



**ASOCIACIÓN ENTRE LA INTERVENCIÓN DEL NUTRICIONISTA Y LA
ACTITUD CON RESPECTO A LA DIETA EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO II EN LA CIUDAD DE CARTAGENA DE INDIAS.
CARTAGENA DE INDIAS, COLOMBIA. 2014.**

**SANDRA MARCELA ACERO MARTINEZ
LIZBETH PAOLA LICONA MACIA
YINETH PATRICIA DE ARMAS RIVERO**

**UNIVERSIDAD DEL SINU SECCIONAL CARTAGENA
ESCUELA DE NUTRICION Y DIETETICA
X SEM
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.
2014**

**ASOCIACIÓN ENTRE LA INTERVENCIÓN DEL NUTRICIONISTA Y LA
ACTITUD CON RESPECTO A LA DIETA EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO II EN LA CIUDAD DE CARTAGENA DE INDIAS.
CARTAGENA DE INDIAS, COLOMBIA. 2014.**

**SANDRA MARCELA ACERO MARTINEZ
LIZBETH PAOLA LICONA MACIA
YINETH PATRICIA DE ARMAS RIVERO**

**Trabajo de investigación para optar el título de
Nutricionistas dietistas**

TUTORES

**Dr. Gustavo Andrés Lara
Esp. Métodos y técnicas de Investigación**

**UNIVERSIDAD DEL SINU SECCIONAL CARTAGENA
ESCUELA DE NUTRICION Y DIETETICA
X SEM
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.
2014**

Cartagena, septiembre 2014

Doctor:

MANUEL JAVIER TORRES SANCHEZ

Director de Investigaciones

Universidad del Sinú EBZ

Seccional Cartagena

L. C.

Cordial saludo.

La presente tiene como fin someter a revisión y aprobación para la ejecución del proyecto de investigación titulado:

ASOCIACIÓN ENTRE LA INTERVENCIÓN DEL NUTRICIONISTA Y LA ACTITUD CON RESPECTO A LA DIETA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN LA CIUDAD DE CARTAGENA DE INDIAS. CARTAGENA DE INDIAS, COLOMBIA. 2014., a cargo de LIZBETH LICONA MACIA, SANDRA ACERO MARTINEZ Y YINETH DE ARMAS RIVERO, adscritos a la escuela de nutrición y dietética.

Atentamente,

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|-------------------------------|
| INTRODUCCION | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 4 |
| 2. JUSTIFICACIÓN | 7 |
| 3. OBJETIVOS | 9 |
| 3. 1. OBJETIVO GENERAL | 9 |
| 3. 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 9 |
| 4. MARCO TEÓRICO..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 4. 2. ESTADO DEL ARTE (ANTECEDENTES) ... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 4. 2. HIPOTESIS..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 4. 7. MARCO LEGAL (ASPECTOS ÉTICOS)..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 5. METODOLOGÍA..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 5. 1. TIPO DE DISEÑO..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 5. 2. POBLACIÓN..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 5. 3. MUESTRA Y MUESTREO..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 5. 4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN | ¡Error! Marcador no definido. |
| 5. 5. TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN | ¡Error! Marcador no definido. |
| 5. 6. TECNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO ... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 6. RESULTADOS | ¡Error! Marcador no definido. |
| 7. DISCUSIÓN | ¡Error! Marcador no definido. |
| 8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 27 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | |
| ANEXOS | |

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad que ha causado más de 4,6 millones de muertes en el mundo.(1) En la actualidad existen 366 millones de personas que padecen esta enfermedad y se predice que para el 2030 estas cifras aumentarán hasta 552 millones (1) si no se previene a tiempo.

La DM es un problema de salud grave, siendo una de las primeras causas de mortalidad en Colombia. (2) Según la Asociación Colombiana de Diabetes en Colombia se estimó en el año 2010 una prevalencia de 0.07% de los cuales el 92% son mayores de 15 años, la prevalencia de la diabetes tipo 2 es aproximadamente de 7.4% en hombres y de 8.7% en mujeres mayores de 30 años.(3)(4)

En Cartagena, se reporta esta enfermedad como la novena causa de muerte, existe una prevalencia de diabetes mellitus de 8.9% en personas mayores de 30 años. (5)(6)

Diversos estudios como los de Alayón y Mosquera-Vásquez (2008) sobre la adherencia al tratamiento basado en comportamientos en pacientes diabéticos en la ciudad de Cartagena muestran que la mayor dificultad de adherencia al tratamiento se da en la actitud negativa hacia la dieta y el ejercicio.(6)

De acuerdo a esto, se hace necesaria la puesta en marcha de este proyecto en la ciudad de Cartagena de Indias, ya que no se cuenta con estudios que planteen una perspectiva de interés para conocer y analizar el impacto de la intervención del nutricionista en la actitud de los pacientes con Diabetes Mellitus, que reciben instrucciones nutricionales.

El presente estudio se plantea la pregunta central de investigación, *¿Cuál es la asociación entre la intervención del nutricionista y la actitud con respecto a la dieta, en pacientes con diabetes mellitus tipo II en la Cartagena de Indias durante el año 2014?*

2. JUSTIFICACIÓN

La DM es una enfermedad crónica degenerativa, que a lo largo de los últimos años ha ido en aumento en todo el mundo.

