

Evaluación de las Motivaciones y Actitudes en Pacientes Diabéticos tipo 1 y 2 mediante Escala DAS-3SP

Paulina Silva T. *
Gabriel de la Fuente T. **

Resumen

Objetivo: Conocer las variables que influyen en la motivación de los pacientes diabéticos tipo 1 y 2, para así brindar un mejor control y adherencia al tratamiento. *Material y métodos:* estudio descriptivo mediante encuesta Das -3 a pacientes diabéticos tipo 1 y 2. *Resultados:* distribución por sexo similar en ambos grupos de pacientes, con un promedio de edad de 29, 5 años (DM1) y 59,1 años (DM 2). El nivel educacional fue mayor en el grupo de pacientes con DM 1, $p < 0,05$. La percepción de gravedad de enfermedad y la valoración del control estricto fue mayor en los pacientes diabéticos tipo 1 con diferencias significativas ($p < 0,05$). *Conclusión:* Es necesario que la información que proporcionan los profesionales se ajuste a las necesidades de los pacientes en un lenguaje claro y adaptado a cada realidad. La comunicación es la herramienta primordial para favorecer la adherencia y mejorar la calidad asistencial.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Actitudes, pacientes diabéticos, Escala Das 3-SP.

Abstract

Objective: know the variables that influence in the motivation of the diabetic patients type 1 and 2, thus to offer to a better control and adhesion to the treatment. *Material and methods:* descriptive study, using DAS -3 scale to diabetic patients type 1 and 2. *Results:* distribution by similar sex in both groups of patients, with an average of age of 29, 5 years (DM 1) and 59.1 years (DM 2). The educational level was greater in the group of patients with DM 1, $p < 0,05$ *Conclusion:* is necessary that the information that provides the professionals fits to the necessities of the patients in a clear and adapted language to each reality. The communication is the fundamental tool to favor the adhesion and to improve the welfare quality.

Key words: Diabetes Mellitus, Actitudes, pacientes diabéticos, Escala Das 3-SP.

* Interna Séptimo año de Medicina. Universidad de Valparaíso.
** Médico Cirujano, Becado Medicina Interna, Hospital Carlos Van Buren

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica de alta prevalencia y elevada morbimortalidad. Es uno de los principales problemas de salud mundial, con un gran impacto socioeconómico, y es responsable de una gran demanda asistencial hospitalaria.^(1,2)

La diabetes tipo 2 representa uno de los retos más importantes a los que deben hacer frente los sistemas de salud. Esta enfermedad no sólo está asociada a una notable utilización de servicios, debido a sus complicaciones a corto y largo plazo, sino que tiene un importante impacto en las personas que la padecen. Los cuidados y cambios que estas personas deben llevar a cabo para el control de la enfermedad dependen directamente del compromiso y la responsabilidad que asuman con su enfermedad.⁽³⁾

La asistencia médica convencional está centrada en la enfermedad y fundamentalmente pretende realizar un diagnóstico concreto y ajustar sus variables de tratamiento. Las motivaciones y necesidades personales, el ambiente familiar y las condiciones sociolaborales, el personal médico y auxiliar que lo atienden deben ser analizados antes de diseñar cualquier estrategia terapéutica que tenga posibilidades de éxito.⁽⁴⁾

La tercera versión del Diabetes Attitude Scale (DAS-3) fue elaborada por Anderson (et al...) con el fin de mejorar un instrumento para evaluar las actitudes y motivaciones relacionadas con la diabetes mellitus de los pacientes diabéticos y los profesionales sanitarios.^(6,7) Este instrumento permitió evidenciar aspectos no explícitos que modulaban de forma determinante la efectividad de la educación sanitaria en los pacientes con diabetes.^(8,9)

El objetivo del presente estudio es conocer cuáles son las variables que influyen en la motivación de nuestros pacientes diabéticos tipo 1 y 2, con quienes se trabaja para así actuar sobre ellas y brindar un mejor control y adherencia al tratamiento de los pacientes de nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio descriptivo se realizó entre los meses de agosto y noviembre del 2004 en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso y dependencias del Consultorio del adulto. El cuestionario se aplicó a pacientes diabéticos tipo 1 y 2 en control en el policlínico del adulto o Consultorio de especialidades (medicina interna y endocrinología) del Hospital y pacientes de consulta privada. Se incluyeron pacientes diabéticos tipo 1 y diabéticos tipo 2 tanto no insulino requirente como insulino requirente en control regular. Se excluyeron aquellas encuestas que no tenían todas las preguntas contestadas y pacientes que al momento de la entrevista dijeron no conocer nada sobre su enfermedad.

