxon* determinó un $p\text{ value}=3,5217 \times 10^{-14}$, bajo una significancia del 5%. Por tal motivo, se puede concluir que la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con DT2 mejoró después de la intervención con el video educativo en relación a los índices de capacidad reportados antes de dicha intervención, por lo cual se rechaza de la hipótesis nula (figura 1).

Para comparar los resultados de Pre y Post intervención, se aplicó la técnica estadística multivariante denominada análisis de

correspondencias. En primer lugar, el método implica revisar su significancia en cuanto al aporte de la información dada por los datos en sus diferentes dimensiones. Para este caso se eligen dos dimensiones ya que su significancia fue $p=0,0003$. El método permite evidenciar la existencia de la correspondencia de las unidades de variables intervinientes registradas en la tabla 1, y las variables propuestas en la escala.

La comparación entre las variables que se presentan en la tabla 2 mostró un cambio entre el antes y después de la intervención. En la evaluación PreDM2, según la escala tipo Likert, predominó la opción “casi nunca” (50%), mientras que en la evaluación PostDM2 predominó “casi siempre” (45,8%). Antes de la intervención, el 87,3% de la población de estudio presentó una baja capacidad de agencia de autocuidado y el 13,7% tenían una alta capacidad de agencia de autocuidado. En contraste, una vez realizada la intervención, el 45,9% y 54,1% presentaron una baja y una alta capacidad de agencia de autocuidado, respectivamente, evidenciando un mejoramiento estadísticamente significativo en dicha capacidad.

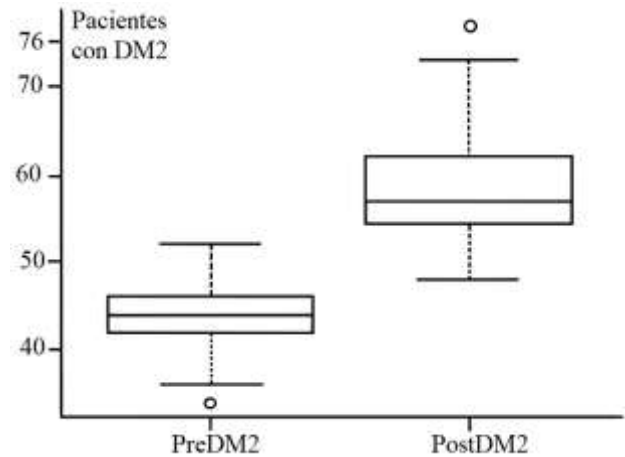


Figura 1. Total de pacientes hospitalizados con DT2 a quienes se les evaluó la capacidad de agencia de autocuidado antes PreDM2 y después PostDM2 de la intervención con un video educativo (diferencias significativas, valor $p=3,5217 \times 10^{-14}$)

Tabla 1. Unidades de variable de la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado

Variable de escala	Denominación de variable
A medida que cambian las circunstancias usted va haciendo ajustes para mantenerse con salud	Ajuste
Usted revisa si las formas que practica habitualmente para mantenerse con salud son buenas	Revisa
Si tiene problemas para moverse o desplazarse se las arregla para conseguir ayuda	Conseguir
Usted puede hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vive	Limpio
Para mantenerse con salud usted hace lo que sea necesario	Necesario
A usted le faltan las fuerzas necesarias para cuidarse como debe	Cuidarse
Usted puede buscar mejores formas para cuidar su salud que las que tiene ahora	Buscar
Con tal de mantenerse limpio usted puede cambiar la frecuencia con que se baña	Cambiar
Usted puede alimentarse de manera tal que se mantenga en un peso correcto	Mantener
Cuando hay situaciones que le afectan, las maneja de manera que pueda seguir tal como es	Corrector
Usted piensa hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llega a hacerlo	Piensa
Cuando necesita ayuda puede recurrir a sus amigos de siempre	Recurrir
Usted puede dormir lo suficiente como para sentirse descansado	Dormir
Sobre su salud pide explicaciones sobre lo que no entiende	Explicación
Usted examina su cuerpo para ver si hay algún cambio	Examinar
Ha sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar su salud	Hábitos
Si debe tomar una nueva medicina tiene donde obtener información sobre los efectos secundarios indeseables	Efectos
Usted es capaz de tomar medidas para garantizar que su familia y usted no corran peligro	Tomarme
Usted puede evaluar qué tanto le sirve lo que hace para mantenerse con salud	Evaluar
Debido a sus ocupaciones diarias le resulta difícil sacar tiempo para cuidarse	Difficil
Si su salud se ve afectada usted puede conseguir la información necesaria sobre qué hacer	Tiempo
Si usted no puede cuidarse puede buscar ayuda	Ayuda
Puede sacar tiempo para usted	Sacar
A pesar de sus limitaciones para movilizarse, usted es capaz de cuidarse como le gusta	Le gusta