Esta enfermedad puede ser controlada a través de un régimen dietético ajustado a las necesidades calóricas y nutricionales del paciente; sin embargo la adherencia a la dieta por parte de los pacientes en ocasiones es poco frecuente y difícil de llevar, dado que su conducta alimentaria no es la más idónea.

Por esta razón el presente estudio buscó medir el impacto de la intervención nutricional en la actitud del paciente, con el propósito de beneficiar a los mismos, contribuyendo a su mejoría y calidad de vida. Disminuyendo las complicaciones a nivel sistémico, ya que se prolonga una normalidad en los niveles de glicemia, y algunas enfermedades asociadas como la hipertensión arterial, hipercolesterolemia, amputación de miembros y enfermedades cardiovasculares.

Las buenas recomendaciones entregadas por el nutricionista y el seguimiento de una dieta adecuada beneficia a los pacientes en cuanto al mantenimiento del peso deseado, así como obteniendo un buen aporte energético el cual le ayuda a tener un mejor control metabólico de la enfermedad, y en muchas ocasiones facilita la reducción o eliminación de los antidiabéticos, si no se logra una dieta bien planificada y adecuada como punto de partida no es posible esperar un buen funcionamiento de los antidiabéticos orales cuando así se requiera,

Otro de los beneficios de este proyecto es hacia las familias y personas cercanas a estos pacientes diabéticos, ya que si estos reciben de su parte apoyo social pueden disminuir el pensamiento negativo para sostener el autocuidado y por lo tanto se verá reflejado en una buena actitud, poco estrés ocasionado por la enfermedad, manejando así el ámbito social.

Los pacientes con una actitud adecuada a estas pautas dietéticas en su hogar generarían beneficios en cuanto a un impacto de prevención no solo a nivel personal sino familiar, con menos recaídas por comorbilidades, mayor sostenibilidad económica del hogar y menor costo intrahospitalario.

Los beneficios económicos para el país, van relacionados con los gastos representativos que tienen los servicios de salud y los pacientes en cuanto al tratamiento y las complicaciones de la enfermedad, si los pacientes siguen correctamente las recomendaciones dadas, estos costos disminuirían por lo que se pueden controlar evitando contar con los servicios de salud prestados y por lo tanto disminuyendo la incidencia que se registra actualmente y la mortalidad causada por la diabetes.

3. OBJETIVOS

3. 1. OBJETIVO GENERAL

Identificar la asociación existente entre la intervención del nutricionista y la actitud con respecto a la dieta, en pacientes con diabetes mellitus tipo II en la ciudad de Cartagena de indias durante el año 2014.

3. 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio-demográficamente los grupos estudiados.
- Describir los resultados de la medición de los factores extraídos (dieta y control oral) del test de Actitud EAT26 vs nivel de instrucción impartida en el tiempo de seguimiento.
- Realizar un análisis de la intervención nutricional en el cambio de actitud del paciente Diabético en el control de su enfermedad.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 DESCRIPCION TEORICA

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica no trasmisible (7) considerada en la actualidad como un problema de salud pública (8), la cual se presenta cuando los niveles de azúcar en la sangre se encuentran elevados es decir, por encima de los valores establecidos normalmente (9), la predisposición hereditaria y los factores ambientales favorecen a que se presente esta enfermedad (7).

El páncreas es el encargado de segregar insulina que es la hormona encargada de hacer entrar la glucosa en las células del organismo (9).

La diabetes tipo 1 ocurre cuando el páncreas no produce la insulina y resulta de un defecto de las células beta- pancreática, puede darse a cualquier edad pero son más propensos los niños y los jóvenes adultos (7).

La diabetes tipo 2 es un trastorno del metabolismo en el que la acción de la insulina es deficiente y existe una disfunción betacelular (10)

El seguimiento y manejo adecuado del tratamiento de la diabetes mellitus es importante ya que es una enfermedad crónica sin cura, por lo tanto de él depende que la persona enferma lleve una vida prácticamente normal (11).

Existen básicamente cinco pilares fundamentales en el tratamiento de la diabetes mellitus (9) entre estos se encuentran la educación diabetológica la cual es considerada la medida de más impacto ya que si se tiene un nivel de información, comprensión, motivación y destrezas sobre los fundamentos de la enfermedad y de cómo afrontarla ayuda a disminuir las complicaciones a corto

y largo plazo que se puedan presentar (12), seguido del autocontrol de la enfermedad por parte del paciente, del ejercicio físico que resulta más beneficioso en la diabetes mellitus tipo 2 ya que en la tipo 1 puede aumentar el riesgo de producir una hipoglucemia aguda y diferida por lo tanto se debe tener en cuenta su frecuencia y duración(13), generalmente ayuda a mejorar el metabolismo de los carbohidratos, sensibiliza la insulina y actúa favorablemente en los factores de riesgo cardiovasculares.(13)

Otro tratamiento es el farmacológico o medicamentoso consiste en disponer insulina y antidiabéticos orales en distintas presentaciones como las biguanidas, las sulfonilureas etc. (14).

