

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA DE NUTRICIÓN HUMANA

**DISERTACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
NUTRICIÓN HUMANA
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO
NUTRICIONAL EN LAS PERSONAS DIABÉTICAS QUE FORMAN PARTE DEL
“CLUB DE DIABÉTICOS” DEL CANTÓN RUMIÑAHUI EN EL HOSPITAL
CANTONAL DE SANGOLQUÍ EN EL PERÍODO 2018-2019**

Elaborado por:

Gabriela Michelle Sosa Parreño

QUITO, MAYO 2019

RESUMEN

La prevalencia de Diabetes Mellitus a nivel mundial es del 8.5%, en el año 2014 el Instituto Nacional de Estadística y Censos reportó a la diabetes mellitus como segunda causa de mortalidad en el Ecuador, con una prevalencia en la población general de 10 a 59 años de 2.7 %, incrementándose hasta el 10.3 % en el tercer decenio de vida, al 12.3 % para mayores de 60 años y hasta un 15.2 % en el grupo de 60 a 64 años. Se realizó un estudio cuantitativo, observacional y analítico en 41 personas con diabetes que forman parte del Club de Diabéticos del Cantón Rumiñahui, en el Hospital Cantonal de Sangolquí, el cual tuvo como objetivo determinar los factores que influyen en el cumplimiento del tratamiento dietético. El 63.41% de las personas con diabetes estuvieron adheridas, mientras que el 36.59% no. El factor conocimiento explicó el 31 % de adheridos a la terapia nutricional, el factor socioeconómico el 45 %, el factor sistema y equipo de salud el 51 % y el factor terapia nutricional el 67 %, sin embargo, no se encontró una relación estadísticamente significativa. Tener un correcto conocimiento sobre esta enfermedad, el cumplimiento del tratamiento, el apoyo familiar, social, y el adecuado trato médico y personal de salud con el paciente, son factores necesarios para lograr una mejor adherencia al tratamiento nutricional y por ende una mejor calidad de vida.

Palabras clave: diabetes, adherencia, tratamiento nutricional, autocontrol, nutricionista.

ABSTRACT

The prevalence of Diabetes Mellitus is 8.5% worldwide, and in Ecuador, on the year 2014 the National Institute of Statistic and Census reported Diabetes Mellitus as the second cause of mortality in the country, with a prevalence in the general population with 10 to 59 years of 2.7%, raising till 10.3% in the third decade of life, 12.3% for population with more than 60 years and even 15.2% in the group of 60 to 64 years old. A quantitative, observational and analytic study was made on 41 persons with diabetes that are part of Rumiñahui's Diabetics Club, which objective was to determine the factors that influence in the fulfillment of the diabetic treatment. The 63.41% of the people with diabetes where adhered to the treatment, whereas the 36.59% were not. The knowledge factor explained the 31% of the adhered to the nutritional therapy, the socio economic factor with 45%, the system and health equipment factor with 51% and the nutritional therapy factor with 67%, nevertheless, it was not found a significant statistical relationship. Having a correct knowledge about this illness, the fulfillment of the treatment, the social and family support and the suitable medical treat with the patient are necessary factors to achieve a better adherence to the nutritional treatment and thus a better quality life.

Key words: diabetes, adherence, nutritional treatment, self-control, nutritionist.

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mis padres y esposo quienes siempre me apoyaron y confiaron en mí, por todo su amor, gracias a ellos y al esfuerzo que he dedicado, finalmente quiero dedicarlo a mi hija, para que sea un modelo a seguir, y un recordatorio de que nada es imposible.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a los docentes de la PUCE quienes me impartieron su conocimiento, a la Mtr. Karina Pazmiño, al Dr. Bolívar Guevara y a la Mtr. Paloma Lima, por guiarme en la realización de mi tesis y por ser un ejemplo a seguir.

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
Capítulo I – ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Justificación	6
1.3. Objetivos.....	8
1.4. Metodología.....	9
Capítulo II – MARCO TEÓRICO	12
1.1. Generalidades de la diabetes.....	12
1.2. Manejo y tratamiento de la diabetes	15
1.2.1. Tratamiento dieto terapéutico.....	17
1.3. Adherencia al tratamiento nutricional	22
1.3.1. Factor socioeconómico.....	23
1.3.2. Factor conocimiento.....	24
1.3.3. Factor terapia nutricional	24
1.3.4. Factor equipo de salud.....	24
Capítulo III – RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	26
3.1. Análisis de resultados	26
3.2. Discusión	31
CONCLUSIONES	35

RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS	38
ANEXOS.....	43

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.....	11
<i>Matriz de operacionalización de variables.....</i>	<i>11</i>
Tabla 2.....	15
<i>Criterios diagnósticos de diabetes.....</i>	<i>15</i>
Tabla 3.....	16
<i>Medicamentos utilizados para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.....</i>	<i>16</i>
Tabla 4.....	31
<i>Relación entre factores asociados con la adherencia al tratamiento nutricional.....</i>	<i>31</i>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 <i>Adherencia a la terapia nutricional</i>	26
Figura 2 Factor conocimiento	27
Figura 3 <i>Factor socioeconómico</i>	28
Figura 4 Factor sistema y equipo de salud.....	29
Figura 5 Factor terapia nutricional.....	30

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 <i>Consentimiento informado</i>	43
Anexo 2 <i>Encuesta</i>	45

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud a nivel mundial, actualmente el número de casos va aumentando contribuyendo así a la alta morbilidad y mortalidad, del mismo modo su larga duración y su progresión lenta, ya que son la causa más frecuente de discapacidad, y el elevado costo de hospitalización y tratamiento. Todo esto como resultado de los cambios sociales, culturales, políticos y económicos que han hecho que se modifique el estilo y condiciones de vida de la población (Serra, Serra, & Viera, 2018).

De ellas, la diabetes mellitus es un padecimiento que tiene un impacto creciente y sostenido en el estado de salud de muchas naciones tanto por su frecuencia como por sus complicaciones. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en las naciones del primer mundo la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es solo el 50 % y se piensa que esta deficiencia sea superior en naciones subdesarrolladas, dada la escasez de recursos y las inequidades en el acceso a la atención sanitaria (Ramos et al., 2017).

La diabetes es una de las enfermedades crónicas con alta tasa de fracaso y mala adherencia al tratamiento (Terechenko, Baute, & Zamonsky, 2015). La mitad de los pacientes diabéticos no siguen el tratamiento de forma adecuada, además se ha comprobado que el cumplimiento del mismo está relacionado con la aparición de las complicaciones crónicas de la propia enfermedad (González et al., 2015). Hay muchos factores que pueden influir en esta mala adherencia, como la edad, la duración de la enfermedad, la falta de relación comunicativa entre el paciente y los proveedores de atención médica, las creencias y percepciones de salud que son incompatibles con las recomendaciones y los factores socioeconómicos (Mumu, Saleh, Ara, Afnan, & Ali,

2014). Todo esto puede conllevar a un aumento de la morbimortalidad, mayor tasa de hospitalización y un elevado coste asistencial en los pacientes; es por ello, que se le considera un problema prioritario de salud pública.

Capítulo I – ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La diabetes es una enfermedad crónica que se puede desencadenar por diversos factores, uno de ellos es cuando el páncreas no produce suficiente insulina (hormona que regula el nivel de glucosa en la sangre), o cuando el organismo no es capaz de utilizar correctamente la insulina que produce (OMS, 2016).

La prevalencia de este trastorno ha incrementado dramáticamente, de 108 millones de individuos a nivel mundial en el año 1980, hasta aproximadamente 422 millones para el año 2014, representando una prevalencia de 8.5% (Altamirano et al., 2017). Asimismo, se estima que anualmente, aproximadamente 1.5 millones de muertes son directamente producidas por la diabetes mellitus tipo 2 y hasta 2.2 millones son atribuibles a alguna forma de hiperglicemia (Altamirano et al., 2017). Más allá de esto, la diabetes es una de las principales causas de ceguera, enfermedad renal, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, neuropatías, y amputaciones no traumáticas. Además, implica altos gastos económicos directos e indirectos, que oscilan entre \$1.000-10.000 por persona por año en diferentes localidades; se estima que en América el costo anual de la diabetes diagnosticada en el 2017 fue de \$ 327 miles de millones, incluyendo \$ 237 mil millones en costos médicos. Ecuador no escapa a esta situación: En el territorio ecuatoriano, la DM2 fue la primera causa de mortalidad para el año 2013, correspondiendo a 4695 muertes, 7.44% del total anual (Altamirano et al., 2017). Esta cifra se ha incrementado a 4906 muertes para el 2016, siendo así, la segunda causa de muerte después de las enfermedades isquémicas del corazón (INEC, 2017).

Específicamente en la comunidad latina, la diabetes es un problema urgente de salud, pues posee tasas dos veces más altas que las de personas que no son latinas (CDC, 2013).

La diabetes mal controlada aumenta la probabilidad de mortalidad prematura y de complicaciones crónicas como retinopatías, neuropatías, nefropatías y cardiopatías, además de complicaciones agudas como la hipoglucemia, infecciones recurrentes, mala cicatrización, úlceras, amputaciones, etc. (OPS, 2016; Reyes, 2016).

Las personas con diabetes deben seguir un estilo de vida saludable, para garantizar un control adecuado de la glucosa en sangre (OPS, 2016). El paciente diabético, requiere de un tratamiento integral que le permita evitar, o reducir complicaciones derivadas de un mal control de su enfermedad, este requiere de cambios en el estilo de vida a través de un plan de alimentación adecuado, realización de actividad física, automonitoreo de glucosa y uso adecuado de medicamentos (Olivares & Rico, 2015).

El tratamiento nutricional está comprendido por una dieta balanceada, la cual consta de cantidades adecuadas de cereales integrales, verduras, frutas, semillas y frutos secos, pues estos contienen, en su mayoría fitonutrientes y otras sustancias con propiedades antioxidantes (Raidel et al., 2015). Los objetivos de este tratamiento según las guías de la Asociación Americana de Diabetes son alcanzar y mantener: niveles de glucosa dentro del rango de normalidad, perfil lipídico que reduzca el riesgo de enfermedad vascular, niveles de presión arterial en el rango de normalidad, prevenir el desarrollo de complicaciones crónicas, alcanzar las necesidades nutricionales individuales y brindar recomendaciones de actividad física (Olivares & Rico, 2015).

La mitad de los pacientes diabéticos no siguen el tratamiento de forma adecuada y menos del 30% cambian sus hábitos o estilos de vida, además se ha comprobado que el cumplimiento del mismo está relacionado con la aparición de las complicaciones crónicas de la enfermedad (González et al., 2015).