Tabla 2. Valoración de correspondencia entre las variables intervinientes antes (PreDM2) y después (PostDM2) de la intervención

Variables	PreDM2				PostDM2			
	Nunca 37%	Casi nunca 50%	Casi siempre 13%	Siempre 0%	Nunca 4.3%	Casi nunca 41,6%	Casi siempre 45,8%	Siempre 8,3%
Ajuste	X					X		
Revisa	X					X		
Conseguir		X					X	
Limpio		X					X	
Necesario		X				X		
Cuidarse			X				X	
Buscar		X				X		
Cambiar		X					X	
Mantener	X				X			
Corrector		X					X	
Piensan			X					X
Recorre		X				X		
Dormir	X					X		
Explicación	X						X	
Examinar	X					X		
Hábitos	X					X		
Efectos		X					X	
Tomarme		X					X	
Evaluar	X						X	
Difícil			X					X
Tiempo		X					X	
Ayuda		X					X	
Sacar	X					X		
Le gusta		X				X		

"X" = presencia de relación entre las unidades de variable del autocuidado y la escala de valoración Likert usada en el estudio.

Discusión

La intervención a través de un video de educación en salud contribuyó a mejorar el comportamiento de los pacientes con DT2 evaluados en el presente estudio, esto se demuestra en el análisis de los resultados obtenidos después de la intervención.

En un estudio previo de experiencias de autocuidado realizado con pacientes con antecedentes de cirugía cardíaca⁽¹⁰⁾ se puede evidenciar un mayor número de hombres participantes (76,4%), mientras que en el presente estudio la representación de género fue casi similar con una ligera presencia mayoritaria de mujeres (52,6%), tendencia similar a la observada en el estudio de Canché *et al.*⁽⁴⁾ realizado en México con pacientes de DT2 donde el porcentaje de mujeres fue

del 64,1%. En lo referente a la escolaridad, el mismo estudio⁽⁴⁾ reporta que el 48,7% de los participantes eran analfabetas, el 33,3% tenían primaria completa, el 15,4% tenían secundaria y el 2,6% tenían estudios de educación superior; mientras que en el presente estudio no se presentaron casos de analfabetismo y solo el 7,9% de los participantes alcanzaron por lo menos un nivel de primaria incompleta, el 21,1% primaria completa, estos niveles de escolaridad pudieron haber contribuido al éxito de la experiencia ya que se cuenta con un mejor nivel educativo para la comprensión de la capacidad de agencia de autocuidado en la población colombiana abordada para este estudio.

El estudio de Saeidzadeh *et al.*⁽⁹⁾ revela que pacientes bajo intervención coronaria percutánea tuvieron un

buen nivel de agencia de autocuidado y dicho nivel se relacionó con estar casados. Por el contrario, en el presente estudio se observa que a pesar de que el 70% de pacientes con DT2 estaba casado o en unión libre, antes de la intervención ellos presentaban baja capacidad de autocuidado.

Con respecto a la asociación entre las variables sociodemográficas y los resultados de la Escala de Valoración ASA, se encontró una relación significativa entre autocuidado y la escolaridad de pacientes con DT2; estos resultados son similares a los reportados en el estudio de Ademe *et al.*⁽⁵⁾, donde la educación tuvo significancia estadística en la adquisición de mejores prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión. Igualmente, en el estudio de Yang *et al.*⁽⁸⁾, el nivel bajo de agencia de autocuidado de los pacientes con lupus eritematoso sistémico se asoció con un nivel educativo bajo. En este contexto, Dorotea Orem⁽¹²⁾ destaca la importancia de la educación en salud para reforzar conductas de autocuidado, estas conductas dependen tanto del contexto como de las experiencias de cada individuo, entre ellas su nivel de educación.

Un estudio realizado por Fernández con el propósito de evaluar el autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial⁽¹⁸⁾, empleando la Escala de Agencia de Autocuidado (ASA), encontraron que el 99,6 % de los participantes tenían baja agencia de autocuidado. Este porcentaje es similar al reportado en el presente estudio, donde en la primera medición el 87,5% de los pacientes con DT2 mostraron una baja capacidad de autocuidado. En contraste, el estudio de Yang *et al.*⁽⁸⁾ quienes evaluaron el nivel de agencia de autocuidado y los factores asociados en personas con lupus eritematoso reportó que el 86,29% tuvo una mediana capacidad de agencia de autocuidado. Ademe *et al.*⁽⁵⁾ realizaron un estudio de prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión y encontraron que el 51% de los participantes obtuvieron una puntuación inferior a la media según escala, lo que indica una mala práctica de autocuidado.