El tratamiento nutricional es un componente integral para el manejo y control de la enfermedad, el cual tiene como objetivo principal conseguir un mejor control metabólico (15). El plan de alimentación de un diabético debe ser igual al de una persona normal, sin embargo se debe tener en cuenta la repartición de las tomas y el número durante todo el día sobre todo en diabéticos tipo 1, ya que en la diabetes tipo 2 son importantes las conductas y actitudes en cuanto al estilo de vida, alimentación variada y fundamentalmente un apoyo psicológico. (16)

Las actitudes “son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo”,(17) se tiene en cuenta a la hora de afrontar la enfermedad, incluyendo estrategias activas, con el fin de tener un mejor control y prevenir futuras complicaciones a largo o a corto plazo.(18)

La responsabilidad del cumplimiento o no de las recomendaciones no solo depende de la persona o paciente que recibe, sino también del profesional que da las indicaciones, para que se produzcan los resultados esperados va a interferir una buena comunicación, el tiempo que sea necesario etc.(19)

La relación entre el profesional de salud con el paciente tiene muchos beneficios respecto a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus si se

logra establecer relaciones que sean fuertes y confiables, es importante que el paciente se sienta satisfecho con estas recomendaciones recibidas(20).

La correlación entre la actitud y el conocimiento del paciente está asociada a la predisposición de tener un mejor autocuidado, por lo tanto se reduce el nivel de estrés que produce la enfermedad, mayor aceptación a esta, y la confianza al profesional encargado.(21)

Una de las principales complicaciones de enfermedades crónicas es la falta de adherencia al tratamiento nutricional, esta se presenta por múltiples factores entre esos el cambio en el estilo de vida, por lo tanto se aumentan los costos por parte del paciente y de la sociedad en general.

Para lograr el éxito respecto a la adherencia al plan nutricional elaborado hay que tener en cuenta las costumbres, la cultura del paciente, que las recomendaciones deben ser creativas y adaptadas a las circunstancias y así poder tener un impacto en su calidad de vida (22).

La calidad de vida de los paciente con diabetes mellitus y el bienestar físico y mental se van deteriorando a medida que la enfermedad progresa, (23) por lo tanto hay que tener en cuenta el plan alimentario ya que es una base fundamental en el tratamiento de estos pacientes la no adherencia a este puede acarear a dicho progreso. La mejora de la calidad de vida de estos pacientes es el objetivo último de las intervenciones hospitalarias, otro factor que interviene en el deterioro es el impacto emocional y social que tiene el paciente al recibir el diagnostico el cual puede causar alteraciones psicológicas graves, (24)

4.2 ESTADO DEL ARTE – ANTECEDENTES

En Nicaragua se realizó un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes diabéticos. se demostró que el 76 % (72) de los pacientes aceptan su enfermedad por lo tanto no les incomoda hablar de ella, el 62% (59) no se consideran diferentes a las demás personas, el 98% (93) cumplen con la consulta todos los meses, el 58% (55) cumple las recomendaciones médicas y el 100% (95) dicen que es su responsabilidad cuidar de su enfermedad. (25)

En este estudio realizado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se encontró que el 87% de las personas presentaron actitudes positivas frente a su enfermedad y al tratamiento nutricional; la susceptibilidad y gravedad percibidas fueron las que presentaron los mejores puntajes. En segundo lugar, se ubicó la percepción del control o autoeficacia, es decir, la capacidad personal para llevar a cabo la dieta. La actitud de menor valor fue la conductual, indicando un seguimiento inapropiado a las recomendaciones formuladas.(26)

En argentina en la Universidad de Buenos Aires se realizó un estudio y se encontraron a los pacientes con una actitud positiva o neutra hacia la enfermedad presentaron una media significativamente superior ($p < 0,001$) en la valoración como desafío que quienes adoptaron una actitud negativa. La valoración en cuestión mostró correlaciones positivas y significativas con los afrontamientos activos. Este tipo de afrontamiento, a su vez, exhibió una correlación positiva con el cumplimiento de las pautas de autocuidado. (18)

En México se realizó un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas dietéticas en pacientes con diabetes mellitus II, expresan que el 67.5 por ciento

de los casos (136) obtuvieron un nivel alto de información. También, se observa que el 50 por ciento de la muestra (117 casos) expresan una actitud de alto nivel. (27)

Un estudio realizado en la Universidad de Sevilla Respecto a las actitudes hacia la enfermedad, un 99% contestó que no rechazaría a un compañero que tuviera esta enfermedad ni le incomodaría tener un compañero diabético (98.3%). Porcentajes elevados señalan que su comportamiento cambiaría – hacia prestar más atención a la persona- si se enteraran de que un amigo o su pareja tuvieran la enfermedad. Sin embargo, sólo un 76.7% diría a los demás que padece la enfermedad si recibiera el diagnóstico. Con respecto a la escala de actitud social, un 82.7% contestó que si estuviera saliendo con un chico/a diabético/a no supondría un problema para su familia, un 73.8% piensa que su grupo de amigos le trataría igual si le diagnosticaran la enfermedad y un 82.2% piensa que también su familia le trataría igual si desarrollara la enfermedad. (28)