La diabetes es una de las enfermedades crónicas con alta tasa de fracaso y mala adherencia al tratamiento(Terechenko et al., 2015). A esta se la define como la acción de involucrarse activa y voluntariamente en el manejo de la enfermedad, a través de un proceso de responsabilidad entre el paciente y los profesionales de salud, en cuanto a la toma de medicamentos, el tratamiento dietético y los cambios en el estilo de vida (González et al., 2015; Porras, Richmond, García, & Jensen, 2016).

La adherencia al tratamiento nutricional es de suma importancia para mejorar la calidad de vida del paciente diabético, puesto que la falta del mismo es un problema prioritario de salud pública, lo cual ha generado que en los últimos años se haya dedicado una atención especial a los factores relacionados con la adherencia al tratamiento de la diabetes, especialmente a nivel de conocimiento sobre la enfermedad, habilidades de autocuidado y afrontamiento, autoeficacia, percepción de síntomas, estrés y apoyo social (González et al., 2015).

En estos pacientes es importante que se tenga una correcta adherencia al tratamiento, es por esta razón que se crea la necesidad de conocer los factores que provocan que estos no sigan de forma permanente y adecuada su tratamiento nutricional, con el fin de superar estas barreras o dificultades encontradas, planteando nuevas estrategias dentro de la intervención nutricional y que la relación nutricionista-paciente(familia) sea acertada y empática, donde se brinde información adecuada, para lograr una adecuada adherencia, clave para el abordaje efectivo de este tipo de procesos crónicos (Terechenko et al., 2015).

El propósito del estudio es determinar cuáles son los factores que influyen en la adherencia al tratamiento nutricional, para que estos sean parte del plan nutricional, es decir, que se crean nuevas estrategias enfocadas en las necesidades del pacientes y características individuales, y de esta manera el paciente con diabetes tenga un mejor control de su enfermedad, evitando

complicaciones derivadas de la misma que a largo plazo puedan producir algún tipo de discapacidad, ahorrando a su vez costos por hospitalización.

1.2. Justificación

Según la OMS la diabetes causa cada año alrededor de 1,5 millones de muertes. A esto hay que añadir otros 2,2 millones de defunciones anuales asociadas a la hiperglucemia, lo que supone un total anual de 3,7 millones de muertes relacionadas con la persistencia de altos niveles de glucosa en sangre. El 43 % de esas muertes se producen prematuramente, antes de los 70 años. Se estima que 250 millones de personas están afectadas por ella, y que se duplique esta cifra para el año 2030; sobre todo en los países en vías de desarrollo, debido a las dificultades económicas y el envejecimiento demográfico (Altamirano et al., 2017).

En el Ecuador, en el año 2014 el Instituto Nacional de Estadística y Censos reportó a la diabetes mellitus como segunda causa de mortalidad, (primera causa de mortalidad en la población femenina y la tercera en la masculina) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017). En el país, la prevalencia de diabetes en la población general de 10 a 59 años es de 2.7 %, incrementándose hasta el 10.3 % en el tercer decenio de vida, al 12.3 % para mayores de 60 años y hasta un 15.2 % en el grupo de 60 a 64 años (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017). Lo que de igual manera resulta preocupante es que hay una relación entre el cumplimiento del tratamiento y la aparición de complicaciones crónicas es decir, una vez que la enfermedad ha desencadenado otro tipo de patologías, es ahí donde el paciente toma conciencia y se apega al tratamiento (González et al., 2015).

El cumplimiento a la adherencia dietética es deficiente y más frecuente de lo que se pensaba anteriormente, por lo que la carga de esta enfermedad aumenta día a día. El problema del desapego a las recomendaciones de modificación del estilo de vida entre los pacientes con

diabetes es muy complejo y multifacética. Hay muchos factores que pueden influir en esta mala adherencia, como la edad, la duración de la enfermedad, la falta de relación comunicativa entre el paciente y los proveedores de atención médica, las creencias y percepciones de salud que son incompatibles con las recomendaciones y los factores socioeconómicos. Comprender los factores de no adhesión a los cambios en el estilo de vida puede ayudar a planificar e implementar intervenciones más intensivas para ayudar a los pacientes a llevar un mejor estilo de vida (Mumu et al., 2014). Las barreras más comunes relacionadas con la falta de cumplimiento terapéutico en la diabetes son multidimensionales y comunes a la mayoría de tratamientos crónicos complejos (González et al., 2015). Se han realizado muy pocos estudios sobre estos temas, especialmente en países en desarrollo como Ecuador (Mumu et al., 2014).

Contar con mejores tratamientos, más variados y eficaces prescripciones médicas, debería significar un aumento tanto en la efectividad de los tratamientos, como en la incidencia directa de estas en la calidad de vida de los pacientes; pero estos resultados van a estar asociados a la existencia de dos condicionantes: una adecuada prescripción por parte del equipo médico y un correcto cumplimiento por el paciente (Ramos et al., 2017). La importancia de este estudio radica en que los profesionales de la salud encargados de estos pacientes, médicos, nutricionistas etc., conozcan y comprendan la falta de adherencia al tratamiento nutricional, indaguen las causas y comprometan el cumplimiento del mismo, a través del desarrollo de nuevas estrategias para intervenir efectiva y eficazmente en el tratamiento de los pacientes y orientarlos a mejorar y facilitar en cuanto a la toma de decisiones, incrementando su adherencia y por ende su calidad de vida (Ramos, Morejón, Cabrera, Herranz, & Rodriguez, 2018).

El presente trabajo tiene como objetivo identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento nutricional de las personas diabéticas, para que de esta manera se puedan tomar

acciones en el sistema de atención, es decir, actuar a través de la promoción de salud para motivar a los pacientes a cumplir de mejor manera las recomendaciones nutricionales, y así puedan tener una mejor calidad de vida evitando complicaciones que se puedan desarrollar como consecuencia de su enfermedad. Los resultados obtenidos de esta investigación beneficiarán a los nutricionistas y personal de salud, debido a que se obtendrán pautas importantes y puntos clave a considerar para una adecuada consejería y educación nutricional para los pacientes diabéticos, así como también recomendaciones para su familia ya que son una parte esencial de su tratamiento. La Diabetes como parte de las enfermedades crónicas no transmisibles, es un problema de Salud Pública tanto a nivel nacional como a nivel mundial, siendo responsable de las principales causas de muerte prematura y discapacidad, es por esta razón que el Estado Ecuatoriano y los servicios de salud, como el hospital en el que se realizó el estudio, también saldrán beneficiados en cuanto a reducción de su economía destinada para la Salud Pública, ya que con una mayor adherencia por parte del paciente diabético se evitarán complicaciones derivadas de la de la misma, evitando así costos por hospitalización, medicamentos, tratamiento, bonos por incapacidad, etc.

1.3. Objetivos

Objetivo General

Determinar los factores que influyen en el cumplimiento del tratamiento dietético en las personas diabéticas que forman parte del “Club de Diabéticos” del Cantón Rumiñahui en el período agosto-septiembre 2018.

Objetivos Específicos

- Establecer el nivel de adherencia al tratamiento nutricional de los diabéticos del Club de Diabéticos del Cantón Rumiñahui, a través de la hemoglobina glicosilada
- Identificar factores relacionados con el conocimiento que influyen en la adherencia al tratamiento nutricional
- Describir los factores socioeconómicos que influyen en la adherencia al tratamiento nutricional
- Conocer la percepción de las personas que forman parte del club de diabéticos sobre la terapia nutricional
- Estudiar los factores relacionados con el equipo de salud que influyen en la adherencia al tratamiento nutricional

1.4. Metodología

Tipo de Estudio

Enfoque cuantitativo, observacional y analítico porque no se intervino, además se estudió la influencia de los factores socioeconómicos, conocimiento sobre la enfermedad, terapia nutricional y equipo de salud en el cumplimiento dietético de las personas diabéticas. De corte transversal y prospectivo, porque la medición se hizo una sola vez en el tiempo, con dirección hacia el futuro.

Universo y Muestra

La población de estudio para esta investigación, son 41 integrantes que forman parte del Club de Diabéticos del Cantón Rumiñahui, es decir se trabajará con el universo. Se tomaron en cuenta todos los hombres y mujeres que hayan sido diagnosticados con Diabetes mellitus tipo 2 y que hayan recibido consejería nutricional por al menos una vez en los últimos seis meses de tratamiento.

Criterios de Inclusión

Adultos de ambos sexos de 40 a 75 años, que pertenezcan al club de diabéticos de Rumiñahui.

Personas deseen participar en el estudio.

Criterios de Exclusión

Personas que no firmen el consentimiento informado

Personas con discapacidad auditiva, visual, física y mental

Personas analfabetas

Fuentes, Técnicas e Instrumentos

Las fuentes primarias fueron las personas diabéticas y las fuentes secundarias, la historia clínica. La técnica a utilizar fue la encuesta, la cual se puede visualizar en el anexo 2, del mismo modo el instrumento utilizado para la recolección de datos fue el cuestionario, el cual se usó para determinar el nivel de adherencia al tratamiento nutricional y los factores que intervienen en el mismo. Se utilizaron 2 diferentes encuestas, las cuales fueron modificadas a conveniencia del autor. Estas fueron: Escala de Adherencia Terapéutica (Soria, Vega, & Nava, 2009), y el cuestionario de calidad de vida específico para la Diabetes Mellitus (EsDQOL)(Millan, 2002).

La encuesta implementada en el estudio consta de 41 preguntas cerradas, las cuales se dividen en cuatro factores que se desean analizar: factor de conocimiento, factor socioeconómico, factor relacionado con el sistema y equipo de salud, y factor de terapia nutricional.

Análisis de la Información

Para procesar los datos se utilizó el programa Excel versión 15.0.4420.1017(Microsoft ©, 2013), el análisis estadístico se realizó mediante el software IBM SPSS® Statistics 22.0; la prueba estadística utilizada fue regresión lineal y estadística descriptiva para evaluar la asociación entre variables, además se aceptó un nivel de significancia <0.05 .

Hipótesis

El cumplimiento del tratamiento dietético en las personas diabéticas está influenciado por factores socioeconómicos, conocimiento, terapia nutricional y equipo de salud.