El estudio de Lee *et al.*⁽⁶⁾ encontró niveles bajos de comportamiento de autocuidado en el grupo de pacientes con hipertensión no controlada y las puntuaciones medias más altas se encontraron en pacientes con hipertensión controlada. Estas observaciones son similares a las reveladas en el

presente estudio, donde se presentó una baja capacidad de autocuidado antes de la intervención (PreDM2). Sin embargo, una vez recibida la intervención de educación en salud, la capacidad de agencia de autocuidado mejoró. Finalmente, D' Souza *et al.*⁽⁷⁾ y Watanabe *et al.*⁽¹⁰⁾ concluyen que la educación promueve comportamientos apropiados de autocuidado.

Pacientes que padecen enfermedades crónicas poseen una baja capacidad de agencia de autocuidado^(6,8,18), lo cual está de acuerdo con los resultados presentados en este estudio. En consecuencia las personas que padecen enfermedades crónicas y carecen de un adecuado autocuidado, se exponen a complicaciones y reingresos a hospitalizaciones que afectan no solo a la dinámica familiar sino otros factores relacionados, como los recursos económicos de las familias y de los sistemas de salud^(6-8,10,18).

Estudios que respaldan la importancia de la educación en salud, como el de Castro *et al.*⁽¹⁹⁾, refieren que luego de intervenir a un grupo de personas con diabetes para promover su adherencia terapéutica, el 50% de los participantes tuvieron adherencia al tratamiento. Este comportamiento es similar al reportado en el presente estudio, donde se mejoró la agencia de autocuidado de los participantes después de la intervención de educación en salud PostDM2. De igual manera, es importante resaltar que una intervención educativa impartida por profesionales de enfermería a través de estrategias sencillas, se puede usar de manera regular en pacientes hospitalizados para fortalecer la enseñanza y contribuir en el autocuidado de personas con DT2; así, la educación impartida por profesionales de la salud, como parte de la prevención primaria, permite el desarrollo de acciones de cuidado en el paciente, promoviendo el empoderamiento para su propio cuidado de manera eficaz y oportuna y evitando la ocurrencia temprana de otras complicaciones⁽²⁰⁾.

Esta investigación demuestra que el uso de estrategias como la educación en salud, son efectivas independientemente del escenario donde se realicen. Es evidente que mantener un adecuado estado de salud cuando se tiene una enfermedad crónica requiere del autocuidado, y éste a su vez necesita una motivación impulsada por una educación permanente, en este caso durante el periodo de hospitalización. En este contexto, se pudo evidenciar

que las personas fallecen por DT2 o por complicaciones relacionadas con su enfermedad y por falta de autocuidado⁽³⁾.

Promover el auto cuidado es apremiante y encontrar la forma de hacerlo de manera efectiva resulta un reto para los trabajadores de la salud. Si bien es cierto la educación en salud es un proceso que promueve cambios de comportamiento, también es importante contemplar otros aspectos del paciente tales como son su deseo de cambio, su voluntad o motivación para lograrlo, así como también la disposición, el interés, la formación y actitud de quien educará a los pacientes. Las estrategias empleadas para educar son un factor determinante para el logro de los objetivos; se puede afirmar que la educación en salud es un proceso que involucra emisor, trasmisor y recursos, elementos que permiten visualizar los resultados en el individuo, la familia o la comunidad⁽²¹⁾.

Las personas con enfermedades crónicas como DT2 deben modificar sus estilos de vida y orientar su cuidado hacia la prevención secundaria asistiendo a controles periódicos en los sistemas de salud y demás lineamientos estipulados en el Modelo de Atención Crónica (CCM), con el fin de alcanzar un diagnóstico precoz, acudir a un tratamiento oportuno y evitar complicaciones que los lleven a reincidir en hospitalizaciones o les puedan causar la muerte. Es importante que los profesionales de salud fortalezcan los aspectos positivos del paciente y de su familia que contribuyan a mejorar el autocuidado o evitar comportamientos poco saludables⁽²²⁾. En conclusión, el fortalecer el autocuidado a través de la educación en salud debe seguir siendo un reto tanto para el dador de cuidado como para el receptor⁽²³⁾. Es importante el papel del profesional de enfermería para motivar al paciente a llevar un mejor control sobre su estado de salud durante su hospitalización. Además, estos profesionales deben orientar el autocuidado y motivar comportamientos saludables como una prioridad dentro y fuera de una institución hospitalaria.