Se encontró un estudio en Latino América se verifica la dispersión de los puntajes obtenidos en relación a las actitudes de enfrentamiento, presentadas por las personas con diabetes, en la aplicación del cuestionario ATT-19. Hubo variación de 25 a 71 puntos del ATT- 19.El puntaje mínimo es de 19 puntos y el máximo de 95 puntos. El puntaje mayor que 70 indica actitud positiva frente a la enfermedad. Los datos obtenidos sugieren que los participantes, a pesar de presentar buen puntaje para el conocimiento, no presentaron cambios de actitud positivas para el enfrentamiento de la enfermedad. Las mujeres (52,07%) presentaron un cambio de actitud, más positivo frente a la enfermedad, que los hombres (50,70%). (21)

Un estudio realizado en Buenos aires sobre conocimiento y actitud hacia la diabetes, El 58% de los encuestados consideran que su peso está por encima de lo que debería estar. Esto es más fuerte entre mujeres, personas entre 30 y 59 años, entre las personas en riesgo o que tienen diabetes. también se encontró que Cerca del 60% de la población realiza actividad física diaria. Entre las personas en riesgo de desarrollar diabetes, el porcentaje de personas que no realizan actividad física es del 70%; Respecto a la educación que recibieron

para enfrentar esta situación, el 77% de las personas con diabetes fue aconsejado para modificar su dieta y un 60% para realizar actividad física.

El 72% de las personas con diabetes realiza dieta y/o ejercicio para reducir la Glucosa en sangre y el 62% toma pastillas orales. El conocimiento de la diabetes es total: un 95% de los encuestados escuchó hablar de la palabra "diabetes". (29)

5. METODOLOGIA.

5.1 Tipo de estudio

Estudio de tipo experimental.

5.2 Población y muestra

Se tomó como población a los diabéticos tipo 2 que residen en la ciudad de Cartagena de indias durante el año 2014 que cumplieron además con los criterios de inclusión al estudio.

Se tomó una muestra de 56 pacientes y posteriormente se aleatorizaron en tres grupos paralelos a los cuales se le realizó una sesión de educación nutricional para diabéticos una vez ingresados al estudio, con el protocolo de educación al paciente establecido por la Clínica Cartagena del Mar (Anexo 1). Un **grupo A (control)** solo recibió dicha sesión, el **Grupo B** se les realizó 1 refuerzo telefónico en cuanto a las recomendaciones dadas en la sesión a los 30 días de ingresado en el estudio, y a un **Grupo C** se le dieron 2 refuerzos de recomendaciones, uno a los 30 y otro a los 60 días.

Dichos contactos telefónicos fueron guiados por el estudiante de último semestre de Nutrición y Dietética.

A los 90 días de ingresados al estudio, a los 3 grupos se les aplicó un test de actitud (EAT26 modificado) del cual se extrajeron 2 factores de acuerdo a lo establecido por *Palpan J. (2007) Dieta y Control oral.*

5.4 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Diabéticos tipo 2 diagnosticados.
- No estar recibiendo insulina en dosis continuas o diarias.
- No tener ningún impedimento neurológico.
- Menor de 70 años.
- Firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes insulino dependientes.
- Pacientes sin una residencia estable.
- Pacientes con diagnóstico de alguna patología que lo impidiera para seguir el estudio.
- No firmar el consentimiento informado.

5.5. Técnicas de recolección de la información.

Instrumentos de recolección de datos

Se recolectaron los datos a través de un instrumento derivado de la operacionalización de las variables (Anexo 2). Una vez seleccionados los participantes y aleatorizados a través del programa Excel 2010, se les realizó seguimiento y se les aplicaron refuerzos de educación nutricional los grupos intervenidos.

Para la medición de la actitud frente a la dieta se utilizó una escala de Autoinformes de actitud hacia la alimentación (EAT-26) de *Garner y Garfinkel* 1982, de 26 ítems de 6 puntos cada ítem, derivado de un análisis factorial del original EAT40 (*Garner y Garfinkel*, 1979). El EAT-26 se compone de 3 subescalas (“Dieta”, “Bulimia y “Control oral”) de las cuales se extrajeron las subescalas de Dieta y control oral para el análisis. En la aplicación las personas respondieron “siempre”, “casi siempre”, “bastantes veces”, “alguna vez”, “casi nunca ” o “nunca”. Las respuestas para cada ítem se puntúan de 0 a 3,

asignándose la puntuación 3 a las respuestas que más se aproximan una “dirección sintomática o mala actitud”.

Aspectos éticos.

Antes de incluir cualquier participante al estudio, se les aplicó una lista de chequeo de criterios de inclusión/exclusión y se les pidió que firmaran un consentimiento informado (Anexo 3) previamente aprobado por el comité de ética de la UNISINU.

5. 6. Técnicas de análisis estadístico.

Siguiendo los objetivos de este estudio, además de los análisis descriptivos se realizaron, por medio del programa Excel, los siguientes análisis: Test *t* de Student para la asociación de las variables en estudio y un análisis de la consistencia interna (Alfa de Cronbach) para la confiabilidad del instrumento adaptado.

6. RESULTADOS

En lo que respecta a la caracterización de la muestra el 47.7% de los pacientes fueron mujeres. El promedio de edad fue de 56 años, el 35.71% de los pacientes viven en estrato 2, seguido por el 33.93% que viven en estrato 3. El 44.64% terminaron sus estudios de secundaria. Un 66.07% manifestaron estar casados y el 19.64% dicen estar solteros. Además el 57.14% no se encuentran trabajando actualmente, mientras que el 42.9% si estaban ocupados en empleo y su intensidad horaria es de más de 8 horas representado con un 26.8%.