Matriz de Operacionalización de Variables

Tabla 1

Matriz de operacionalización de variables

Variables	Concepto	Dimensión	Definición	Indicador	Escala
Hemoglobina glicosilada	Es una prueba de laboratorio utilizada en la diabetes para saber si el paciente tiene un buen control de su enfermedad durante los últimos tres o cuatro meses (ADA, 2017).			Diabetes ($\geq 6.5\%$) Prediabetes (5,7 a 6,4 %) Normal ($< 5,7\%$)	Cuantitativa ordinal
Adherencia al tratamiento	Acción de involucrarse activa y voluntariamente en el manejo de la enfermedad, a través de un proceso de responsabilidad entre el paciente y los profesionales de salud, en cuanto a la toma de medicamentos, el tratamiento dietético y los cambios en el estilo de vida (Ezkurra, 2016).			Adherido ($< 6.5\%$) No adherido ($\geq 6.5\%$)	Cualitativa nominal
Factor Conocimiento	Se refiere al grado de educación e información que una persona tiene sobre un tema (Ezkurra, 2016).			Alto Medio Bajo	Cualitativa ordinal

Variables	Concepto	Dimensión	Definición	Indicador	Escala
Factor socioeconómico	Se refiere al apoyo familiar que una persona tiene, y de la disponibilidad económica (Ezkurra, 2016).	Grado de instrucción		Primaria Secundaria Superior	Cualitativa ordinal
		Ingresos		< sueldo básico Sueldo básico >sueldo básico	Cuantitativa ordinal
Terapia nutricional	Es la percepción que tiene el paciente sobre los beneficios del tratamiento (Mahan & Raymond, 2017).			Positivo Negativo	Cualitativa nominal
Factor Equipo de salud.	Es un factor relacionado con el profesional de salud que lo atiende, el sistema y equipo de salud. El nivel de confianza que existe entre estos dos es esencial para una buena adherencia a un tratamiento (Mahan & Raymond, 2017).			Bueno Regular Malo	Cualitativa ordinal

Fuente: American Diabetes Association. (2017). Standards of Medical Care in Diabetes. The journal of clinical and applied research and education, 40(1), 142; Mahan, L. K., & Raymond, J. (2017). Dietoterapia. Krause (14th ed.). Elsevier; Ezkurra Loiola, P. (2016). Guía de actualización en diabetes mellitus tipo 2. Fundación redGDPS. Retrieved from

Elaborado por: Gabriela Sosa

Capítulo II – MARCO TEÓRICO

1.1. Generalidades de la diabetes

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica que se caracteriza por un defecto en la regulación de la glucemia por la insulina, es causada por una alteración en la función endocrina

del páncreas o por la alteración en los tejidos, los cuales pierden su sensibilidad a la insulina (Cervantes & Presno, 2013).

La fisiopatología de la enfermedad involucra un deterioro progresivo de las células β pancreáticas encargadas de la secreción de insulina en respuesta al incremento de la glucemia (Cervantes & Presno, 2013). Durante la diabetes mellitus, la glucemia se eleva a valores anormales hasta alcanzar concentraciones nocivas para los sistemas fisiológicos, provocando daño en el tejido nervioso, alteraciones en la retina, el riñón y en el organismo completo, con un pronóstico letal si no se controla (Cervantes & Presno, 2013).

La liberación de insulina es un proceso indispensable en la homeostasis del cuerpo como respuesta al aporte energético del consumo de alimentos. Su liberación es inducida en respuesta al incremento de glucemia, y regulada por diversas sustancias (nutrimentos, hormonas gastrointestinales, hormonas pancreáticas, neurotransmisores del sistema nervioso autónomo, entre otras) (Cervantes & Presno, 2013). La glucosa, los aminoácidos, los ácidos grasos y los cuerpos cetónicos favorecen la secreción de insulina. La despolarización de la célula β provoca la liberación de insulina; el proceso inicia con el aumento de la concentración plasmática de carbohidratos: la fructosa y la glucosa ingresan en la célula β a través del transporte facilitado mediado por el transportador de glucosa (GLUT2). El GLUT2 es un transportador de glucosa, participa en la regulación de la secreción de insulina: sólo permite el transporte de glucosa cuando la concentración plasmática alcanza el umbral de afinidad como sustrato de GLUT2 ($>70\text{mg/dL}$), y en respuesta conduce a la liberación de la cantidad requerida de insulina para mantener la concentración de glucosa. Después de la ingesta de alimento, el hígado, por su parte, es capaz de incorporar la glucosa a través del GLUT2 para convertirla rápidamente en glucógeno (Cervantes & Presno, 2013).

Las hiperglucemias se clasifican principalmente en diabetes tipo 1, tipo 2, hiperglucemias asociadas a mutaciones y algunas hiperglucemias producto de circunstancias traumáticas o secundarias a otras enfermedades (Cervantes & Presno, 2013). La diabetes tipo 1, también conocida como diabetes insulino dependiente, inicia comúnmente desde la infancia y se considera una enfermedad inflamatoria crónica causada por la destrucción específica de las células β en los islotes de Langerhans del páncreas. Existen distintas causas por las cuales puede ocurrir la destrucción de los islotes: virus, agentes químicos, autoinmunidad cruzada o, incluso, una predisposición genética (Cervantes & Presno, 2013).

La obesidad mórbida se asocia con el desarrollo de diferentes enfermedades, como la diabetes y la hipertensión. Durante esta situación, el páncreas tiene una hiperactividad por la concentración alta y constante de glucosa en sangre, con una secreción de insulina elevada para conservar la glucemia en niveles normales (Cervantes & Presno, 2013). Las causas que desencadenan la diabetes tipo 2 se desconocen en el 70-85% de los pacientes; al parecer, influyen diversos factores como la herencia poligénica, junto con factores de riesgo que incluyen la obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, historia familiar de diabetes, dieta rica en carbohidratos, factores hormonales y una vida sedentaria (Cervantes & Presno, 2013). Los pacientes presentan niveles elevados de glucosa y resistencia a la acción de la insulina en los tejidos periféricos. La diabetes tipo 2 se asocia con una falta de adaptación al incremento en la demanda de insulina, además de pérdida de la masa celular por la glucotoxicidad (Cervantes & Presno, 2013).

Pruebas diagnósticas de diabetes:

La diabetes se puede diagnosticar mediante los niveles de glucosa en plasma (rápida o 2 horas después de una sobrecarga de 75 gramos de glucosa), o con una prueba de hemoglobina

glicosilada(American Diabetes Association, 2017). En la tabla 2 se puede apreciar todos los criterios diagnósticos para la diabetes.

Tabla 2

Criterios diagnósticos de diabetes

Criterios diagnósticos para diabetes ADA
Glucosa en ayuno ≥ 126 mg/Dl
Glucosa plasmática a las 2 horas ≥ 200 mg/dL durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa con una carga de 75 gramos de glucosa
Hemoglobina glicosilada $\geq 6.5\%$
Paciente con síntomas clásicos de hiperglicemia con una glucosa al azar ≥ 200 mg/Dl

Fuente: American Diabetes Association. (2017). Standards of Medical Care in Diabetes. The journal of clinical and applied research and education, 40(1), 142

1.2. Manejo y tratamiento de la diabetes

Las personas con diabetes deben recibir atención médica de un equipo que puede incluir médicos, enfermeras, dietistas, especialistas en prescripción del ejercicio físico, farmacéuticos, dentistas, podiatras y profesionales de la salud (American Diabetes Association, 2017).

Los objetivos y planes de tratamiento deben crearse con los pacientes en función de sus preferencias individuales, valores y objetivos (American Diabetes Association, 2017). El plan de manejo debe tener en cuenta la edad del paciente, las habilidades cognitivas, el horario y las condiciones de la escuela / trabajo, creencias de salud, sistemas de apoyo, patrones de alimentación, actividad física, situaciones sociales, preocupaciones financieras, factores culturales, habilidades de lectoescritura y aritmética (alfabetización), complicaciones de la diabetes, comorbilidades, prioridades de salud, otras condiciones médicas, preferencias de cuidado y expectativa de vida (American Diabetes Association, 2017).

La comprensión de que la DMT2 es una enfermedad progresiva es importante para entender las opciones de tratamiento. La ayuda a los individuos con diabetes a que entiendan el proceso patológico también les permite comprender y aceptar los cambios en la medicación. La diabetes se diagnostica por primera vez cuando la insulina es insuficiente para mantener la glucemia y a medida que progresa esta deficiencia, se requerirán medicamento y finalmente insulina para conseguir las metas glucémicas. Esto no significa un fracaso de la dieta, ni un fracaso de la medicación, sino una insuficiencia en la capacidad de la secreción de insulina por las células β (American Diabetes Association, 2019).

El fármaco inicial preferible para la diabetes tipo 2 es la metformina, tanto con orientación sobre el estilo de vida y apoyo para la pérdida de peso y la actividad física, o cuando los esfuerzos en el estilo de vida solos no han conseguido lograr o mantener objetivos glucémicos, (American Diabetes Association, 2019). En la tabla 3 se pueden observar los medicamentos usados para la diabetes.

Tabla 3

Medicamentos utilizados para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2

Medicamentos	
Clase	Mecanismo de acción/efectividad
Metformina	Mayor efecto a nivel hepático, inhibe la gluconeogénesis y por tanto la producción hepática de glucosa durante el ayuno
Sulfonilureas	Tiene su principal efecto como secretagogos de insulina
Meglitinidas	Tiene su principal efecto como secretagogos de insulina
Tiazolidinedionas	Tienen su principal efecto como sensibilizadoras de la insulina
Inhibidores de alfa-glucosidasa	Su principal efecto es la inhibición parcial de la absorción de disacáridos, retardan la absorción post prandial de carbohidratos

Fuente: Reyes, F. A., Pérez, M. L., Alfonso, E., Ramírez, M., & Jiménez, Y. (2016). Type 2 Diabetes Mellitus

Current Treatment.

El objetivo global es conseguir y mantener un control glucémico y cambiar las intervenciones, como el uso de insulina, cuando no se estén cumpliendo las metas terapéuticas. Muchos de los pacientes con DMT2 que ya no producen insulina endógena suficiente necesitan sustitución con insulina. Las circunstancias que requieren su uso en la DMT2 son la incapacidad para conseguir un control adecuado con la administración de medicamentos hipoglucemiantes, y los periodos de lesión e infección aguda, exposición al calor extremo, cirugía o embarazo (American Diabetes Association, 2019).

1.2.1. Tratamiento dieto terapéutico

Para muchas personas con diabetes, la parte más desafiante del tratamiento es determinar qué es lo que deben comer y seguir un plan de alimentación. No hay un patrón alimentario único para todos los individuos con diabetes (American Diabetes Association, 2017). La terapia nutricional tiene un papel integral en la diabetes en general y cada persona debe participar activamente en la educación, autogestión y tratamiento, junto al equipo de atención y colaborar en el desarrollo de un plan de alimentación individualizado (American Diabetes Association, 2017). Es el único tratamiento integral capaz de controlar simultáneamente la mayoría de los problemas metabólicos de las personas con diabetes, incluyendo la hiperglicemia, la resistencia a la insulina, la dislipoproteinemia y la hipertensión arterial. Además, comprende el plan de educación terapéutica, adecuada alimentación, ejercicio físico y hábitos saludables (Reyes, Pérez, Alfonso, Ramírez, & Jiménez, 2016).