El DAS-3 es un cuestionario de 33 preguntas, el cual está compuesto por cinco subescalas:^(1,2,7) Cada subescala tiene un valor máximo de 5 puntos y un mínimo de 1 punto. A su vez, para cada pregunta, la puntuación máxima es 5 y la mínima 1, según el sujeto responda: "totalmente de acuerdo" (5 puntos), "de acuerdo" (4 puntos), "indiferente" (3 puntos), "en desacuerdo" (2 puntos) o "totalmente en desacuerdo" (1 punto).

S1) Necesidad de entrenamiento especial: valora la percepción de mayor necesidad de capacitación especial del personal de salud para explicar a los pacientes su patología. A mayor puntaje, es necesario aumentar o mejorar la forma de entregar la información a los pacientes.

S2) Percepción de la gravedad de la diabetes mellitus: valora la gravedad que tiene la enfermedad. A mayor puntaje obtenido (máximo 5), menor será la percepción de gravedad que el encuestado tiene acerca de la patología.

S3) Valoración del control estricto: percepción sobre la necesidad de un control estricto de la diabetes. Mientras mayor sea el puntaje obtenido, revela una menor necesidad de control estricto.

S4) Valoración del impacto psicosocial de la diabetes mellitus: valora cuán fuerte es el impacto de la enfermedad sobre aspectos sociales, económicos

familiares y del entorno que afectan a los diabéticos, a mayor puntaje mayor impacto.

S5) Autonomía del paciente: valora la necesidad de centrar al paciente como ser capaz de tomar decisiones cada vez mas activas sobre el tratamiento y control de su enfermedad. a mayor puntaje, mayor es autonomía que se debería entregar al paciente en la toma de decisiones.

Se incluyeron además las variables: edad, sexo, nivel educacional, años de diagnóstico de su diabetes.

Los resultados se analizaron mediante escala de evaluación de encuesta DAS-3sp y mediante Excell XP y programa de análisis estadístico analyse –it. Mediante moda, promedio y prueba t de student.

RESULTADOS

Se encuestaron en total 113 pacientes diabéticos cuyas edades comprendían entre los 15 y 82 años de edad.

La cantidad total de pacientes encuestados según el lugar de atención se muestra en la tabla N° 1.

Tabla N°1: Distribución de los pacientes según sexo y tipo de diabetes.

Sexo	DM 1	DM 2
Masculino	56.2%	45%
Femenino	43.7 %	55%

Los pacientes diabéticos cuyas encuestas cumplían los criterios de inclusión correspondieron a 53 diabéticos tipo 1 y 60 pacientes diabéticos tipo 2, en control tanto en policlínico de medicina interna, endocrinología y consulta privada.

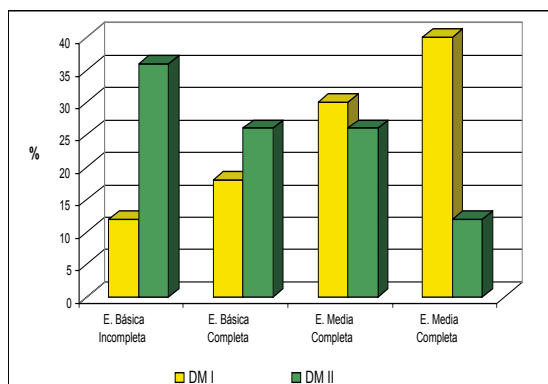
La distribución de los pacientes según tipo de diabetes y sexo se muestra en la tabla N° 1.

El rango de edad de los pacientes fluctuó entre 15 y 50 años en los diabéticos tipo1 con un promedio de 29,5 años (DS ± 10,81) y entre 26 y 82 años en los diabéticos tipo 2 con un promedio de edad de 59,1 años (DS ± 11,51).

En cuanto a los años desde el diagnóstico de diabetes, en los pacientes diabéticos tipo 1 este fue en promedio 13,73 años con un mínimo de 5 meses hasta un máximo de 26 años desde el diagnóstico. En los paciente diabéticos tipo 2 el promedio de tiempo desde el diagnóstico fue de 6,53 años, cuyo rango oscilo desde 1 año a 30 años desde el diagnóstico.