Tabla 1. Representación de las variables sociodemográficas de las personas intervenidas.

| VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS | FRECUENCIA | PROPORCION % | MEDIA ± DE | RANGO |
|-----------------------------|------------|--------------|------------|---------|
| EDAD | | | 56 ± 9 | 29 - 71 |
| SEXO | | | | |
| Femenino | 34 | 60,71 | | |
| Masculino | 22 | 39,29 | | |
| ESTRATO | | | | |
| Estrato 1 | 4 | 7,14 | | |
| Estrato 2 | 20 | 35,71 | | |
| Estrato 3 | 19 | 33,93 | | |
| Estrato 4 | 7 | 12,50 | | |
| Estrato 5 | 6 | 10,71 | | |
| ESCOLARIDAD | | | | |
| Primaria | 11 | 19,64 | | |
| Secundaria completa | 25 | 44,64 | | |
| Secundaria incompleta | 5 | 8,93 | | |
| Técnico | 8 | 14,29 | | |
| Universitario | 6 | 10,71 | | |
| ESTADO CIVIL | | | | |
| Casado | 37 | 66,07 | | |
| Divorciado | 2 | 3,57 | | |
| Separado | 2 | 3,57 | | |

| | | |
|-----------------------|----|-------|
| Soltero | 11 | 19,86 |
| Unión libre | 4 | 7,14 |
| TRABAJO ACTUAL | 24 | 42,86 |

En cuanto a la enfermedad, el 62.50% le diagnosticaron diabetes hace más de 2 años desde el día de la entrevista y el 55.36% no asisten a cita de control nutricional manifestando que no lo hacen “porque no han querido”, mientras que el 44.64% si asisten cita de control nutricional, cada 3 meses representados con un 33.93 %. Una de las implicaciones que representa tener diabetes más representativa es el cambio de dieta con el 32,14%, la razón más prevalente es por la costumbre de llevar otro tipo de alimentación antes de ser diagnosticados diabéticos según el 32.14%.

Por otro lado en relación a lo monetario para el 67.86% de los pacientes el costo del tratamiento no es una preocupación, ya que a el 44.64% el tratamiento es costado por la Eps en la cual se encuentran afiliados.

Confiabilidad de Instrumento:

En la siguiente tabla, se observa que el test en su versión adaptada para este estudio presentan una consistencia interna optima ($\alpha = 0.505$).

Asimismo, las sub escalas muestran índices de consistencia fuertes. Por tanto, cabe concluir que el instrumento es muy confiable.

Tabla 2. Análisis de la confiabilidad del instrumento.

| Dimensiones | # de items | Alpha de cronbach |
|---------------------|-------------------|--------------------------|
| Dieta | 13 | 0.332 |
| Control oral | 7 | 0.172 |
| Escala total | 20 | 0.505 |

Finalmente los resultados de la medición de los factores de dieta y control oral con el test de actitud EAT26 adaptado vs nivel de instrucción impartida en el tiempo de seguimiento, sugieren una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo control versus los grupos experimentales, confirmando la hipótesis de un mejoramiento de la actitud o “mayor preocupación por la dieta y el control oral” a mayor número de contactos con el nutricionista. Tabla 2.

Tabla 2. Resultados de la medición de los factores extraídos (dieta y control oral) del test de Actitud EAT26 vs nivel de instrucción impartida en el tiempo de seguimiento.

| | GRUPO A (Control) | GRUPO B 1 contacto | GRUPO C 2 contactos | A vs B p | A Vs C p |
|---------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|-------------|-------------|
| Dieta | 6 [0,5 -12,5] | 19,5 [13 – 23,5] | 20 [19,5 – 23,5] | <0,0001 | <0,0001 |
| Control Oral | 3,5 [0,0 -7,0] | 9,0 [8– 9,5] | 6 [5,0 – 6,0] | 0,0001 | 0,0493 |

7. DISCUSION

En el presente estudio la exploración de la relación en cuanto a las subescalas, de dieta y control oral del test adaptado EAT 26, y el nivel de instrucciones impartidas en el tiempo de seguimiento a cada grupo, se obtuvo que a mayor número de contactos con el profesional nutricionista, mejor fue la actitud o mayor preocupación por la dieta y control oral de los participantes del estudio.

Estos resultados sugieren la importancia del seguimiento en cuanto al plan alimentario, ya que contribuye al mejoramiento de la actitud en dichos participantes

A pesar de la gran importancia del tratamiento farmacológico en la mejoría del paciente con diabetes mellitus los resultados de este estudio muestran la importancia de fortalecer los pilares no farmacológicos; por tanto, existen componentes como el económico, la costumbre que exceden el deseo y la disposición del paciente hacia el cambio de comportamiento o actitud. Lograr que se facilite el cambio de actitud debe surgir del autocuidado del paciente diabético y así mismo del profesional en salud, en este caso del nutricionista dietista ya que es el encargado de brindar las recomendaciones en cuanto a la alimentación, no dejando atrás una buena comunicación y es de igual importancia el tiempo de seguimiento.

