

## ***EL JUEGO COMO TÉCNICA DE INTERVENCIÓN EN EL AUTOCONTROL DEL PACIENTE DIABÉTICO***

*Maritza Alcaraz Agüero<sup>1</sup> y Carlos Ferrer La O<sup>2</sup>*

**RESUMEN:** Se realizó un estudio de intervención en la población diabética mayor de 15 años, perteneciente al Grupo Básico de Trabajo No.2 del Policlínico Municipal de Santiago de Cuba, desde el 15 de noviembre de 1993 hasta igual fecha de 1995, con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento de dichos pacientes acerca del tratamiento y control de su enfermedad por medio de técnicas de educación para la salud. Se calcularon los porcentajes de las distintas variables analizadas y se aplicaron pruebas de significación estadística para la validación de los resultados. Hubo predominio del sexo femenino (estadísticamente significativo) y del grupo etáreo de 55 a 64 años y en más de la mitad de los pacientes la enfermedad se presentó a partir de los 45 años. Se comprobó al inicio que una gran parte de los pacientes tenía una escasa información sobre su padecimiento, tratamiento y autocontrol, pero también que era posible aumentar sus conocimientos y modificar su modo de actuación mediante el juego de roles, entre otras técnicas educativas.

Descriptores DeCS: **DIABETES MELLITUS/prevención & control; EDUCACION EN SALUD/métodos.**

Tras los indiscutibles éxitos alcanzados por nuestro país en la lucha contra los procesos infecciosos, comienzan a imponerse las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como causantes de una elevada mortalidad. En la actualidad, 9 de las 10 primeras causas de muerte en Cuba son de este tipo.<sup>1</sup>

Las primeras descripciones acerca de la diabetes mellitus (DM) aparecen recogidas en el *Papiro de Ebers*, 1 550 años *a.n.e.*,

pero no es hasta el descubrimiento de la insulina, realizado por *Banting* y *Best*, que comienza a modificarse favorablemente la expectativa de vida de estos enfermos.

Aun con el avance de la ciencia y la técnica, la DM constituye un problema de salud en estos momentos, pues más del 25 % de los ingresos hospitalarios son ocasionados por esta enfermedad, la cual da lugar a limitaciones en la capacidad física y exhibe una prevalencia en nuestra provincia de

---

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructora graduada. Policlínico Docente Municipal de Santiago de Cuba.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente Municipal de Santiago de Cuba.

15,4 x 1 000 habitantes, con una tasa bruta de mortalidad de 20,6 x 100 000 habitantes (I Taller Provincial de Educación Diabetológica, celebrado en Santiago de Cuba del 20 al 21 de junio de 1996).

Nuestra área de salud no se halla ajena a esta situación, donde la DM figura como la tercera causa de morbilidad con una prevalencia de 16,5 x 1 000 habitantes (Departamento de Estadística. Serie cronológica. Policlínico Municipal, 1995); de ahí que teniendo en cuenta los aspectos fundamentales de la carta de Ottawa, en la que el doctor *Terris* define la promoción de salud como el proceso que capacita a las personas para incrementar el control sobre su salud y además mejorarla,<sup>2-4</sup> nos dimos a la tarea de crear experimentalmente una escuela de atención al paciente diabético en el área, con el objetivo de elevar el conocimiento acerca del tratamiento y control de su enfermedad por medio de técnicas de educación para la salud, entre ellas el juego de roles y poder mejorar su calidad de vida mediante una asistencia multidisciplinaria.

## **Métodos**

Se efectuó un estudio de intervención en la población diabética mayor de 15 años, perteneciente al Grupo Básico de Trabajo No.2 del Policlínico Docente Municipal de Santiago de Cuba, desde el 15 de noviembre de 1993 hasta igual fecha de 1995, del que se excluyeron aquellos enfermos que por alguna invalidez física no podían trasladarse hasta dicha unidad.