El tratamiento nutricional requiere un método individualizado y una educación eficaz para el auto monitoreo nutricional la orientación y el apoyo (Mahan & Raymond, 2017). La nutrición adecuada está dirigida a contribuir a la normalización de los valores de la glicemia durante las 24 horas, y a favorecer la normalización de los valores lipídicos. La terapia nutricional llevada a

cabo reduce los valores de HbA1C en una media de un 1-2% dependiendo del tipo y la evolución de la diabetes (Mahan & Raymond, 2017). Las modificaciones en la alimentación, el ejercicio y las terapias conductuales favorecen la disminución del peso y el control glucémico; su combinación aumenta la eficacia (Reyes et al., 2016). Las dietas con alto contenido en fibra y una proporción adecuada de hidratos de carbono, con alimentos de bajo índice glucémico, son eficaces en el control de la glucemia (Reyes et al., 2016).

A pesar de que varios estudios han intentado identificar los porcentajes óptimos de macronutrientes para el plan de alimentación de las personas con diabetes, la evidencia muestra que no existe una proporción ideal de calorías a partir de los carbohidratos, proteínas y grasas para todos los pacientes con diabetes. El nutricionista debe tener en consideración las preferencias personales y los objetivos metabólicos cuando recomienda un modelo de alimentación sobre otro, como por ejemplo dieta mediterránea, baja en grasa, etc (Mahan & Raymond, 2017).

Existen pruebas de que la cantidad y el tipo de carbohidratos que se ingieren influyen en los valores de glucemia, sin embargo, la cantidad total que se consume es el principal factor de predicción de la respuesta glucémica, además la regularidad en las cantidades diarias de carbohidratos que se ingieren en comidas y refrigerios mejora el control de la glucemia.

La cantidad de hidratos de carbono recomendada por la ADA es de 50 al 60%, en cuanto a la fibra se recomienda 25g de fibra al día en mujeres y 38g de fibra al día en hombres, la cantidad de proteínas va del 15 al 20% de la ingesta energética, de grasas del 20-30%, finalmente la ingesta de alcohol debe limitarse a una bebida en mujeres adultas y dos en hombres adultos como

máximo (una bebida = 350 ml de cerveza, 150 ml de vino o 45 ml de licores) (Mahan & Raymond, 2017).

La actividad física también debe ser una parte integral del plan de tratamiento para personas con diabetes, ya que este ayuda a mejorar la sensibilidad a la insulina, lo que da lugar a un mayor uso periférico de la glucosa no solo durante el ejercicio sino también después. El plan de actividad variará dependiendo del interés, edad, salud general y el grado de bienestar físico. Debe aconsejarse a los adultos con diabetes que realicen al menos 150 minutos a la semana de actividad física aeróbica de intensidad moderada (del 50 al 70% de la frecuencia cardiaca máxima), repartidos al menos en 3 días a la semana, sin más de 2 días consecutivos sin actividad física (Mahan & Raymond, 2017).

En cuanto a la aplicación del proceso de asistencia nutricional, se describe los pasos específicos para el tratamiento; la valoración nutricional implica la obtención de información antes y durante la cita, necesaria para identificar los problemas relacionados con la nutrición, los mismos que pueden obtenerse del paciente, o de la historia clínica. Se recomiendan tres directrices específicas para la valoración; en primer lugar el nutricionista debe valorar la ingesta alimentaria (centrándose en los carbohidratos), medicamentos, control metabólico (glucemia, lípidos, presión arterial), las determinaciones antropométricas y la actividad física como base para la aplicación de la prescripción, las metas y las intervenciones nutricionales, segundo, el nutricionista debe evaluar el control glucémico y enfocarse en el tratamiento nutricional para conseguir y mantener la glucemia dentro de los límites deseados, por último, el nutricionista debe valorar la importancia relativa del tratamiento del peso en personas con diabetes que tienen sobrepeso u obesidad (Mahan & Raymond, 2017).

Las intervenciones nutricionales conllevan dos pasos diferentes: planificar las metas nutricionales y poner en marcha las intervenciones. Se prioriza los diagnósticos nutricionales. La fase de acción es la aplicación, en la fase de aportación de alimentos y nutrientes se desarrolla un plan de alimentación individualizada y se incluyen recomendaciones de nutrientes específicos. La educación nutricional implica la transferencia de conocimientos sobre los déficits específicos identificados en los datos del diagnóstico nutricional. La orientación nutricional implica un cambio de conducta y actitud a través del uso de estrategias que fomenten cambios de conducta y/o motivación y la intención de cambiar (Mahan & Raymond, 2017).

Dentro de la intervención la principal prioridad es fomentar y mantener un modelo de alimentación saludable, haciendo énfasis en algunos alimentos densos en nutrientes con un tamaño adecuado de las porciones. Es fundamental que las personas con diabetes conozcan que alimentos contienen carbohidratos (vegetales con fécula, semillas, frutas, leche y productos lácteos, verduras y dulces) los tamaños de las porciones, y cómo deben seleccionar las raciones para las comidas. Cuando se eligen alimentos con carbohidratos, se recomiendan alimentos ricos en fibra y densos en nutrientes siempre que sean posible en lugar a los procesados, que llevan sodio, grasa y azúcares añadidos, las bebidas azucaradas también deben evitarse (Mahan & Raymond, 2017). Por ello, es importante que los sujetos aprendan a contar los carbohidratos o bien que usen otro método de planificación de las comidas para cuantificar la ingesta de este macro nutriente, ya que la cantidad de la misma debe ser individualizada para las necesidades nutricionales de cada paciente (Mahan & Raymond, 2017).

Es importante también concentrarse en la ingesta total de energía, ya que el aumento de peso puede afectar adversamente a la glucemia, los lípidos, presión arterial y la salud en general; por ello se debe prevenir el aumento de peso.

Las recomendaciones nutricionales para adultos mayores con diabetes deben cumplir la IDR de los nutrientes para la edad. Evaluando la ingesta de líquidos, evitando el aumento de peso significativo, y siendo sensibles a las preferencias individuales y los hábitos alimentarios de toda su vida, al tiempo que defienden una buena nutrición.

Para desarrollar, educar y aconsejar a los individuos en relación con la prescripción nutricional es esencial conocer su estilo de vida y sus hábitos alimentarios. Los antecedentes alimentarios pueden obtenerse de varias formas, y el objetivo es determinar el horario y los modelos de alimentación que sea menor perturbador para el estilo de vida del paciente con diabetes ya que al mismo tiempo facilitará un mejor control metabólico, también es importante conocer las rutinas diarias y su horario (Mahan & Raymond, 2017).

Con los datos de valoración y antecedentes alimentarios y nutricionales puede diseñarse un plan de alimentación preliminar y si el paciente lo desea proporcionarle un menú ejemplo. El desarrollo del plan de alimentación no comienza estableciendo una prescripción de calorías o macronutrientes, se determina modificando la ingesta alimentaria habitual del individuo según sea lo necesario. Para determinar si el plan de alimentación es apropiado para el tratamiento de la diabetes debe valorarse la distribución de las comidas y refrigerios junto con los tipos de medicamentos prescritos y metas del tratamiento (Mahan & Raymond, 2017).

La aplicación del tratamiento nutricional comienza con la selección por parte del nutricionista de diversas intervenciones (reducción de la ingesta de energía, grasa, recuento de carbohidratos, planes simplificados de comidas, elección de alimentos sanos, estrategias individualizadas del plan de comidas, actividad física). Todas las intervenciones han demostrado conducir a una mejoría de los resultados metabólicos. Además, la educación y orientación nutricional debe ser sensible a las necesidades personales, voluntad de cambiar y la capacidad del individuo con diabetes para hacer modificaciones. También puede ser beneficiosa la valoración de los conocimientos del individuo en salud. Ningún método aislado para el plan de alimentación ha demostrado ser más eficaz que otro, y el abordaje seleccionado debe permitir que lo individuo con diabetes selecciones los alimentos adecuados para sus comidas y refrigerios (Mahan & Raymond, 2017).

1.3.Adherencia al tratamiento nutricional

La guía del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sobre adherencia a los tratamientos y una reciente revisión de la Cochrane concluyen que los métodos actuales para mejorar la adherencia en patologías crónicas son complejos a pesar de esto existen algunas intervenciones son que efectivas para facilitar la adherencia en pacientes diabéticos (Ezkurra, 2016).

La educación y orientación nutricional debe ser sensible a las necesidades personales, la voluntad de cambiar y la capacidad del individuo con diabetes para hacer modificaciones. Ningún método aislado para el plan de alimentación ha demostrado ser más eficaz que otro, y el abordaje seleccionado debe permitir que los individuos con diabetes seleccionen los alimentos adecuados para sus comidas y refrigerios (Mahan & Raymond, 2017).

La reducción en la frecuencia de dosis diaria de los fármacos administrados, respecto a más de una dosis/día, presentan tasas de adherencia superiores, a medida que los pacientes realizan una mayor aportación económica para conseguir los fármacos disminuye la adherencia (Ezkurra Loiola, 2016).

En la actualidad, internet y el teléfono móvil a menudo se utilizan en las intervenciones para aumentar la adherencia, llamadas telefónicas mensuales durante un año promueven conductas de autocuidado mejorando la adherencia a la alimentación y al tratamiento farmacológico (Ezkurra, 2016). Las llamadas telefónicas con la entrega de información impresa en adultos de bajos ingresos, mejora de igual manera la adherencia y la HbA1c en los pacientes (Ezkurra, 2016).

1.3.1. Factor socioeconómico

El factor socioeconómico juega un papel importante ya que los pacientes insulino dependientes o que toman ciertos fármacos para el control de su enfermedad a menudo no pueden adherirse 100% al tratamiento ya que esto requiere una mayor aportación económica y no toda las personas están en la capacidad de adquirirlos todo el tiempo y se ven obligados a suspender el tratamiento farmacológico prescrito (Ezkurra, 2016).

El apoyo social se lo ha definido como la disponibilidad de relaciones cercanas, la percepción de la propia persona de ser apreciada por los demás, este se ha considerado como uno de los factores más relevantes para las conductas de adherencia, debido a que se trata de un tratamiento complejo, requiere de la colaboración familiar, de pareja, compañeros de trabajo y personal de salud. Cuando existe apoyo social aumenta el autoestima del paciente y hace más fácil el cumplimiento del tratamiento (Rodríguez & Rentería, 2016).

1.3.2. Factor conocimiento

La educación terapéutica es uno de los elementos imprescindibles en el cuidado de la persona con diabetes, es una herramienta fundamental para conseguir motivar y capacitar al paciente y su familia en la gestión de la enfermedad (Ezkurra, 2016). Las características, contenidos y metodología de la educación terapéutica han variado considerablemente en los últimos años, ahora se trata de un enfoque centrado en el paciente, dirigiendo los objetivos a las necesidades individuales de la persona diabética (Ezkurra, 2016). La falta de tiempo, la escasa sistematización de la atención, la ausencia de guías específicas, la formación de los profesionales, la motivación, etc., son los aspectos que más contribuyen a incrementar el déficit en el conocimiento del paciente en cuanto a su alimentación y manejo de su enfermedad (Ezkurra, 2016).