Se puede decir que la relación del nutricionista dietista y los participantes, trajo beneficios en cuanto al control oral y el seguimiento de la dieta, estableciendo así lazos fuertes y confiables.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los resultados de este estudio indican que la intervención del nutricionista dietista en el tratamiento nutricional de las personas con diabetes mellitus 2, tuvo una relación significativa en cuanto a actitudes positivas de los mismos.

La actitud en las personas con diabetes mellitus, es vital en el tratamiento nutricional, ya que de esta manera se tiene un mejor control de la enfermedad. Una buena relación y una buena comunicación entre el profesional en nutrición y el paciente nos conlleva a un mejor autocuidado.

Es importante continuar con el estudio de metodologías que permitan realizar una estimación en cuanto al seguimiento de dieta, en las diferentes regiones y así presentar una visión desde sus culturas, de tal modo que se realicen intervenciones mejor adaptadas a las características específicas de cada grupo al que van dirigidas extraer conclusiones con mayor poder de generalización y complementar la mirada psicosocial que se ha presentado en este trabajo.

También es importante continuar con estudios de investigación e intervenciones entre los distintos pilares, que permitan mejorar el control del padecimiento y lograr la prevención o retraso, en la medida de lo posible, de la aparición de las complicaciones propias de la enfermedad, con la consecuente transcendencia en el impacto social y económico. Por tanto, es importante tomar conciencia de que los perfiles de morbilidad del futuro dependerán, en gran medida, de las acciones que se tomen en el presente”

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 - Federación internacional de diabetes. Plan mundial contra la diabetes 2011-2021, Bélgica. Pág. 04- 28. Se encuentra disponible en: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>
- 2 – Alayón, A. Alvear, C. Prevalencia de desórdenes del metabolismo de los glúcidos y perfil del diabético en Cartagena de Indias (Colombia), 2005. Salud Uninorte, Barranquilla, vol. 22, núm. 1, enero-junio, 2006, pp. 20-28. Pág. 21
- 3 - Vargas H. Epidemiología de la Diabetes mellitus. Popayán, Colombia. Pág. 26 - 2010
- 4 – Aschner, P. Epidemiología de la diabetes en Colombia - Hospital Universitario San Ignacio. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá (Colombia), Av. Diabetol. Vol.26 N.2 Marzo-abril 2010. Pág. 95
- 5 - Tamayo, D. Diabetes en Colombia: descripción de la epidemiología actual. Bogotá, Diciembre de 2012. Pág. 4
- 6 – Alayon, A. Mosquera M. Adherencia al Tratamiento basado en Comportamientos en Pacientes Diabéticos Cartagena de Indias, Colombia. Revista de Salud Pública, vol. 10, núm. 5, diciembre, 2008, pp. 777-787. Pág. 784
- 7 – Reyes, M. Morales, J. Diabetes. Tratamiento nutricional. Medicina Interna de México Volumen 25, núm. 6, noviembre-diciembre 2009. Pág. 454
- 8 - Ariza, E. Camacho, N. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2, UBA Manga de Coomeva EPS - Cartagena (Colombia) – Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) Vol. 21, pp 28-40, 2005. Pág. 29
- 9– Puerto, M. Desarrollo de un proyecto de investigación, sobre la adherencia en el tratamiento de la diabetes tipo 2, en pacientes que acuden a un servicio público de salud (CMS) – Universidad Europea de Madrid-Madrid Salud. Pág. 6
- 10 – Palacios, C. Diabetes mellitus tipo 2 “Análisis de los objetivos, alternativas de tratamiento y riesgos en adultos mayores” - Facultad de Ciencias Médicas U.N.A. pág. 2
- 11 - Leguizamón, M. Grado de adherencia al tratamiento nutricional de la diabetes mellitus. - Argentina. 2004. pág. 3

12 – García R y Suárez R. La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud. Rev Cubana Endocrinol v.18 n.1. Editorial ciencias médicas, Ciudad de la Habana ene.-abr. 2007. Pag 1 -13

13 – Mateos N, Castillo R. Tratamiento farmacológico para la diabetes mellitus. Revista hospital general Dr Gea Gonzales Vol. 5, n.1-2. 2002 enero- junio. Págs. 33-41.

14 - Alfaro J, Simal A. Tratamiento de la diabetes mellitus. Vol. 24–No 2-2000. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Pág. 33-43

15 – Jansá M, Vidal M. Principios y recomendaciones nutricionales, basados en la evidencia, para el tratamiento y prevención de la diabetes y complicaciones asociadas. Actividad Dietética • No 20 • 2003. Pág. 20 - 27

16 – Muñoz C. y Vázquez C. Nutrición equilibrada en el paciente diabético. Nutr. Hosp. (2001) XVI (2). ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ S.V.R. 318. Pág. 31 - 40

17 - Revista EDU-FISICA. Grupo de Investigación Edufísica. ISSN 2027- 453X Periodicidad Trimestral. Pág. 1 - 8

18 - Bail V. Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2. Rev Argent Salud Pública, Vol. 3 - Nº 10, Marzo 2012. pág. 15 - 23

19- Libertad M. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública v.30 n.4 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2004. versión On-line ISSN 0864-3466. Pág. 1 -5