El nivel educacional de los pacientes se dividió según enseñanza básica y media completa o incompleta, los resultados según grupo se muestran el siguiente gráfico:

Gráfico N° 1: Nivel educacional de los pacientes según tipo de diabetes.



Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en el nivel educacional de ambos grupos de pacientes (Diabéticos Tipo 1 y 2).

En cuanto a los ítems de la encuesta evaluados en 5 puntos distintos, los resultados de ellos se muestran en al tabla N° 2. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los ítems 2 (Percepción de la gravedad de enfermedad) y 3 (Valoración del control estricto), con $p < 0,05$.

Tabla Nº 2: Puntajes obtenidos por los pacientes Diabéticos tipo 1 y 2 en los distintos ítems de la escala DAS 3 sp.

Subescala	Diabético tipo 1		Diabético Tipo 2		p
	Promedio	Rango	Promedio	Rango	
Necesidad de entrenamiento especial	1,59 (±0,35)	[1-2]	1,54 (± 0,42)	[1 – 2,8]	0,69
Percepción de la Gravedad de enfermedad	2,12 (± 0,7)	[1,2-3,48]	2,51 (± 0,65)	[1,8-4,7]	0,045
Valoración del control estricto	2,58 (± 0,53)	[1,8-3,57]	3,02 (± 0,46)	[2,14-4,2]	0,001
Valoración del impacto Psicosocial	2,24 (± 0,72)	1,6-3,16]	2,07 (± 0,75)	[1-3,66]	0,45
Autonomía del paciente	2,43 (± 0,37)	1,75-3,25]	2,55 (± 0,72)	[1,5-3,75]	0,36

DISCUSIÓN

La diabetes Mellitus es un importante problema al que el sistema de salud de nuestro país y del mundo entero se ve enfrentado día a día, siendo cada vez mayor debido a las condiciones demográficas que tenemos hoy en día. Una vez que el paciente es diagnosticado, depende de él como llevara su control y auto cuidado, para lo cual debe conocer sobre su enfermedad, complicaciones, alternativas de tratamiento y pronóstico.

Debido a esto debemos plantear al paciente como el centro fundamental en el manejo de esta patología, y buscar la forma más efectiva para lograr un tratamiento integral, en el cual será la participación del paciente un punto clave en el control de su patología. Debemos de esta forma, fomentar las acciones educativas adaptándola a las limitaciones propias de cada tipo de paciente.

Se han realizado estudios similares en España y Estados Unidos ^(2, 14), donde los puntajes obtenidos han sido considerablemente mayores que los nuestros. Al analizar el estudio de Hernández [et al...] ⁽¹⁴⁾, donde se evaluó a médicos, enfermeras y pacientes españoles, y comparar sus resultados con los nuestros, cabe destacar que ellos incluyen todo tipo de diabéticos en su estudio, a diferencia del presente estudio que los separa según tipo de

diabetes. Tampoco se conoce el nivel sociocultural de ellos. Ellos obtienen en promedio 3 a 4.8 puntos en cada ítem, a diferencia nuestra que el máximo de puntaje promedio no alcanzo mas allá de los 3 puntos.

Es por esto, que cada vez se hace mas necesario plantear lo que se han denominado sistemas centrados en los pacientes, un cambio en la forma de organizar la asistencia tanto médica como del resto del personal de salud. Y es sin duda la relación profesional-paciente es un elemento central. Si el paciente comprende lo que esta viviendo en su cabal perspectiva, y puede tener cierto grado de participación en las decisiones sobre su enfermedad, su participación y cooperación en el tratamiento será mucho más activa y a la vez efectivas. Algo muy importante es que mejorará su satisfacción del tipo de atención que recibe y de los resultados que obtenga a corto y largo plazo.

