

Impacto de la dinámica de grupo en la educación del paciente diabético

Lupic nephropathy. Characterization during a quinquenium

Dr. Manuel A. Téllez López; Dra. Annia E. Pérez Pérez

Policlínica Comunitaria Docente. Manuel de Varona. Sibanicú. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal sobre la influencia de la educación para la salud, con el objetivo de adquirir conocimientos, cambiar actitudes y controlar la enfermedad en pacientes diabéticos de cuatro consultorios de la Policlínica Comunitaria Docente de Sibanicú, en el año 2001. El universo fue de 66 pacientes con diabetes mellitus a los que se le aplicó un minimal test, resultaron aptos para la Investigación 62 diabéticos, a los que se les realizó una encuesta sobre conocimientos básicos de su enfermedad y resultó que el mayor porcentaje fue evaluado de regular, así como su actitud ante la misma. Después de la estrategia de intervención educativa cambiaron favorablemente estos aspectos, así como el logro de un mejor control metabólico en la mayoría de los pacientes.

DeCS: DIABETES MELLITUS; EDUCACIÓN DEL PACIENTE.

ABSTRACT

A longitudinal descriptive study was carried out on the influence of education for health with the aim of gaining knowledges changing attitudes and controlling the disease in diabetic patients of four health clinics of Sibanicu teaching Polyclinic 2001. The universe was of 66

patients with Diabetic Mellitus to whom a MINE-MENTAL—TEST was applied 62 diabetic were capable for the investigation.

DeCS: DIABETES MELLITUS; PATIENT EDUCATION.

INTRODUCCIÓN

Los programas de educación para la salud y de intervención en la comunidad constituyen en nuestros días un elemento esencial en la medicina preventiva y la evaluación de sus aspectos en la calidad de vida de los hombres, debe ser, y de hecho es, en nuestro país, parte integral de los planes de salud pública que priorizan los programas de atención y prevención a las principales enfermedades que conforman el cuadro de salud¹⁻³.

La diabetes mellitus es el trastorno endocrino más común; en muchos países representa un gran problema de salud por su repercusión en la calidad de vida de estos enfermos y el alto costo de su atención con la pobre participación del estado en la solución de dichos problemas.⁴⁻⁶

En la atención ambulatoria como atención primaria de la salud, cualquier medida que tienda a promover cambios en el estilo de vida de enfermos y familiares resultan más beneficiosas de lo que algunos creen. Muchas de las medidas para evitar o demorar varias de las complicaciones y lograr un buen control por parte del equipo de salud, no resultan efectivos si el paciente no participa día a día para controlar los niveles de glucemia, por lo que la educación se considera piedra angular en el tratamiento.^{2,7-12}

La dinámica de grupo como técnica educativa constituye un valioso instrumento de trabajo que permite, con una metodología participativa, la interacción de sus miembros propiciando una adecuada comunicación, donde los involucrados se identifican mejor entre sí y logran el reconocimiento de una problemática común, se modifican actitudes, opiniones y creencias erróneas, por otras más aceptadas y deseables para la salud del paciente.¹³⁻¹⁶

1 –Tipo de diabetes: 1.1 DMNID_____ 1.2 DMID_____

2- Estado nutricional.

2.1 -Bajo peso. _____ 2.2 Normopeso. _____

2.3-Sobrepeso_____ 2.4 Obeso._____

Marque con una cruz una respuesta que considere correcta:

3. -El BENEDICT. se realiza:

3.1 En cualquier momento del día. _____ 3.2 Cada vez que orine. _____

3.3 Antes de desayuno, almuerzo, comida y al acostarse. _____ 3.4 No sé. _____

4- La forma de realizar el BENEDICT es:

4.1 Se mezclan 50 gotas de orina con 8 gotas de reactivo y se deja hervir 5 minutos. _____

4.2 Se mezclan 50 gotas de reactivo con 8 gotas de orine y se deja hervir 5 minutos _____

4.3 No sé. _____

5- En el BENEDICT es normal cuando es de color.

5.1 - Ladrillo. _____ 5.2 -Naranja. _____ 5.3- Amarillo. _____

5.4 Azul o verde. _____. 5.5 No sé. _____

6- Frecuencia de la dieta.