20 – Gomez M. La importancia de la adhesión al tratamiento. Universidad de la sabana. Pag 1 -31

21 - Rodriguez F. Conocimiento y actitudes: componentes para la educación en diabetes. rev Latino-am Enfermagem 2009 julio-agosto; 17 (4). Pág. 28 - 34

22 – Gonzales P. El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Waxapa Año 3, Vol. 2, No. 5 Jul-Dic 2011. pag 102 - 107

23 – Refugio M, Vázquez O. bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. Aquichán vol.6 no.1 Bogotá Jan./Dec. 2006. Printversion ISSN 1657-5997

24 - Bellido J, Mena F. Diabetes mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del Estudio Hortega. AN. MED. INTERNA (Madrid) Vol. 23, Nº 8, pág. 357-360, 2006.

25 - Morales J. Conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes diabéticos, Programa dispensarizados en los 6 centro de salud del SILAIS Estelí- Nicaragua, Mayo a Junio del 2007. OCOTAL, NUEVA SEGOVIA 2007. Pág. 1 - 45

26 - Lancheros Paèz L. Identificación de la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en un grupo de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas en la Asociación Colombiana de Diabetes. *Diaeta (B.Aires)* 2010; 28(133):17-23.

27 - Cabrera C. Conocimientos, actitudes y prácticas dietéticas en pacientes con diabetes mellitus ii. *Salud publica mex* 1991;33:166-172.

28 - Vásquez M. Impacto del nivel de conocimientos, la fuente de información y la experiencia con la enfermedad sobre las actitudes, creencias, conocimientos y emociones asociadas a la diabetes en un grupo de estudiantes de educación secundaria. 2008, Vol. 26, número 3, págs. 479-499. ISSN 0213-3334.

29-Mora. Araujo. Estudio sobre el conocimiento y las actitudes Hacia la diabetes. *IpsosPublicAffairsAgostó* 2012; Buenos Aires -Novo nordisk. Pag.. 99-100

ANEXOS

Anexo 1: Protocolo de recomendaciones de la Clínica Cartagena del Mar



RECOMENDACIONES NUTRICIONALES.

1. Eliminar el consumo de azúcar, miel, gaseosas, panela, chocolates, dulces, postres, tortas con dulce, caramelos, frutos en almíbar y alimentos que la contengan.
2. Evitar o restringir los azúcares, se puede sustituir por endulzantes naturales como: stevia y otros edulcorantes como sucralosa.
3. Consumir alimentos ricos en fibra (granos enteros, cereales integrales, galletas integrales, frutas y verduras).
4. Evitar el excesivo consumo de grasas, preferir carnes magras, alimentos al vapor, a la plancha, guisados, al horno, etc.
5. Elimine el consumo de carnes rojas, embutidos o carnes frías como salchichas, mortadelas, jamón y salchichón.
6. Se recomienda fraccionar la alimentación de 5 a 6 comidas al día, no se debe pasar muchas horas sin ingerir alimentos, para lograr mantener los niveles sanguíneos de azúcar normales durante todo el día.
7. No todos los alimentos light o bajos en calorías son beneficiosos para el paciente diabético. Lo importante es su contenido en fibra.
8. Evitar el consumo de alcohol, sobre todo las que tienen mucha azúcar como la cerveza, cidra y vinos dulces.
9. Consumir diariamente de 8-10 vasos de agua al día.

- 10.** Evitar los cubos de caldo para condimentar, se pueden sustituir por ajo, cebolla, pimienta de olor, cilantro, orégano, laurel, etc., restringir el consumo de sal en la alimentación.
- 11.** Preferir los carbohidratos complejos como papa, yuca, arroz, pasta, leguminosas, en cantidades controladas.
- 12.** Puede consumir en los refrigerios frutas, lácteos bajos en grasa, carbohidratos complejos altos en fibra o suplementos nutricionales especializados para diabéticos que ayudan a mantener los niveles normales de azúcar en sangre.
- 13.** El ejercicio puede ayudar a reducir su nivel de glicemia y mejorar la forma en que el organismo utiliza la glucosa. Si puede haga pequeñas caminatas.
- 14.** Disminuir o restringir el consumo de sal en la alimentación. Evitar el consumo de alimentos salados y enlatados, por el alto contenido de sodio.
- 15.** Leer la tabla nutricional de alimentos de paquetico, enlatados y demás, para supervisar que el sodio que no sobrepase el 20% por porción.

NUTRICIONISTA-DIETISTA

ANEXO 2: Cuestionario de variables

NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO

FECHA:

DE VIVIENDA:

ESTADO CIVIL: Soltero/a() Casado/a() Divorciado/a() Viudo/a() Separado/a()

ESCOLARIDAD: Sin escolaridad: () Primaria: ()
Estudios técnicos o comerciales con primaria terminada:()
Secundaria Incompleta() Secundaria completa:()
Estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada ()
Preparatoria o bachillerato:() Profesional ()

- ¿Hace cuanto le diagnosticaron la diabetes?
Menos de 6 meses () 6 meses a 1 año () 1 año a 2 años () mas de 2 años ()

- ¿Se encuentra trabajando actualmente?
Si () No ()

- ¿Cual es su horario de trabajo?