1.3.3. Factor terapia nutricional

El tratamiento nutricional requiere un método individualizado y una educación eficaz para el auto tratamiento nutricional, la orientación y el apoyo. Para desarrollar educar y aconsejar a los individuos en relación con la prescripción nutricional, es esencial conocer su estilo de vida y sus hábitos alimentarios (Mahan & Raymond, 2017).

Varias estrategias y técnicas deben ser utilizadas para apoyar los esfuerzos de autogestión de los pacientes, incluyendo proporcionar educación sobre habilidades de resolución de problemas para todos los aspectos de la diabetes (American Diabetes Association, 2017).

1.3.4. Factor equipo de salud

Una evaluación médica exitosa depende de las interacciones beneficiosas entre paciente y el equipo de atención. El modelo de cuidado crónico es un enfoque centrado en el paciente para el

cuidado que este requiere, se necesita de una estrecha relación de trabajo entre el paciente y los médicos involucrados en la planificación del tratamiento (American Diabetes Association, 2017).

En la relación que existe entre el médico y el paciente es vital que exista una comunicación eficaz, es decir que la información proporcionada por el médico sea clara, ya que en muchos de los casos los médicos y personal de salud no explican al paciente de una manera clara en que consiste la enfermedad y la adopción de una nutrición saludable, lo que hace que el paciente no muestre comportamientos de adherencia a su tratamiento (Rodríguez & Rentería, 2016).

Para integrar el tratamiento nutricional de forma eficaz se requiere de un nutricionista que tenga conocimientos y experiencia en la aplicación de las recomendaciones terapéuticas nutricionales actuales para el tratamiento de la diabetes (Mahan & Raymond, 2017).

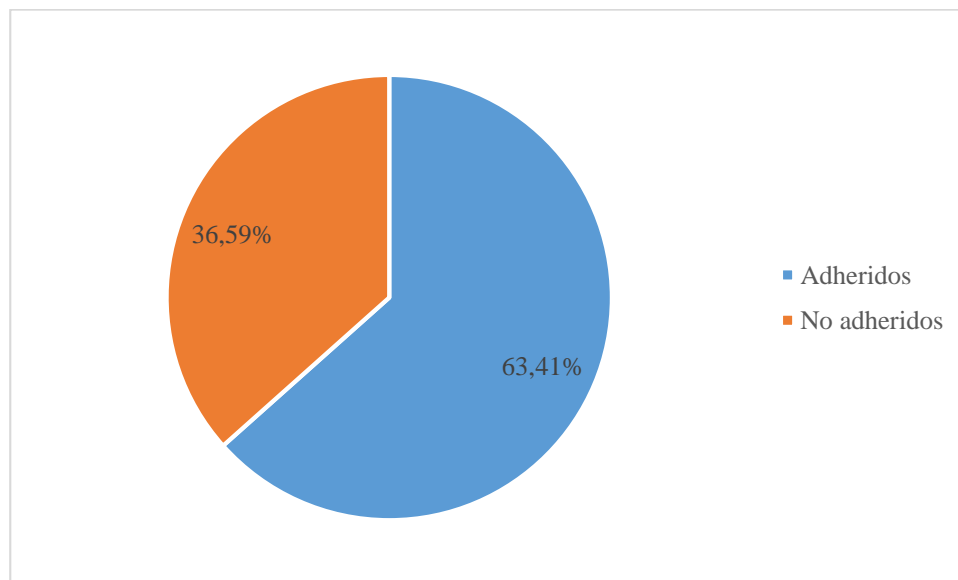
Las comunicaciones del proveedor con pacientes / familias son uno de los factores que afectan el manejo de la glucemia, pero también se enfatiza que el desarrollo colaborativo de los planes de tratamiento y un estilo de vida saludable pueden mejorar significativamente los resultados de la enfermedad y bienestar. Por lo tanto, el objetivo de la comunicación proveedor-paciente es establecer una relación de colaboración y evaluar y abordar la autogestión y las barreras sin culpar a los pacientes por "incumplimiento" o "falta de adherencia" cuando los resultados de la autogestión no son óptimos (American Diabetes Association, 2017). Utilizando un enfoque sin prejuicios que normaliza los lapsos periódicos en la autogestión puede ayudar a minimizar la resistencia de los pacientes a informar problemas con la autogestión. Enfatizar y usar técnicas de escucha activa, como preguntas abiertas, declaraciones reflexivas, y resumir lo que dijo el paciente puede ayudar a facilitar la comunicación (American Diabetes Association, 2017).

Capítulo III – RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Análisis de resultados

En la figura 1 se observa la adherencia a la terapia nutricional donde se encontró que las 63.41%, es decir 26 de las personas del Club de Diabéticos están adheridos, mientras que las 15 personas restantes, las cuales representan el 36.59% no lo están.

Figura 1 Adherencia a la terapia nutricional

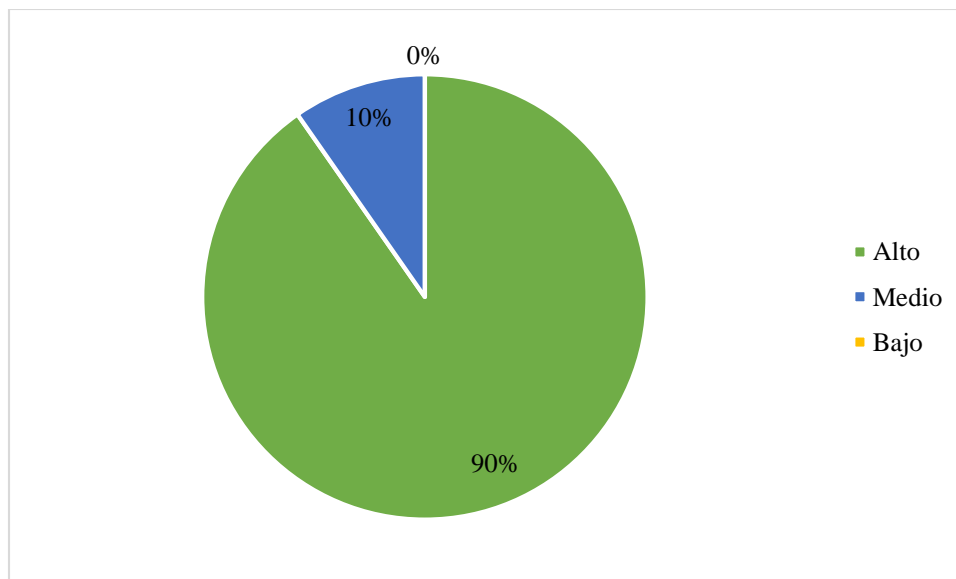


*Fuente: Datos recolectados de la investigación
Elaborado por: Gabriela Sosa*

En cuanto al factor conocimiento, en la figura 2 se puede observar que 37 personas, correspondientes al 90% tienen un conocimiento alto en cuanto a su enfermedad, por otro lado el 10%, es decir 4 personas poseen un conocimiento medio en cuanto a la diabetes, esto puede deberse a que el grupo de diabéticos está constantemente activo, hay personas nuevas que se integran al grupo, así como también hay otras que ya no asisten, los temas a tratar varían mucho, y cada integrante está en la libre decisión de asistir o no a este foro dependiendo de su interés por el mismo. Por último, se observa que no hubo personas que tengan un conocimiento bajo, lo que quiere decir que, el pertenecer a un grupo de diabéticos mantiene al paciente informado y por

ende con un mejor control de su enfermedad. Dentro de la encuesta se trataron aspectos como: alimentación, cuidados, y conocimientos generales sobre la diabetes que una persona al padecer de la misma y al pertenecer a un grupo de apoyo debe conocer.

Figura 2 Factor conocimiento

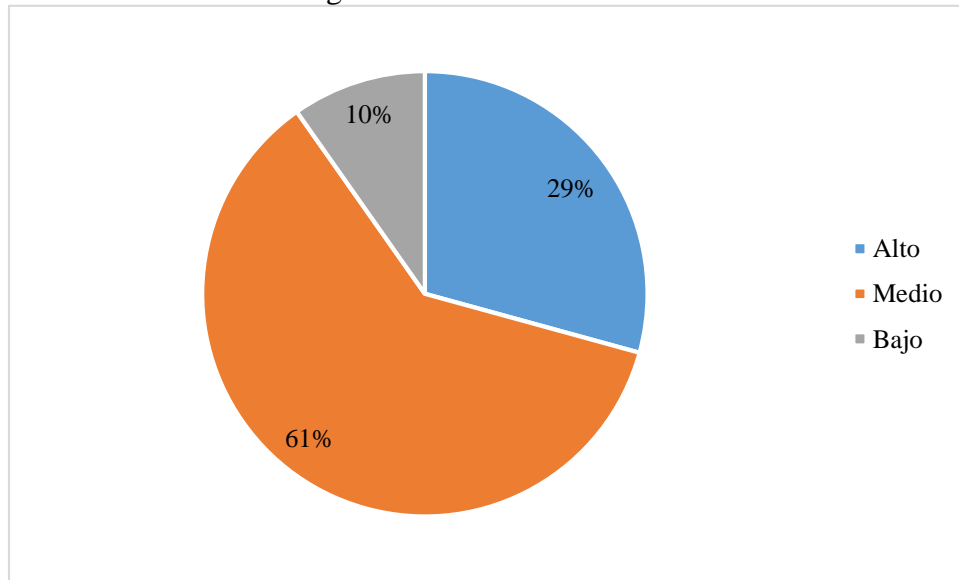


*Fuente: Datos recolectados de la investigación
Elaborado por: Gabriela Sosa*

En la figura 3 se puede apreciar el factor socioeconómico donde el mayor porcentaje, es decir el 61% representa un nivel socioeconómico medio, 25 personas están dentro de este grupo; le sigue el nivel alto con el 29% que abarca 12 personas; y, por último, con el porcentaje más bajo 10% se encuentra el nivel bajo, donde se encuentran 4 de las 41 personas encuestadas.

Dentro de este factor las preguntas realizadas en la encuesta trataron temas relacionados al aspecto económico, acceso a necesidades básicas, alimentación, cambios en la diete que requiera un aumento en su economía; del mismo modo se inmescuyó el factor social, familiar, en el sentido de apoyo en el cumplimiento o no de la dieta.