En consonancia con lo sugerido en este estudio, Nadrian *et al.*⁽²⁴⁾ indican que las enfermeras y profesionales de la salud deben promover el autocuidado diseñando intervenciones educativas para generar cambios de comportamiento de los pacientes. Shim *et al.*⁽²⁵⁾ manifiestan que se debe proporcionar una educación estructurada de manera habitual previa al alta para mejorar el autocuidado y

prevenir complicaciones generadas por la enfermedad.

Conclusiones

Los indicadores de la agencia de autocuidado en pacientes con DT2 fueron bajos durante la primera medición (PreDM2). Se considera que las personas con enfermedad crónica pueden tener conocimiento de su enfermedad, pero en muchas oportunidades hay desconocimiento de cómo cuidarse a sí mismas para evitar los síntomas, complicaciones o para mantener estable su situación de salud. Es así que después de la intervención de educación en salud (PosDM2), la agencia de autocuidado mejoró de manera significativa, lo que indica que después de las sesiones educativas hubo cambios positivos en el comportamiento en los participantes dando cumplimiento al objetivo planteado.

Es importante resaltar que estrategias novedosas de aprendizaje como videos educativos, se pueden emplear independientemente del nivel de atención y la especialidad de los servicios de atención en salud. De esta forma, se facilita que el paciente mejore su autocuidado, exteriorice sentimientos, pensamientos y emociones, los cuales favorecen el direccionamiento del cuidado de su salud.

Es importante abrir nuevas perspectivas en el campo de la investigación para la disciplina de enfermería, como son la aplicación de la teoría de Orem en procesos educativos para personas con ECNT y el uso de los modelos alternativos de aprendizaje. Esta necesidad nace del hecho que las personas aprenden de manera diferente y que generalmente los profesionales de salud no le dan la importancia que intervenciones de tipo educativo tienen en el tratamiento de enfermedades crónicas.

Limitaciones del estudio

Varias limitaciones pudieron haber afectado las conclusiones del presente estudio. Es posible que al no disponer de más tiempo del programado para cada intervención educativa (tres oportunidades a cada participante con una duración de 20 minutos y una intervención diaria durante tres días), no se habrían generado los cambios de comportamiento en los participantes. De igual manera al no encontrar en la literatura estudios con intervenciones educativas similares, no se puede comparar la efectividad de la estrategia diseñada para este estudio con aquella de investigaciones desarrolladas

en contextos diferentes. De igual manera, es importante identificar variables confusoras en próximos estudios ya que estas podrían generar aspectos importantes para los cambios de comportamiento que contribuyen en el autocuidado.

Se recomienda realizar trabajos similares en personas con otras enfermedades crónicas, ya que contribuye a fomentar la disciplina de autocuidado mejorando su calidad de vida.

Conflicto de intereses: No se presentaron conflicto de intereses.