En nuestro Grupo Básico de Trabajo se encuentran dispensarizados 276 pacientes, de los cuales se escogieron los primeros 104 que acudieron a matricularse en la

escuela, la cual contó con la participación de un clínico, un especialista en Medicina General Integral (MGI), un estomatólogo general, un psicólogo y un residente en MGI; y sesionó con una frecuencia semanal por espacio de 6 semanas, durante las cuales se efectuaron 6 actividades en las que se aplicaron técnicas educativas (discusión grupal, dramatización y técnicas de animación y análisis), encaminadas a transmitir conocimientos sobre diabetes: qué es, en qué consiste, sus síntomas, complicaciones más frecuentes, importancia del cuidado estomatológico, de los pies y de la higiene en general, así como de realizar ejercicios físicos, del chequeo periódico, de la dieta y el tratamiento, forma de practicar la prueba de Benedict y de inyectar insulina y cómo combatir el estrés.

Se calcularon los porcentajes de las distintas variables y se aplicaron las pruebas de hipótesis, de chi cuadrado del tipo bondad de ajuste y la de Kolmogorov-Smirnov para determinar la independencia entre variables; asimismo, se fijó un valor de  $p \leq 0,05$ , es decir, que tuviera una confiabilidad del 95 %.

## **Resultados**

La tabla 1 muestra que de los 104 pacientes que comenzaron la escuela, el 80,76 % era del sexo femenino y el 10,23 % del masculino, lo que tuvo significación estadística; predominó el grupo etáreo de 55 a 64 años (35,75 %), seguido por el de 65 y más (33,65 %). Es válido señalar que el 30,76 % de la matrícula inicial no culminó la escuela por motivos varios.

Note en la tabla 2 que en el 55,70 % de la serie la enfermedad se presentó a partir de los 45 años, y en el 40,38 % entre los 30 y los 44 años.

TABLA 1. Edad y sexo

Edad (años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
25-34	2	1,92	2	1,92	4	3,84
35-44	2	1,92	1	0,96	3	2,88
45-54	21	20,19	4	3,84	25	24,03
55-64	34	32,69	3	2,88	37	35,57
65 y más	25	24,03	10	9,61	35	33,65
Total	84	80,76	20	19,23	104	100,00

p < 0,05.

TABLA 2. Edad de inicio de la diabetes mellitus, según sexo

Edad de (inicio)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
15-19	1	0,96	3	2,88	4	3,88
30-44	9	8,65	33	31,73	42	40,38
45 y más	10	9,61	48	41,34	58	55,76
Total	20	19,23	84	80,76	104	100,0

TABLA 3. Utilización de identificación como pacientes diabéticos

Respuesta	Al inicio		Al finalizar	
	No.	%	No.	%
Sí	22	21,15	72	69,23
No	82	78,84	32*	30,76

\*Pacientes que no finalizaron la escuela.  
p < 0,05.

TABLA 4. Nivel de conocimiento acerca de la conducta a seguir ante un cuadro de hipoglicemia e hiperglicemia, antes y después de la intervención

Cuadro clínico	Al inicio				Al final			
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hipoglicemia	58	55,76	46	44,23	72*	69,23	-	-
Hiperglicemia	32	30,76	72	69,23	67	64,42	5	4,80

\* % Calculado sobre la base de los 104 pacientes que iniciaron la escuela.  
p < 0,05.

Al matricularse en la escuela, sólo el 21,15 % portaba identificación como diabético (tabla 3) y de ellos únicamente el 1,92 % conservaba el carné "Yo soy diabético", mientras que el resto mostraba el tarjetón expedido para la compra de los medicamentos. Al finalizar las actividades programadas se logró que el 69,23 % de la matrícula inicial llevara su identificación.

Del total de pacientes matriculados, sólo el 26,90 % (28 pacientes) practicaba la prueba de Benedict diariamente; pero una vez finalizada la escuela, el 90,20 % la hacía todos los días, resultado que alcanzó significación estadística.

En la tabla 4 se aprecia que al iniciar la escuela, más de la mitad de los pacientes se hallaban adecuadamente informados acerca de la conducta que se debía seguir ante un cuadro de hipoglicemia (55,76 %); sin embargo, el 69,23 % de los que comenzaron desconocía cómo actuar ante la hiperglicemia. Una vez concluidas las actividades, el 93,0 % de los que terminaron (el 69,23 % de los que iniciaron la escuela), incorporaron un conocimiento adecuado.