Figura 3 *Factor socioeconómico*

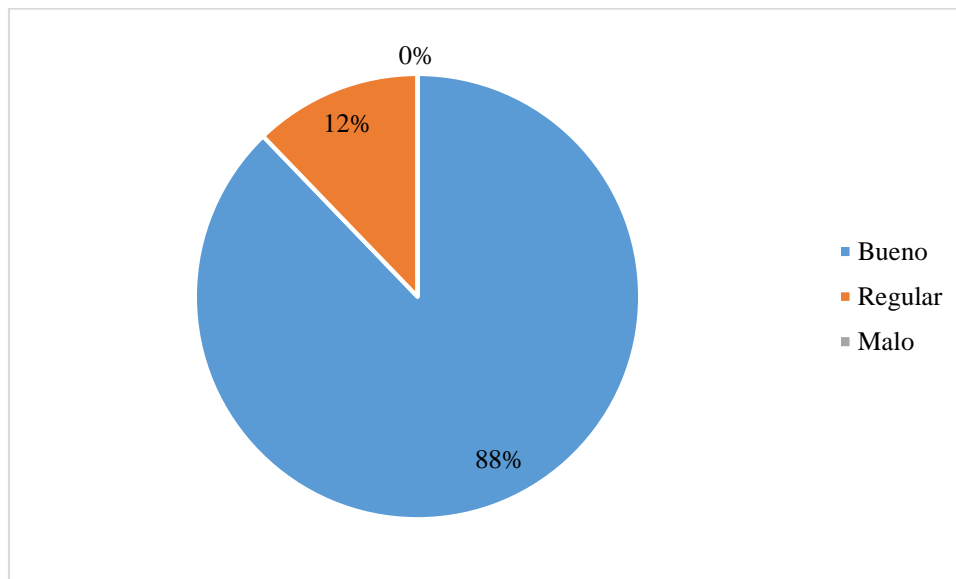


*Fuente: Datos recolectados de la investigación
Elaborado por: Gabriela Sosa*

En el factor sistema y equipo de salud, se obtuvieron los siguientes datos: como se puede apreciar en la figura 4, el 88% correspondientes a 36 personas lo consideran bueno; 5 personas que representan el 12% lo consideran regular; finalmente ninguna persona consideró malo este factor.

En este factor se trataron temas como: la relación que tiene el paciente con el personal, médico, nutricionista, etc., la manera en que este le explica al paciente de manera que pueda entender con facilidad, resolución de inquietudes, aporta con información nueva y si existe un seguimiento del tratamiento.

Figura 4 *Factor sistema y equipo de salud*

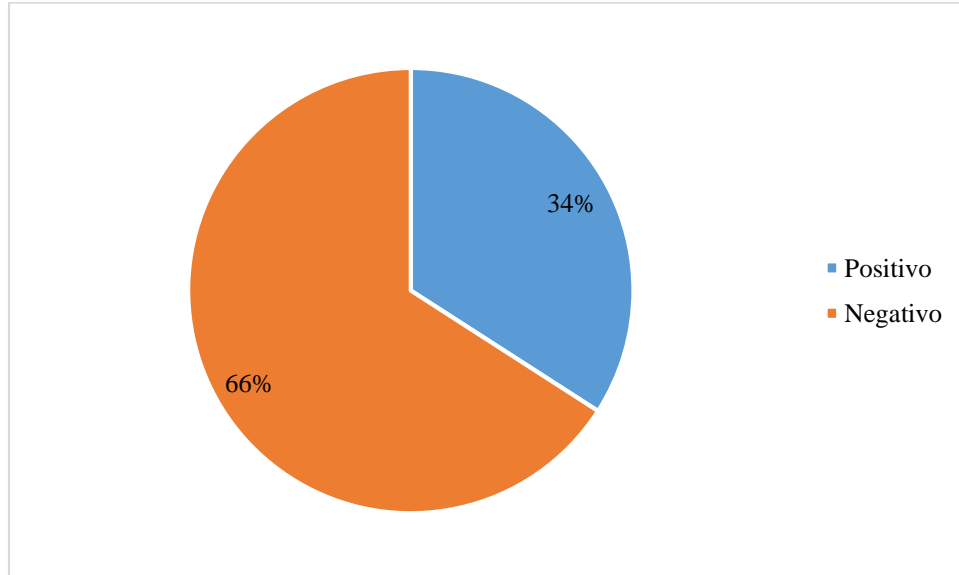


*Fuente: Datos recolectados de la investigación
Elaborado por: Gabriela Sosa*

En la figura 5 se observa el factor terapia nutricional donde los resultados de las encuestas realizadas arrojaron los siguientes datos: 27 personas que representan el 66% encontró negativo a este factor, mientras que el 34% es decir las 14 personas restantes, positivo.

Dentro de las preguntas de este factor se encuentran temas relacionados a la satisfacción, aceptabilidad, del tratamiento nutricional; cumplimiento de indicaciones, cambios o modificaciones en su dieta.

Figura 5 Factor terapia nutricional



*Fuente: Datos recolectados de la investigación
Elaborado por: Gabriela Sosa*

En la tabla 4 se detalla la influencia de los factores en estudio sobre la adherencia al tratamiento nutricional; el factor conocimiento explica el 31 % de adheridos a la terapia nutricional, el factor socioeconómico explica el 45 % de adheridos a la terapia nutricional, el factor sistema y equipo de salud explica el 51 % de adheridos a la terapia nutricional y finalmente el factor terapia nutricional explica el 67 % de adheridos a la terapia nutricional; sin embargo, el valor de estas variables es >0.05 ; es decir, no hay significancia y por ende una relación de estos factores con la adherencia a la terapia nutricional; esto puede deberse al tamaño de la muestra, que en este caso fue reducido, a la magnitud de la relación, es decir si existió o no una relación fuerte entre las variables, y a la influencia de otros factores no estudiados. Por esta razón se rechaza la hipótesis planteada.

Existen varios factores que pudieron intervenir para que

Tabla 4

Relación entre factores asociados con la adherencia al tratamiento nutricional

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	F	Sig
1	,562	,316	,023	1,11088	1,077	,414
2	,674	,454	,126	1,05056	1,384	,229
3	,715	,512	,024	1,11032	1,048	,459
4	,821	,674	-,305	1,28372	,688	,794

*Fuente: Datos recolectados de la investigación
Elaborado por: Gabriela Sosa*

3.2.Discusión

Una investigación realizada por Rodríguez et al. (2015), en pacientes adultos y adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 muestra que solamente el 9.4% de los participantes se encuentran adheridos al tratamiento, del mismo modo en un estudio similar realizado por Albuquerque, Correia, & Ferreira (2015), indica que el 42.2% de los participantes tienen un control glucémico adecuado. En contraste, la presente investigación concluyó que, el 63.41% de las personas que forman parte del Club de Diabéticos de Rumiñahui se adhiere al tratamiento nutricional, es decir, el pertenecer a un club con personas que presentan las mismas características, las cuales también buscan los mismos objetivos, resulta beneficioso no solo para la persona con diabetes, sino que podría ser una estrategia para el control de la misma.

En los estudios citados anteriormente se evidenció la falta de adherencia en el paciente diabético, en este trabajo se encontró lo contrario, es decir, que más de la mitad de los diabéticos se encontraron adheridos al tratamiento nutricional. Estos resultados podrían deberse a las estrategias empleadas por el equipo de salud a cargo del grupo, ya que estas se basan en actividades participativas, activas y muy dinámicas, las cuales hacen que los pacientes sientan

por sí mismo que pueden manejar su enfermedad y tomar decisiones acertadas una vez que ya pasaron por esa experiencia (por ejemplo, la preparación de refrigerios saludables).

En cuanto a los factores influyentes en la adherencia al tratamiento nutricional analizados en este trabajo, está el conocimiento, el cual explica el 31% de adheridos, sin embargo, no se determinó una relación con la adherencia nutricional. No así, Castillo, Alonso, & Almenares (2017), en una investigación similar refiere que, la probabilidad de que la persona no se adhiera al tratamiento disminuye 14.1 veces a medida que aumentan los conocimientos, se obtuvo mayores porcentajes de mala información en cuanto a los conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento nutricional, en las personas cuya adherencia fue nula o deficiente.

De igual manera, Ramos, Morejón, Cabrera, Herranz, & Rodriguez (2018) realizaron una investigación a 30 pacientes diabéticos concluyendo que, los que se encontraron más adheridos al tratamiento tuvieron un nivel de conocimiento más alto que los no adheridos, los pacientes que no se adherían mostraron menos dominio del tema y parecían más inseguros que los que si se encontraban adheridos. En el presente estudio se encontraron resultados similares ya que el 90% de los encuestados tuvieron un conocimiento alto, por ende, se encontraron más adheridos al tratamiento nutricional.

Asimismo, Albuquerque, Correia, & Ferreira (2015), al analizar la relación entre la adherencia al tratamiento y el conocimiento de la enfermedad, demuestra que existe una asociación negativa ligeramente significativa ($r = -0.204$, $p = 0.040$), lo que indica que cuanto mayor es el conocimiento, más baja es la HbA1c, es decir los resultados de adherencia más altos. El conocimiento que se adquiere acerca de la enfermedad, tratamiento, complicaciones, etc., permite al paciente actuar de manera consciente, ya que adquieren habilidades, comportamientos necesarios y adecuados para el manejo y control de la misma. Los pacientes toman decisiones en

cuanto a la alimentación basándose en su conocimiento de la enfermedad ya que en la mayoría de los casos desarrollan habilidades para controlar su enfermedad todos los días, sus síntomas, sus limitaciones, lo que aumenta la adherencia al plan de tratamiento para lograr un buen control metabólico.

En cuanto al factor socio económico se encontró que este explica un 45% de la adherencia al tratamiento, sin embargo, este factor tampoco tuvo una asociación significativa con la variable dependiente. Un estudio realizado por Dorado, Zegbe, & Castañeda (2016) evidencia que, el factor socioeconómico fue independiente a la adherencia al tratamiento nutricional ($p= 0.155$), es decir tampoco se encontró una relación, no obstante las personas con diabetes que pertenecen a una clase socioeconómica baja tienen a tener una menor adherencia (Dorado, Zegbe, & Castañeda, 2016).

En contraste Kidanu, Bayeray & Berhe (2018), refieren que, el factor socioeconómico y la adherencia nutricional se asociaron significativamente, esto quiere decir que el poder adquisitivo de los pacientes limita el acceso a alimentos que forman parte de su nueva alimentación y controles periódicos, por lo cual no llevan a cabo su plan de alimentación prescrito y por ende un automonitorero, del mismo modo afirma que el apoyo familiar y la adherencia, también se encontraron significativamente asociados ya que la falta de apoyo familiar fue un factor para que las personas con diabetes no sigan el tratamiento nutricional, o tiene más probabilidad de no seguir el tratamiento.