Referencias

- Castillo-Núñez Y, Aguilar-Salinas CA, Mendivil-Anaya CO, Rodríguez M y Ruy L. Consenso del grupo de tareas de la Asociación Latinoamericana de Diabetes sobre el diagnóstico y manejo de la dislipidemia diabética. *Rev. ALAD* [Internet]. 2018;8(8):118-140. Disponible en: http://www.revistaalad.com/files/p4465ax183_alad_03-p-118-140.pdf
- Altamirano-Cordero LC, Vásquez-C MA, Cordero G, Álvarez R, Añez RJ, Rojas J y Bermúdez V. Prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 y sus factores de riesgo en individuos adultos de la ciudad de Cuenca-Ecuador. *Avances en Biomedicina* [Internet]. 2017;6(1):10-21. Recuperado de: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/biomedicina/article/view/8316>
- Periódico del Meta. Diabetes, enemigo silencioso en Villavo [Internet]. Villavicencio, 2018. Disponible en: <https://periodicodelmeta.com/diabetes-enemigo-silencioso-en-villavo/>
- Canché-Aguilar DL, Zapata-Vásquez RE, Rubio-Zapata HA y Cámara-Vallejos RM. Efecto de una intervención educativa sobre el estilo de vida, el control glucémico y el conocimiento de la enfermedad, en personas con diabetes mellitus tipo 2, Bokobá, Yucatán. *Rev. Biomédica* [Internet]. 2019;30(1):3-11. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=84538>
- Ademe S, Aga F y Gela D. (2019). Hypertension self-care practice and associated factors among patients in public health facilities of Dessie town, Ethiopia. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2019;19(1). DOI:10.1186/s12913-019-3880-0
- Lee E, y Park E. Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension. *Contemporary Nurse* [Internet]. 2017;53(6):607-621. DOI: 10.1080/10376178.2017.1368401
- D'Souza MS, Karkada SN, Parahoo K, Venkatesaperumal R, Achora S y Cayaban ARR. Self-efficacy and self-care behaviours among adults with type 2 diabetes. *Applied Nursing Research* [Internet]. 2017;36, 25-32. DOI: 10.1016/j.apnr.2017.05.004
- Yang H, Xie X, Song Y, Nie A & Chen H. (2018). Self-care agency in systemic lupus erythematosus and its associated factors: a cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence* [Internet]. 2018;12():607-613. DOI: 10.2147/ppa.s162648
- Saeidzadeh S, Darvishpoor-Kakhki A y Abed-Saeedi J. Factors associated with self-care agency in patients after percutaneous coronary intervention. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. 2016;25(21-22):3311-3316. DOI: 10.1111/jocn.13396
- Noguchi-Watanabe M, Yamamoto-Mitani N, Arimoto A y Murashima S. Relationship between patient group participation and self-care agency among patients with a history of cardiac surgery: A cross-sectional study. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* [Internet]. 2017;46(4):280-286. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2017.04.006
- Guadalupe-Guerrero J, Can Valle AR, Euan Cab AA. Calidad de vida de una persona adulta y diabética: estudio de caso. *Rev. Iberoamericana de ciencias de la salud* [Internet]. 2018;7(14):1-23. DOI: <https://doi.org/10.23913/rics.v7i14.72>
- Orem DE. *Nursing: concepts of practice, with a contributed chapter by Taylor SG and McLaughlin-Renpenning K.* 6th. ed. St. Louis, Mo. (USA): Mosby. 2001.
- Manual de estilos de aprendizaje. Material Autoinstruccional para docentes y orientadores educativos. 2004: p. 30-31
- Lobiondo-Wood G & Haber J. *Nursing Research: Methods, Critical Appraisal and Utilization.* 8th. ed. Elsevier-Mosby, USA. 2014. p. 192-193.
- Velandia-Arias A, Rivera-Álvarez LN. Confiabilidad de la escala: "Apreciación de la agencia de autocuidado" (ASA), segunda versión en español adaptada para la población colombiana. *Av. Enfermería* [Internet]. 2009;27(1):38-47. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12953>
- Código de Núremberg. Tribunal Internacional de Núremberg, 1947. Experimentos médicos permitidos. Disponible en: <http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Min Salud. Resolución No. 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [Internet]. Bogotá D.C.; 1993.
- Fernández AR, Manrique-Abril FG. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. *Av. Enferm.* 2011;29(1):30-41. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-45002011000100004&lng=es&nrm=iso
- Castro-Cornejo M-de-los-Á; Rico-Herrera L y Padilla-Raygoza N. Efecto del apoyo educativo para la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo2: un estudio experimental. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2014;24(3):162-167. DOI: 10.1016/j.enfcli.2013.11.004
- Arteaga-Rojas E, Martínez-Olivares MV y Romero-Quechol GM. Prácticas de autocuidado de los pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2019;27(1):52-59. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87304>
- Ponti L. *La enfermería y su rol en la educación para la salud.* 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo, Universidad Abierta Interamericana, UAI. 2016. Disponible en: <https://www.uai.edu.ar/media/109545/la-enfermer%C3%ADa-y-su-rol-en-la-educaci%C3%B3n-para-la-salud.pdf>
- Ohta R & Mukoyama C. Improvements in self-care among patients with diabetes in a remote island in Japan: a pilot

- study. *J Rural Med* [Internet]. 2018;13(2):134-140. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6288726/>
23. Ross J, Stevenson FA, Dack C, Pal K, May CR, Michie S, Yardley L & Murray E. Health care professionals' views towards Self-management and self-management education for people with type 2 diabetes. *BMJ Open* [Internet]. 2019;9(7):1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029961>
 24. Nadrian H, Shojafard J, Mahmoodi H, Rouhi Z & Rezaeipandari H. Cognitive determinants of self-care behaviors among patients with heart failure: A path analysis. *Health Promot Perspect* [Internet]. 2018;8(4):275-282. DOI: 10.15171/hpp.2018.39.
 25. Shim JL & Hwang SY. Long-term effects of nurse-led individualized education on middle-aged patients with acute coronary syndrome: a quasi-experimental study. *BMC Nursing* [Internet]. 2017;16(1):59. DOI: 10.1186/s12912-017-0254-y