- ¿Asiste a la cita de control de tratamiento nutricional?

Si () Cada cuanto? No () porque?

¿Quién prepara los alimentos en su casa?

- ¿Sus alimentos son preparados aparte del resto de la familia?
Si () No () porque?

- ¿Consume usted alimentos por fuera de casa?
No () Si, Con que frecuencia? Diario () Semanal () Quincenal () Mensual ()
Donde? Porque?

- ¿A que distancia le queda la venta de frutas y verduras mas cercano?

-¿Qué implicación (es) de la diabetes representa un problema para Usted que posea esta enfermedad?

Cambio de dieta () Ejercicio () Costo del tratamiento () Todas () Ninguna ()
Porque?

- ¿Ha aceptado completamente la presencia de esta enfermedad en su vida?
SI () NO ()

- Para usted ¿El costo del tratamiento representa una de sus preocupaciones?
SI () NO () Porque?

- ¿Que medicamentos toma actualmente?

ANEXO 3: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO: **ASOCIACIÓN ENTRE LA INTERVENCIÓN DEL NUTRICIONISTA DIETISTA Y LA ACTITUD CON RESPECTO A LA DIETA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II DE LA CIUDAD DE CARTAGENA. CARTAGENA DE INDIAS, COLOMBIA. 2014.**

Patrocinador:

Escuela de Nutrición y Dietética – Universidad del sinù Elías Bechara Zainum

Introducción

Usted ha sido invitado a participar en el estudio “**ASOCIACIÓN ENTRE LA INTERVENCIÓN DEL NUTRICIONISTA Y LA ACTITUD CON RESPECTO A LA DIETA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II DE LA CIUDAD DE CARTAGENA. CARTAGENA DE INDIAS, COLOMBIA. 2014.**” Es importante que lea muy cuidadosamente esta descripción del estudio en la cual su papel será decidir si desea participar o no. Para poder participar de este estudio usted debese **Diabético tipo II** en tratamiento con dieta, y/o hipoglucemiantes orales; hombre o mujer con edades entre los 30 y 70 años; sin complicaciones incapacitantes como: insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia renal, ceguera y cualquier trastorno psicosocial registrado en la historia clínica. Así mismo debe comprender la naturaleza y riesgos de su participación en este estudio en el momento de proveer su consentimiento informado.

Propósito del estudio

El Comité de Ética institucional de la UNISINU el cual se asegura, de que los estudios de investigación no vulneren los derechos de los individuos, ha revisado este protocolo y lo ha aprobado.

Se seleccionará un grupo de Diabéticos a los cuales se les brindara al egreso de la institución recomendaciones para el control de su enfermedad y posteriormente será contactado de dos a tres ocasiones por los investigadores para aplicarle un test (Escala) de medición de la actitud frente al cumplimiento de las recomendaciones impartidas.

Necesidad del estudio

El propósito de esta investigación es identificar factores que podrían influir en la adherencia a las recomendaciones de dieta en pacientes diabéticos no insulino dependientes.

¿Es obligatoria mi participación?

Depende de usted decidir si desea participar o no en este estudio. Si usted decide participar se le entregara una copia de este consentimiento para que lo conserve y se le pedirá que lo firme. **Aun así si decide participar es libre de retirarse en cualquier momento y no está obligado a dar explicaciones. La decisión de retirarse o de participar no implicará consecuencia alguna.**

Compensación

Participar en este estudio no le costará absolutamente nada. No habrá ninguna compensación monetaria por su participación.

Declaración de consentimiento

He leído, o me han leído la anterior información antes de firmar este informe de consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas y estas me han sido respondidas satisfactoriamente.

Yo voluntariamente consiento participar en este estudio y tengo el derecho de retirarme de este estudio en cualquier momento que lo desee sin dar ninguna razón y sin ningún impacto en mi tratamiento médico actual o futuro. Una copia firmada de este consentimiento me ha sido entregada para guardarla como referencia. Mi participación en este estudio es voluntaria y los investigadores pueden también retirarme de este estudio por razones que me serán explicadas. Me han ofrecido una amplia oportunidad de hacer todas las preguntas y he recibido las respuestas que me han sido satisfactorias. También entiendo que puedo contactar a los individuos listados en la parte de debajo de este documento en la eventualidad de cualquier daño o asunto relacionado con este estudio. Entiendo que con la firma de este consentimiento informado no renuncio a ninguno de mis derechos a los que me han sido conferidos.

1. Estoy de acuerdo a dar mi información de contacto a la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad del Sinú seccional Cartagena para que sea usada y archivada de manera confidencial.

SI _____

NO _____

Si usted ha marcado "NO" a las preguntas 1 y 2 todavía puede participar en este estudio.

2. Estoy de acuerdo en participar en el estudio **ASOCIACIÓN ENTRE LA INTERVENCIÓN DEL NUTRICIONISTA Y LA ACTITUD CON RESPECTO A LA DIETA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN LA CIUDAD DE CARTAGENA. CARTAGENA DE INDIAS, COLOMBIA. 2014.**

SI _____

NO _____

Nombre del paciente

Firma

Documento de Identificación

Fecha

Nombre del Investigador(s)

Firma(s)

Fecha