6.1 Una sola comida. _____ 6.2 Solo 6 comidas pequeñas al día. _____

6.3 Comer cuando tiene deseo. _____ 6.4 No sé _____

7- Composición de la dieta.

7.1 Comerá lo que más le guste. _____ 7.2 Similar al resto de la familia. _____

7.3 Se ayudará con la lista de intercambio. _____ 7.4 No sé. _____

8- Ejercicios físicos sistemáticos.

8.1 Son beneficiosos al diabético compensado. _____

8.2 Son dañinos al paciente _____

8.3 No repercute en el control del paciente. _____

8.4 No sé. _____

9- Cuando va a realizar un ejercicio físico no acostumbrado...

9.1 Comerá algo antes de realizarlo. _____

9.2 Comerá menos durante el día.. _____

9.3 Suspenderá el medicamento. _____ 9.4 No sé. _____

10- Lo mejor para el cuidado de los pies es...

10.1 Cortar uñas y callos todos los días. _____

10.2 Aplicar Yodo o aspirina para destruir callosidades. _____

10.3 Cortar las uñas rectas periódicamente, no usar zapatos ajustados y secarlos bien

10.4 No sé. _____

11- La atención estomatológica con su dentista.

11.1 Debe evitarse pues puede complicarse. _____ 11.2 Acudir periódicamente al
estomatólogo. _____

11.3 Ir solo cuando tiene una pieza en mal estado _____

11.4 No sé. _____

12- El diabético que se controla con tabletas....

12.1 Puede cambiar de tableta sin consultar al médico. _____

12.2 Puede suspender las tabletas sin consultar al médico. _____

12.3 Puede necesitar insulina en un momento determinado. _____

12.4 No sé. _____

13- El diabético que usa insulina necesita:

13.1 Inyectarse insulina todos los días. _____ 13.2 Inyectarse solo cuando el
Benedicto está alterado _____

13.3 Descansar de la insulina algunos días. _____ 13.4 No sé. _____

14- La insulina debe ponerse :

14.1 En la nalga.. _____ 14.2 En los brazos. _____ 14.3 Rotándose brazos, muslo,
nalgas, abdomen y pantorrillas. _____ 14.4 No sé. _____

15- Los síntomas que nos hacen sospechar una hipoglicemia son.

- 15.1 Náuseas, vómitos y fiebres. _____ 15.2 Calambre y dolor en las piernas. _____
15.3 Temblores, sudoraciones, fatiga y dolor de cabeza. _____ 15.4 No sé. _____

16- Si tiene síntomas de hipoglicemia lo primero que debe hacer es.

- 16.1 Ir al médico. _____ 16.2 Tomar una bebida azucarada. _____
16.3 Acostarse y arroparse. _____ 16.4 No sé _____

17- La hipoglicemia se debe a:

- 17.1 Comimos poco o nos inyectamos más insulina de lo necesario. _____
17.2 Comimos más de lo indicado u olvidamos la insulina o tableta. _____
17.3 Comimos muchos alimentos dulces. _____ 17.4 No sé. _____

18- Los síntomas principales de hiperglicemia son:

- 18.1 Poca orina, mucho deseo de comer dulces _____
18.2 Se orina normal en cantidad y se pierde el apetito _____
18.3 Orina mucha cantidad se toma mucha agua y hay buen apetito _____
18.4 No sé _____

19- Las hiperglicemias pueden deberse a :

- 19.1 Problemas de la enfermedad _____
19.2 Sobredosis de tratamiento _____
19.3 No llevar el tratamiento a pesar de la dieta _____ 19.4 No sé _____

20- Otras complicaciones importantes de la diabetes pueden ser:

- 20.1 Artrosis en la columna _____
20.2 Lesiones en ojos, riñones, circulación _____
20.3 En los Pulmones _____
20.4 No sé _____

-responda si o no en cada pregunta.

21- Acude a consulta periódicamente?

- 21.1 Si _____ 21.2 No _____

22- Se realiza los estudios complementarios cada vez que se lo indican?

- 22.1 Si _____ 22.2 No _____

23- Acepta y trata de cumplir con su dieta y otras orientaciones médicas

23.1 Si _____ 23.2 No _____

24- Participa en actividades de abuelos, de la cuadra, u otra social?