Al analizar el factor sistema y equipo de salud se encontró que este explica el 51% de la adherencia, sin embargo, es otro factor que no tuvo una relación con la variable estudiada. Por otro lado Dorado, Zegbe, & Castañeda (2016), muestran que, la relación sistema y equipo de salud con la adherencia nutricional fue significativa (Dorado et al., 2016) (Dorado et al.,

2016)(Dorado et al., 2016)(Dorado et al., 2016)(Dorado et al., 2016)(Dorado et al., 2016)(Dorado et al., 2016)(Dorado et al., 2016)(Dorado, Zegbe, & Castañeda, 2016)(Dorado, Zegbe, & Castañeda, 2016). Asimismo en un estudio similar Rangel, Morejón, & González (2018), evidencian que, los pacientes incumplidores percibieron estos factores: deficiencia en cuanto a la explicación y refuerzo en las indicaciones prescritas, los cuales predispusieron a la falta de adherencia (Rangel, Morejón, & González, 2018).

La calidad de la atención que recibe el paciente es indispensable para tener una buena relación médico-paciente y por ende una buena adherencia al tratamiento. Aspectos como trato agradable, adecuada explicación según la escolaridad del paciente y el refuerzo de las indicaciones prescritas, entre otros, son necesarios dentro de la educación al paciente, en el caso de la presente tesis, la percepción de los pacientes encuestados fue buena en su mayoría en cuanto al equipo de salud, lo cual explica el porcentaje de adheridos al tratamiento nutricional.

Finalmente, al hablar del último punto; factor terapia nutricional, este explicó el 67% de adherencia, pero no se observó una relación. Por el contrario, un estudio realizado por Halali, Mahdavi, Mobasseri, Asghari Jafarabadi, & Karimi Avval (2016), señalan que, alrededor del 62% de los participantes informaron que el número de comidas y/o bocadillos son una barrera para la adhesión a la dieta., las comidas irregulares causan una menor sensibilidad a la insulina. De igual manera se puede evidenciar que la percepción de los pacientes en cuanto a la terapia nutricional negativa fue del 66% de los encuestados.

La confusión ha sido reportada como una de las principales barreras para la adherencia a la dieta, en el mismo estudio los pacientes informaron que no sabían qué o cuánto comer, o qué alimentos pertenecían a cuál de los grupos de alimentos (Halali, Mahdavi, Mobasseri, Asghari Jafarabadi, & Karimi Avval, 2016). El hambre también fue percibida como una barrera ya que

algunos pacientes seguían dietas bajas en calorías; se mencionó que la cantidad de la comida recomendada no era suficiente para satisfacer su hambre (Halali et al., 2016).

Si bien los factores estudiados no se relacionaron con la adherencia a la terapia nutricional, quiere decir que otros factores son los que están actuando específicamente en este grupo, algunos de los cuales ya han sido analizados en otros trabajos de investigación. Dorado, Zegbe, & Castañeda (2016), muestra que, el estado emocional, tanto ansiedad como depresión juega un papel muy importante ya que produce efectos negativos en cuanto al descenso de actividad física, aumento en el consumo de alimentos restringidos e incorrecta aplicación del medicamento, es decir a mayor nivel de ansiedad, nivel más alto de HbA1c y menor adherencia al tratamiento. La población estudiada, en su mayor parte fueron adultos mayores, personas que ya tienen un estilo de vida y costumbres marcadas, que les resulta difícil cambiar hábitos que han llevado toda su vida, y aún más tratándose de su alimentación, esta población de igual manera suele tener depresión y ansiedad por varios motivos que no se ahondarán, estos problemas se han evidenciado a lo largo de las prácticas pre profesionales, donde se ha tenido la oportunidad de trabajar con esta población.

CONCLUSIONES

La adherencia al tratamiento nutricional de la diabetes es compleja ya que implica varias conductas de autocuidado. Para el estudio de la adherencia al tratamiento nutricional en diabetes, es necesario entender que existen varios puntos importantes para el autocuidado, como la dieta específica, la práctica del ejercicio físico, la administración de medicación y monitorización de la glucosa. El pertenecer a un club de diabéticos hace que exista una mejor adherencia al tratamiento nutricional ya que el paciente comparte experiencias con personas que tienen la

misma patología, y están dispuestas a llevar un mejor estilo de vida, sabiendo que su enfermedad no es un impedimento para ello. Es importante que el paciente con diabetes sea parte de estos grupos para estar más consciente de su enfermedad, sea más responsable en cuanto a sus decisiones alimentarias y tenga más conocimientos y alternativas sobre cómo alimentarse de manera saludable.

Es indispensable que el paciente diabético tenga conocimiento acerca de su enfermedad, esto no solo se refiere a qué es lo que el paciente sabe que puede o no comer, sino a tener la capacidad de tomar decisiones en función de lo que es saludable para él, y de esta manera le ayude a controlar su enfermedad. Factores como: porciones de alimentos, alimentos permitidos, prohibidos, o limitados, comorbilidades, etc., son temas que el paciente debe conocer, ya que mientras más informado esté más adherido estará.

En el aspecto socioeconómico, existen 2 puntos muy importantes a tratar, la economía es uno de ellos, ya que los estratos bajos son los que más dificultades tienen para adherirse a la terapia nutricional, pero esta no debe ser una barrera para su cumplimiento ya que el nutricionista es el que debe adaptar el nuevo régimen alimentario a la disponibilidad económica de cada paciente. Por otro lado, el apoyo de las personas con las cuales el paciente convive es necesario, en este caso la familia juega un rol importante ya que al cambiar o modificar la alimentación, toda la familia está involucrada, ya que se debe evitar el consumo de alimentos que el paciente por su patología no los puede consumir o consumirlos con moderación, en otras palabras, el patrón de alimentación de toda la familia debe cambiar.

Las personas que conforman el club de diabéticos perciben negativa a la terapia nutricional recibida, debido a sus varias ocupaciones, costumbres con las que han estado impregnados toda su vida, dudas sobre su alimentación, consumo de azúcar, etc. El nutricionista debe buscar

nuevas estrategias para que el paciente pueda cumplir con las indicaciones dadas por el mismo, las cuales deben ser claras y precisas, respetando la individualidad de cada persona.

Una comunicación adecuada y acertada entre médico, personal de salud-paciente es un factor importante, ya que el paciente tiene la confianza de solventar todas sus inquietudes en cuanto a su alimentación, es honesta con su médico cuando incumple la dieta, entonces el médico podrá centrarse en el problema y actuar sobre él, el nutricionista también debe tener la habilidad de llegar al paciente para explicarle cómo va a ser su alimentación, qué es lo que debe cambiar o modificar; todos estos factores mencionados anteriormente son necesarios para lograr una mejor calidad de vida con el mínimo riesgo de padecer enfermedades desencadenadas de la propia patología.

No existe una relación entre los factores estudiados y el cumplimiento del tratamiento dietético en los pacientes diabéticos que forman parte del club de diabéticos del Cantón Rumiñahui, a pesar de que la bibliografía demuestre resultados diferentes; esto quiere decir que existen otros factores no analizados en esta investigación que tienen una influencia en la adherencia al tratamiento nutricional de este grupo en particular.

RECOMENDACIONES

Resultaría interesante incorporar otros factores al caso, tales como el factor emocional que influye en la adherencia a la terapia nutricional en las personas diabéticas, como se pudo observar en los trabajos analizados.

El nutricionista es fundamental dentro del equipo multidisciplinario que atiende al paciente, ya que los medicamentos no son la base del control de los pacientes con diabetes, sino que la dieta es el principal factor que debe ser parte del tratamiento para la diabetes, para formar parte

de un estilo de vida saludable que va a controlar su enfermedad y mejorar su calidad de vida, evitando complicaciones de la propia enfermedad.

Al ser adultos mayores la mayor parte de la población del estudio se debe tomar en cuenta sus costumbres, hábitos y preferencias, al realizar el plan nutricional, ya que al apegarse al estilo de vida del paciente será más fácil que se adhiera al tratamiento nutricional.

Las enfermedades crónicas como es la diabetes mellitus tipo 2 conllevan consigo modificaciones de conductas permanentes para mantener cifras de glucosa en rangos adecuados, por lo cual es necesario un cambio en la dinámica familiar, así como el rol que cumple cada uno de sus miembros, por lo tanto, si el paciente sufre una descompensación, esta estará directamente relacionada con el apoyo familiar. La familia debería crear un compromiso de ayuda a la persona que padece diabetes para lograr una adecuada adhesión al tratamiento nutricional. De igual manera el profesional de salud debe tener en cuenta el nivel socioeconómico del grupo o de los pacientes con los que está tratando ya que de eso dependerán los nuevos cambios en su dieta, y hasta qué punto podrá modificarlos, para evitar que el paciente se limite a cumplir el plan nutricional.

Los patrones dietéticos adecuados, junto con otros cambios de comportamiento, pueden ayudar a mejorar el nivel glucémico, una dieta que considera la cantidad de alimentos, acompañados de un asesoramiento adecuado para reducir el hambre y aumentar los sentimientos de saciedad pueden ser útiles.

REFERENCIAS

Albuquerque, C., Correia, C., & Ferreira, M. (2015). Adherence to the Therapeutic Regime in Person with Type 2 Diabetes. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 350–358. <https://doi.org/10.1016/J.SBSPRO.2015.01.132>

- Altamirano, L., Vásquez, M., Cordero, G., Álvarez, R., Añez, R., Rojas, J., & Bermúdez, V. (2017). Prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 y sus factores de riesgo en individuos adultos de la ciudad de Cuenca- Ecuador. *Avances En Biomedicina*, 6(1), 10–21.
- American Diabetes Association. (2017). Standards of Medical Care in Diabetes. *The journal of clinical and applied research and education*, 40(1), 142. Retrieved from http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/D_C_40_S1_final.pdf
- American Diabetes Association. (2019). Standards of Medical Care in Diabetes. *The Journal of Clinical and Applied Research and Education*, 43(1). Retrieved from http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2018/12/17/42.Supplement_1.dc1/dc_42_S1_Combined_final.pdf
- CDC. (2013). Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Guía para el cuidado de su salud, 153. Retrieved from <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/pdfs/control.pdf>
- Cervantes, R., & Presno, J. (2013). Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células β pancreáticas. *Revista de Endocrinología Y Nutrición*, 21(3), 13–2013. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/endocrinologia>
- Dorado, M., Zegbe, J., & Castañeda, J. (2016). determinantes psicosociales de la no adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Electrónica Semestral En Ciencias de La Salud*, 2(7). Retrieved from <http://revistas.uaz.edu.mx/index.php/ibnsina/article/view/30/23>
- Ezkurra Loiola, P. (2016). guía de actualización en diabetes mellitus tipo 2. *Fundación redgdps*. Retrieved from http://redgdps.org/gestor/upload/guia2016/Guia_Actualizacion_2016.pdf
- González, A., Avilés, P., Saret, L., Velázquez, G., Villa García, E., Giles, Ó. A., ... Mendoza, D. (2015). Nivel de adherencia al tratamiento y el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados. *Revista mexicana de endocrinología, metabolismo & nutrición*, 2(1), 11–17. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/293814396>
- Halali, F., Mahdavi, R., Mobasseri, M., Asghari Jafarabadi, M., & Karimi Avval, S. (2016).