Pero a pesar de todo lo anteriormente planteado son pocos los estudios que analizan la perspectiva subjetiva y experiencia que tienen los pacientes con diabetes tipo 2 sobre su enfermedad, siendo el paciente tipo 1 los más estudiados en este sentido,^(2, 10) a la vez son ellos quienes por un tiempo mayor

de evolución de su enfermedad, un inicio más precoz, una capacidad intelectual más desarrollada junto a las nuevas herramientas de información con que se disponen hoy en día (Internet sobre todo), quienes tienen más conocimiento y medios de conocer cabalmente su enfermedad, no así los pacientes tipo 2 quienes debutan a edades más tardías, cabe recordar que en nuestro estudio hay pacientes de hasta 82 años, algunos de ellos ya no recuerdan como leer o escribir o presentan al inicio de su enfermedad un deterioro cognitivo en diversos grados, además, se agrega en nuestro estudio que sus niveles educacionales eran menores en comparación con los pacientes diabéticos tipo 1, en los cuales la mayoría tenía estudios de enseñanza media completa o incompleta (debido a factores de edad estaban cursando enseñanza media), pero no así los diabéticos tipo 2 quienes la mayoría no termino la enseñanza básica o en pequeño porcentaje lo hizo, pero hace más de 60 años. Por lo cual, su comprensión es más lenta y requieren más horas de atención para poder comprender y aprender sobre lo que les está ocurriendo. Cabe destacar sin embargo, que si bien el hecho de tener un mayor

nivel educacional y comprensión, como es el caso de los pacientes diabéticos tipo 1, no garantiza que el nivel de control metabólico logrado será mejor, ya que esto depende tanto de factores propios del paciente como la capacidad de asumir su enfermedad, comprometerse a lograr las metas propuestas y factores propios del equipo de salud, como por ejemplo la capacidad de comunicarse y explicar en forma clara los conceptos, motivar a los pacientes y estar constantemente educándolos e informándoles sobre su patología.

Todo lo anteriormente planteado se refleja en el puntaje obtenido por los pacientes diabéticos tipo 2, quienes tienen menor percepción de gravedad sobre su enfermedad y creen precisar de menor necesidad de control estricto de su patología.

Como conclusión de este trabajo, la capacidad de comunicarnos con nuestros pacientes y entregarles de la forma más adecuada a su nivel socioeconómico y cultural la información disponible sobre su patología y motivar en ellos el deseo y la posibilidad de participar en la toma de decisiones deben considerarse herramientas clínicas básicas.

REFERENCIAS

1. Anderson RM, Donnelly MB, Davis WK. Influencing the attitudes of medical students towards diabetes: results of a controlled study. *Diabetes Care* 1993; 16:503-5.
2. Anderson RM, Donnelly MB, Gressard CP, Dedrick RF. The development of a diabetes attitude scale for health care professionals. *Diabetes Care* 1989;12:120-7.
3. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)* 1995;104:771-6.
4. Anderson RM, Fitzgerald JT, Funnell, MM, Gruppen LD. The third version of the diabetes attitude scale. *Diabetes Care* 1998; 21:1403-7.
5. Anderson RM, Donnelly MB, Davis WK: Controversial Beliefs About Diabetes and Its Care. *Diabetes Care*. 15: 859-863, 1992.
6. Vilà C. Abordaje de la dislipemia en la diabetes mellitus en atención primaria. *Aten Primaria* 2003;32(4):240-52
7. Tuomilehto, Jaakko, Lindstrom, Jaana, Eriksson, Johan G. the Finnish Diabetes prevention Study Group, Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. *N Engl J Med* 2001 344: 1343-1350
8. Donnelly MB, Anderson RM: The Role Related Attitudes of Physicians, Nurses and Dietitians in the Treatment of Diabetes. *Medical Care* 28:175-179, 1990.
9. Peralta G. , Figuerola D. Aspectos psicosociales de la diabetes. *Endocrinol Nutr* 2003;50(7):280-285.
10. Hinojosa M. González E., Sarmiento J.. Estudio epidemiológico de la población diabética ingresada en el Hospital Universitario de Valladolid en el año 1997. *Endocrinol Nutr* 2001;48(10):289-294.
11. Hu, Frank B., Manson, JoAnn E., Stampfer, Meir J., Colditz, Graham, Liu, Simin, Solomon, Caren G., Willett, Walter C. Diet, Lifestyle, and the Risk of Type 2 Diabetes Mellitus in Women. *N Engl J Med* 2001 345: 790-797.
12. Diabetes Prevention Program Research Group, Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin. *N Engl J Med* 2002 346: 393-403.
13. Anderson RM, Funnell MM. Compliance and adherence are dysfunctional concepts in diabetes care. *Diabetes Educ* 2000; 26:597-604.
14. Hernández J., Anguera A. , Basora J. La versión española de la Diabetes Attitude Scale DAS-3sp): un instrumento de medición de actitudes y motivaciones en diabetes. *Endocrinol Nutr* 2002;49(9):293-8.