24.1 Si _____ 24.2 No _____

Criterios operacionales.

A-La evaluación de los conocimientos se basó en los siguientes aspectos:

- 1)-Sabe realizar e interpretar el Benedict.
- 2)-Conoce síntomas de hipo e hiperglicemia.
- 3)-Conoce otras complicaciones del diabético.
- 4)-Maneja bien tratamiento higiénico -dietético.
- 5)-Conoce el tratamiento farmacológico y como hacerlo bien.

Buenos: de 4 a 5 respuestas.

Regulares: de 2 a 3 respuestas

Malos: 1 a 0 respuestas

B-La evaluación de las actitudes se basó en:

- 1)-Asiste a todas (casi) las consultas programadas.
- 2)-Se realiza los estudios que le indica su médico para su control
- 3)-Acepta y cumple las orientaciones dietéticas.
- 4)-Cumple con el tratamiento farmacológico.

Buenos: 3 a 4 respuestas. **Regulares:** 2 respuestas. **Malos:** 0 a 1 respuestas

C-Los criterios de control se basaron en las manifestaciones clínicas (asintomático), resultados de glucemias con 80-100 % entre 4 y 8 mm/1 y Benedict con el 80 a 100 % normales (azul = verde).

RESULTADOS

El 54.8 % de los pacientes, tenían conocimientos regulares que unidos a los malos eran el 66.2 % antes de comenzar la educación sobre la enfermedad, mientras que después de las sesiones el 62.9 % adquirió buenos conocimientos. (tabla 1)

Tabla 1. Distribución de los conocimientos sobre diabetes mellitus antes y después de las técnicas educativas

Conocimientos	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Buenos	21	33,8	39	62,9
Regulares	34	54,8	19	30,7
Malos	7	11,4	4	6,4
TOTAL	62	100	62	100

Fuente: encuesta .p <0.01

Cuando analizamos la actitud ante la enfermedad, observamos que el 54.8 % tenía una actitud incorrecta considerada "regular" en la exploración inicial y luego de las dinámicas de grupo logramos que el 66.2 % manifestaran una buena actitud, sólo el 8 % no la modificó positivamente. (tabla 2)

Tabla 2. Actitud ante la enfermedad, antes y después de las técnicas educativas

Actitud	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Buena	10	16.2	41	66.2
Regular	34	54.8	16	25.8
Mala	18	9.02	5	8.0
TOTAL	62	100	62	100

Fuente: encuesta p< 0.01

En cuanto al control de la diabetes el 54.8 % presentó algún descontrol en los seis meses que precedieron la investigación y hasta el primer mes, que a medida que se les educó, modificaron su actitud el 90.3 % tenían un buen control metabólico. (tabla 3)

Tabla 3. Control de la diabetes mellitus antes y después de las dinámicas de Grupos

Control	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Controlados	28	45,2	56	90,3
Descontrolados	34	54,8	6	9,7
TOTAL	62	100	62	100

Fuente: encuesta $p < 0.0$

DISCUSIÓN

En nuestra investigación obtuvimos resultados satisfactorios y comprobamos como la educación sanitaria a través de cualquier técnica participativa en este grupo de enfermos es posible siempre que se tengan los criterios psicopedagógicos en la educación para la salud. Al utilizar la dinámica de grupo como técnica educativa la relación educador- educando se convierte en un proceso cooperativo donde el aporte de experiencias y sabiduría es compartido por todos; se fomentó autodirección de grupo y la actividad fue manejada por los enfermos, los conocimientos se aportaron de manera clara, sencilla y reiterativa.^{17,18} Rigol Ricardo opina que facilitándole al sujeto participación activa le posibilita hablar, proponer, sugerir, opinar, concordar, discrepar en fin tiene la oportunidad de emplear sus conocimientos y le permite hacer más que oír.¹⁹

La actitud frente a una enfermedad, hecho o situación no resulta siempre fácil si no se trabaja con la motivación y el interés para disminuir o eliminar los posibles cambios de memoria, atención y pensamiento en los pacientes adultos mayores aún si estos son diabéticos.¹⁸

En cuanto al control metabólico esperábamos el resultado obtenido ya que la adquisición de conocimientos y los cambios de actitudes tuvieron un balance satisfactorio. Es reconocido por varios autores que la educación al paciente diabético es la piedra.