Perceived barriers to recommended dietary adherence in patients with type 2 diabetes in Iran. *Eating Behaviors*, 21(1), 205–210. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.03.001>

INEC. (2017). Diabetes. Retrieved May 6, 2019, from

<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Inforgrafias-INEC/2017/Diabetes.pdf>

Mahan, L. K., & Raymond, J. (2017). *Dietoterapia. Krause* (14th ed.). Elsevier.

Millan, M. (2002). Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (EsDQOL). *Atención Primaria*, 29(8), 517–521. Retrieved from <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cuestionario-calidad-vida-especifico-diabetes-13031464>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Guía de Práctica Clínica (GPC) Diabetes mellitus tipo 2* (Primera edición). Quito, Ecuador: Dirección Nacional de Normatización. Retrieved from https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus_gpc.pdf

Mumu, S. J., Saleh, F., Ara, F., Afnan, F., & Ali, L. (2014). Non-adherence to life-style modification and its factors among type 2 diabetic patients. *Indian Journal of Public Health*, 58(1), 40–4. <https://doi.org/10.4103/0019-557X.128165>

Olivares, P., & Rico, E. (2015). La atención y educación nutricional en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2. *Cultura Científica Y Tecnológica.*, 50(10). Retrieved from <http://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/view/134/132>

OMS. (2016). Informe mundial sobre la diabetes. Retrieved from <http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>

OPS. (2016). Diabetes in the Americas. Retrieved May 13, 2018, from https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12126%3Adiabetes-in-the-americas&catid=6648%3Afact-sheets&Itemid=40721&lang=es

Porras, Y., Richmond, D., García, M., & Jensen, M. (2016). Aspectos importantes a incorporar

en una aplicación móvil para la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en Costa Rica según pacientes y profesionales de salud. *Perspectivas en nutrición humana*, 18(2), 155–70. <https://doi.org/10.17533/udea.penh.v18n2a03>

Raidel, G., Rodríguez, I., Cardentey García, J., María De La, D., Casanova, C., Ii, M., ... Pinar Del Río, C. (2015). Intervención sobre educación nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 Intervention on nutritional education in patients with diabetes mellitus type 2. *Arch Med Camagüey*, 19(3). Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2015/amc153h.pdf>

Ramos, Y., Morejón, R., Cabrera, Y., Herranz, D., & Rodriguez, W. (2018). Adherencia terapéutica, nivel de conocimientos de la enfermedad y autoestima en pacientes diabéticos tipo 2. *Gaceta Médica Espirituana*, 20(3), 13–23. Retrieved from <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1498/pdf>

Ramos, Y., Morejón, R., Gómez, M., Reina, M., Rangel, C., & Cabrera, Y. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Finlay : Revista de Enfermedades No Transmisibles.*, 7(2), 89–98. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200004

Rangel, Y., Morejón, R., & González, M. (2018). Percepción de los pacientes diabéticos tipo 2 acerca de la calidad y satisfacción con la atención médica en consulta. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(2). Retrieved from <http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/469/181>

Reyes, F. A., Pérez, M. L., Alfonso, E., Ramírez, M., & Jiménez, Y. (2016). Type 2 Diabetes Mellitus Current Treatment. *Correo Científico Médico*, 20(1), 98–121. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100009

Rodríguez, M., & Rentería, A. (2016). Factores que impiden la adherencia a un régimen terapéutico en diabéticos: un análisis descriptivo. *Revista de Psicología Y Salud*, 26(1), 51–62.

Serra, M., Serra, M., & Viera, M. (2018). Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud

actual y tendencias futuras. *Revista Finlay*, 8(2). Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n2/rf08208.pdf>

Soria, R., Vega, C. Z., & Nava, C. (2013). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas En Psicología*, 14(20), 89–103. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008

Terechenko, N., Baute, A., & Zamonsky, J. (2015). Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. *Biomedicina*, 10(1), 20–33. Retrieved from <http://www.um.edu.uy/docs/diabetes.pdf>

ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado

Consentimiento informado para la participación en el estudio

Título: Encuesta para la identificación de los factores que intervienen en el cumplimiento del tratamiento dietético en personas con diabetes del Cantón Rumiñahui

Investigador: Gabriela Michelle Sosa Parreño (0987423945) (gabitita_95@hotmail.com)

Estudiante de 7mo Nivel Carrera de Nutrición Humana.

Usted es invitado a participar en este estudio, antes de que decida participar por favor me concede unos momentos para leer este consentimiento.

Propósito del estudio: Determinar los factores que influyen en el cumplimiento del tratamiento dietético en las personas diabéticas

Procedimientos: Se les harán preguntas de un cuestionario relacionado con factores que interfieren en la adherencia al plan nutricional de personas que padecen diabetes.

Desventajas o incomodidades: Para que usted conteste las preguntas se necesitará de 15 minutos.

Beneficios: Este documento le ayudará a usted y a los profesionales de salud, ya que se realizará un diagnóstico sobre los factores que interfieren en la adherencia al plan nutricional en personas con diabetes y en base a esta se generará lineamientos para mejorar el tratamiento para la diabetes.

Privacidad y confidencialidad: Si elige colaborar en esta investigación, el investigador recolectará sus datos personales. La información sobre los mismos será mantenida de manera confidencial como lo establece la ley. Los resultados de esta investigación van a ser

mostrados en la disertación para obtener el título de Licenciada en Nutrición Humana del investigador, pero su identidad no será divulgada.

Participación y retiro voluntarios: La participación en este estudio es voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del en cualquier momento.

Consentimiento: He leído la información de esta hoja, o se me ha leído de manera adecuada; y todas mis preguntas y mi participación han sido atendidas. Yo autorizo el uso y la difusión de mi información a las entidades antes mencionadas para los propósitos descritos anteriormente.

Nombres y apellidos:

_____ Edad: _____

Sexo: _____ Ciudad: _____, ____ de _____ de 2018

Firma del participante
CC:

Firma del investigador

ENCUESTA PARA DETERMINAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL Y LOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL MISMO

ADHERENCIA TERAPÉUTICA

1. ¿Ingieres sus medicamentos de manera puntual?
 SI NO
2. ¿Si tiene que seguir una dieta rigurosa, la respeta?
 SI NO
3. ¿Está dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como no ingerir bebidas alcohólicas si el médico se lo ordena?
 SI NO
4. ¿Come solo aquellos alimentos que el médico le permite?
 SI NO
5. ¿Si el médico le inspira confianza, sigue el tratamiento?
 SI NO
6. ¿Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo lo hace?
 SI NO

FACTORES RELACIONADOS CON EL CONOCIMIENTO

7. ¿La diabetes siempre tiene síntomas?
 SI NO NO SE
8. ¿Cree que la diabetes tiene cura?
 SI NO NO SE
9. ¿Puede tener complicaciones no controlar la diabetes?
 SI NO NO SE
10. ¿Los problemas renales y pérdida de vista pueden aparecer como consecuencia de un mal control de azúcar en sangre?
 SI NO NO SE
11. ¿Los síntomas de hipoglucemia son: sudoración fría, temblores, hambre, debilidad, mareos, palpitaciones?
 SI NO NO SE
12. ¿En caso de hipoglucemia tomaría azúcar?
 SI NO NO SE
13. ¿Todas las personas con diabetes toman pastillas?
 SI NO NO SE
14. ¿El ejercicio regular disminuye el azúcar en sangre?
 SI NO NO SE
15. ¿Un diabético puede comer pan?

- SI NO NO SE
 16. ¿Un diabético debe comer solamente 3 veces al día?
- SI NO NO SE
 17. ¿Un diabético debe comer algo a media mañana y a media tarde?
- SI NO NO SE
 18. ¿Un diabético debe tener un especial cuidado de sus pies?
- SI NO NO SE
 19. ¿El exceso de peso puede ser perjudicial para la diabetes?
- SI NO NO SE
 20. ¿Cree que el tabaco empeora la evolución de la enfermedad?
- SI NO NO SE
 21. ¿Es importante el control del colesterol en los diabéticos?
- SI NO NO SE
 22. ¿Es importante el control de la presión arterial en los diabéticos?
- SI NO NO SE

FACTORES SOCIOECONÓMICOS

23. ¿Tiene disponibilidad económica para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda, educación)?
 SIEMPRE A VECES NUNCA
24. ¿Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al costo de los alimentos recomendados?
 SIEMPRE A VECES NUNCA
25. ¿Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento?
 SIEMPRE A VECES NUNCA

FACTORES RELACIONADOS CON EL SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD

26. ¿El personal que lo atiende responde a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento?
 SIEMPRE A VECES NUNCA
27. ¿Se da cuenta que su nutricionista si tiene seguimiento de su tratamiento nutricional por las preguntas que le hace?
 SIEMPRE A VECES NUNCA
28. ¿Recibe información sobre los beneficios de la dieta prescrita por parte del nutricionista?
 SIEMPRE A VECES NUNCA
29. ¿El nutricionista le da explicaciones con palabras que su familia o usted entienden?
 SIEMPRE A VECES NUNCA
30. ¿El nutricionista le ha explicado que resultados va a tener en su salud con el tratamiento nutricional?
 SIEMPRE A VECES NUNCA
-

31. ¿Le parece que el tratamiento nutricional ha mejorado sus hábitos alimentarios, estilo de vida y su condición salud?

SIEMPRE A VECES NUNCA

FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA NUTRICIONAL

32. ¿Esta ud satisfecho con su tratamiento actual?

SIEMPRE A VECES NUNCA

33. ¿Cree ud que su tratamiento es flexible?

SIEMPRE A VECES NUNCA

34. ¿Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento nutricional?

SIEMPRE A VECES NUNCA

35. Cuando se encuentra bien o en terapia ¿deja de seguir el tratamiento nutricional?

SIEMPRE A VECES NUNCA

36. ¿Cumple con las indicaciones nutricionales en especial aquellas relacionadas con el consumo de azúcar?

SIEMPRE A VECES NUNCA

37. ¿Tiene dudas acerca de la manera de preparar sus alimentos en cuanto a cantidad, tipo de preparación y horarios?

SIEMPRE A VECES NUNCA

38. ¿Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicio difíciles de cambiar?

SIEMPRE A VECES NUNCA

39. ¿Cumple con la recomendación de actividad física prescrita por el nutricionista o médico?

SIEMPRE A VECES NUNCA

40. ¿Recomendaría esta forma de tratamiento a alguien con una diabetes similar a la suya?

SIEMPRE A VECES NUNCA

41. ¿Está ud de acuerdo con continuar con su tratamiento actual?

SIEMPRE A VECES NUNCA

Fuente: (Fornos et al., 2016; Millan, 2015; Soria et al., 2013)