Entre las complicaciones surgidas a 8 meses después en los pacientes que finalizaron la escuela, figuran: hiperglicemia en 5 (6,9 %), hipoglicemia en 3 (4,1 %), absceso en miembro inferior en 1 (1,3 %) y un paciente que falleció por un infarto del miocardio (1,3 %), sin relación directa con la diabetes.

## ***Discusión***

En nuestro estudio la mayoría de los pacientes se hallaban clasificados como diabéticos tipo II, por cuanto la edad de inicio de la enfermedad se ubicó predominantemente por encima de los 30 años, acorde con lo informado por otros autores.<sup>5</sup> No hubo ningún paciente con menos de 25 años, lo que pensamos se deba a la escasa frecuencia en nuestro medio de la diabetes juvenil, tal y como señalan diversos investigadores.<sup>6</sup>

No obstante lo antes expresado, obtuvimos logros significativos al poder modificar modos de actuación como el de la diaria realización de la prueba de Benedict por un elevado número de pacientes, al interiorizar su importancia en el autocontrol metabólico; también por el hecho de que portaran la identificación como diabéticos

que se les dió en la escuela, en la cual no sólo se precisa el tratamiento que llevan a cabo y la dirección del paciente, sino que muestra la conducta inmediata que debe seguir cualquier individuo al encontrarlo sin conocimiento.

Una vez finalizadas las sesiones, estos pacientes fueron seguidos en consulta vertical y de terreno, donde se pudo verificar la aplicación de lo aprendido y observar las complicaciones aparecidas, que como vemos han sido escasas hasta la fecha; ello se debe en gran medida a la activa participación del paciente en el control de su enfermedad, y demuestra que las técnicas participativas constituyen un pilar fundamental en la educación del enfermo, por cuanto eleva su grado de conocimiento y modifica modos de actuación, lo que también coincide con otros estudios realizados.<sup>4-7</sup>

**SUMMARY:** An intervention study of the diabetic population over 15 from the Working Basic Group No. 2 of the Municipal Polyclinic in Santiago de Cuba was conducted from November, 1993 to November, 1995, aimed at increasing the level of knowledge of these patients as regards the treatment and control of their disease by means of health education techniques. The percentages of different variables analyzed were calculated and test of statistical significance were applied for the validation of the results. There was a predominance of the female sex (statistically significant) and of the age group 55-64. In more than half of the patients the disease appeared among those aged 45 and over. It was proved that at the beginning most of the patients had very little information about their disease, treatment and self-control, but that it was also possible to improve their knowledge and to modify their behaviour by using the role playing educational techniques, among others.

Subject headings: **DIABETES MELLITUS/prevention & control; HEALTH EDUCATION/methods.**

## ***Referencias bibliográficas***

1. Dueñas A. Cardiopatía isquémica: su control en el nivel primario. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1992;8(3):202-13.
2. Rodríguez M, Aldana D. Promoción de salud en diabetes mellitus. *Rev Cubana Salud Pública* 1992;5(2):119-30.
3. Rodríguez JL, González de la Vega F, Pons Bronet P. Repercusión en el control de la diabetes mellitus de una técnica educativa dirigida a la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1995;11(2):144-9.
4. Díaz O. Diabetes. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1992;8(3):218-28.
5. Stronings R. Glicemic control and diabetic complications. *Diabetes Care* 1992;5(9):126-40.

6. Licea M, Uriarte A, Molinas S. Seguimiento clínico de la diabetes mellitus tipo II, títulos de anticuerpos antiislotos con diferentes tiempos de evolución de la enfermedad. Rev Cubana Endocrinol 1991;3(2):115-6.
7. Valenciaga J, González F. Repercusión en el control de la diabetes mellitus de una técnica

educativa dirigida a la familia. Rev Cubana Med Gen Integr 1995;11(2):144-8.

Recibido: 19 de noviembre de 1997. Aprobado: 22 de enero de 1998.

Dra. *Maritza Alcaraz Agüero*. Policlínico Docente Municipal de Santiago de Cuba, Santiago de Cuba, Cuba.