angular para el éxito en su control y la mejoría en la calidad de vida.^{20,21}

CONCLUSIONES

- 1- La adquisición de conocimientos y cambios positivos de actitud ante la enfermedad están relacionados con la técnica educativa fácil, sistemática e interesante dirigida a la necesidad de aprendizaje.
- 2- El control metabólico en el diabético guarda una estrecha relación con sus conocimientos sobre la enfermedad y la actitud frente a la misma.
- 3- El impacto social y económico logrado es el resultado del trabajo de un equipo de salud propio de una sociedad socialista como la nuestra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García González R, Suárez Pérez R. La educación al paciente diabético. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1992. p. 7-8.
2. Feal P. Diabetes mellitus, un reto para la atención primaria de salud. Revista Cubana Resumed. 1998;11(1): 3-5.
3. Faget Cepero O, Díaz Díaz O, Mateo de_Acosta O. La atención y prevención de las complicaciones de la diabetes mellitus en el nivel primario. Rev Cub Medicina General Integral. 1998; 2 (4): 23.
4. Zarate A. Diabetes en la población latina. Médico Interamericano. 1997;16: 399-01.
5. Hiss RG. Limitaciones a la atención de la diabetes mellitus no insulino dependiente: la experiencia de Michigan. Resumed. 1988; 11 (1): 30.
6. Kenn H. Tratamiento de la diabetes mellitus no insulino dependiente: la experiencia del Reino Unido. Resumed. 1998;12 (1): 31.
7. Miller M. Diabetes Mellitus tipo II: un enfoque de tratamiento en el paciente anciano Resumed. 1997; 10 (2): 76.

8. Dadinson J. Nueva guía en el diagnóstico de la diabetes mellitus. Médico Interamericano. 1997; (16): 447-49.
9. White F. Información para los profesionales de la salud. Rev de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. 1997;5 (1):20-3.
10. Kriska N. Physical activity and prevention of Type 2 Diabetes Mellitus: How much for how long?. Sports med. 2000; 29 (3):147-51.
11. Olivares JL, Periello G, Ferralía P, Santeuciano F. Optimización terapéutica en la diabetes mellitus no Insulinodependiente según sus estadios, fisiopatológicos clínicos y epidemiológicos. Avances en Diabetología. 1997; 5 (2): 1-8.
12. Lissa N. Hipertensión arterial y diabetes mellitus. Rev Cubana Endocrinología. 1997; 6 (1):27-9.
13. Klaus A. Análisis del proceso de grupo. En : Práctica de la Dinámica de Grupo. España: Editorial Herder S.A., 1993 :241-79.
14. De_la_Cuesta Freijomil D. Una técnica para modificar actitudes. Rev Cub Medicina General Integral. 1991; 7(1): 78-83.
15. Tasai M, Clark JH. Mechanism of education and control in diabetes. En: Wilson JD Foster. 2ed. Filadelfia: Editorial Williams Textbook of endocrinology. WB Saunder; 1999 .55-94.
16. International Diabetes Federation. La Diabetes en el mundo. 6^{ta} ed. Bélgica: Federación internacional de la diabetes; 1999; 11:15-25.
17. Prieto Ramos O, Vega García E. Temas de Gerontología. 2 ed. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1996. p.181-8.
18. Craik F. Age differences in human memory. En: Birren –Shaide. Hand book of Psychology of Aging. 3^{ra}ed. New York: Editorial Mabys; 1989: 384-6.
19. Rigol Ricardo O, Pérez Carballás F, Perea Corral C. Medicina General Integral. T1. 2 ed. La Habana: Pueblo y Educación; 1989. p. 269.

20. Nil Barzil A. Trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono. En: Manual Merk. 10 ed. España: Editorial Harcourt; 2000. p.276-80.
21. Cano Pérez JF. La educación sanitaria del diabético. En: Farreras R. Tratado de Medicina Interna. 14 ed. España: Editorial Harcourt; 2000. p. 1050-52.

Recibido: 12 de de noviembre de 2002

Aprobado: 4 de abril de 2003

Dr. Manuel A. Téllez López Especialista de I Grado en Medicina Interna
Policlínica Comunitaria Docente. Manuel de Varona. Sibanicú