

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



**“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL TRATAMIENTO
NUTRICIONAL EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 DE
TABASCO”**

**Tesis que para obtener el Grado de
Maestro en Salud Pública**

Presenta:

Nínive Gil López

ORCID: <https://orcid.org./0000-0002-1154-2740>

Directores:

Dra. en C. María Isabel Ávalos García

Dr. en C. Heberto Romeo Priego Álvarez

Villahermosa, Tabasco.

Noviembre 2019.



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



Of. No. 0678/DACS/JAEP
11 de noviembre de 2019

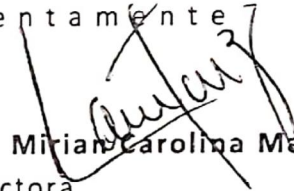
ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Nínive Gil López

Maestría en Salud Pública
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Renán García Falconi, M. en C. María del Rocio Rullán Silva, M.EM. Rosa Ma. Arriaga Zamora, M.A.S.S. Alfonso Rodríguez León y la M. en C. Catherine Sylvie Bracqbien Noygues, impresión de la tesis titulada: **"Percepción de la Calidad del tratamiento nutricional en pacientes con diabetes tipo 2 de Tabasco"**, para sustento de su trabajo recepcional de la Maestría en Salud Pública, donde funge como Directora de Tesis de la Dra. Cs. María Isabel Avalos García y el Dr. Cs. Heberto Romeo Priego Álvarez.

Atentamente


Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora



C.c.p.- Dra. María Isabel Avalos García.-Directora de Tesis
C.c.p.- Dr. Cs. Heberto Romeo Priego Avlarez.- Director de Tesis
C.c.p.- Dr. Cs. Renan Garcia Falconi.- Sinodal
C.c.p.- M. en C. María del Rocio Rullán Silva.- Sinodal
C.c.p.- M.EM. Rosa Ma. Arriaga Zamora.- Sinodal
C.c.p.- M.A.S.S. Alfonso Rodríguez León - Sinodal
C.c.p.- M. en C. Catherine Sylvie Bracqbien Noygues.- Sinodal
C.c.p.- Archivo
DC/MCML/MO'MACA/lkrd*



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 12:30 horas del día 08 del mes de noviembre de 2019 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Percepción de la calidad del tratamiento nutricional en pacientes con diabetes tipo 2 de Tabasco"

Presentada por el alumno (a):

Gil	López	Nínive
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)

Con Matricula

1	7	2	E	6	7	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Grado de:

Maestro en Salud Pública

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dra. Cs. María Isabel Avalos García
Dr. Cs. Heberto Romeo Priego Alvarez
Directores de Tesis

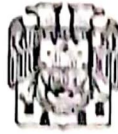
Dr. Renán García Falconi

M. en C. María del Rocio Rullán Silva

M.EM. Rosa Ma. Arriaga Zamora

M.A.S.S. Alfonso Rodríguez León

M. en C. Catherine Sylvie Bracqbien Noygues



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 07 del mes de noviembre del año 2019, el que suscribe, Ninive Gil López, alumna del programa de la Maestría en Salud Pública, con número de matrícula 172E67003 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Percepción de la calidad del tratamiento nutricional en pacientes con diabetes tipo 2 de Tabasco"**, bajo la Dirección de la Dra. María Isabel Ávalos García y el Dr. en C. Heberto Romeo Priego Álvarez, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: nini_ciuper@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Ninive Gil López

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello



DEDICATORIAS

Dedico esta tesis a todos los que creyeron en mí, a aquellas personas que luchan día a día con la Diabetes, y sobre todo a mis colegas nutriólogos, para que se tomen el tiempo de escuchar a las personas y puedan comprender el impacto que tiene cambiar los hábitos o estilos de vida, y de esta manera conozcan las barreras que existen en el entorno cultural, social, psicológico y espiritual.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



AGRADECIMIENTOS

“Toda buena dádiva y todo don perfecto descienden de lo alto, del Padre de las luces, en el cual no hay mudanza, ni sombra de variación”. Santiago 1:17.

Jehová, hoy quiero darte gracias por tu misericordia, porque me regalaste el don de la vida y por las bendiciones y logros que me das cada día, motivos por el cual siempre mantengo una sonrisa en el rostro. Esta investigación está elaborada con sacrificios y esfuerzos, siendo esta tesis una bendición más que me has dado para cumplir esta meta en mi vida, es por ello te agradezco Padre con el corazón.

Cuando se habla de “tesis” es importante recordar a las personas que te acompañaron en el camino y los eventos vividos. Múltiples emociones caracterizan la elaboración de la tesis, donde pude contar con el apoyo institucional y con el apoyo de mis maestros, compañeros y familiares, a quienes dedico este apartado.

La terminación de este proyecto no se hubiese llevado a cabo de no ser por el apoyo de mis padres, pues soy la cosecha de su lucha y entrega. Mi padre José, quien con sus consejos me da sabiduría para saber cómo actuar ante las complejidades que se presentan. Mi madre Julia, la que siempre está ahí, tan noble y sentimental, desvelándose cada noche a mi lado, la que me impulsa y me da calidez, esa de quien heredé la fortaleza. Mis hermanos Roberto, Oscar y Lupita, a quienes amo intensamente, quienes siempre me alientan para ser mejor cristiana, los que ya no están bajo el mismo techo pero, que cada día los siento tan cerca como cuando éramos niños. A mi prima Alondra, quien a pesar de la distancia siempre estuvo apoyándome y desvelándose conmigo para construir esta tesis.



A mi compañera, amiga y ahora cuñada, Elena Domínguez por ser esa cómplice de diversas actividades escolares y amorosas, y porque juntas logramos concluir nuestros trabajos de campo para la realización de nuestras tesis, animándonos una con la otra y diciendo cada día “ánimo, ya falta poco”. A mi amiga y colega María José, con quien viaje y viví, a ti por darle tranquilidad a mis noches lejos de casa. A mi amigo Luis Miguel, “el sol” quien siempre tuvo la palabra correcta en el peor momento y quien nunca dejó que tirara la toalla. A mis compañeros, María Jesús, la más callada, introvertida y despistada de la clase, por permitir que te escuchara y comprendiera parte de tu vida y José Gabriel, el más competitivo, aquel que nos hacía esforzarnos más en cada tarea.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), quien patrocinó mis estudios durante dos años. A la institución porque me abrió las puertas para formarme en ella. A mis maestros y maestras, a todos ustedes quienes colaboraron en mi crecimiento profesional y quienes con sus enseñanzas aportaron conocimientos para la realización de esta tesis. A mi coordinador Heberto Priego quien tomó las riendas para enderezar el camino de la maestría y quien constantemente estuvo alentándonos para concluir este proceso.

Por último y en especial quiero agradecerle a mi maestra y asesora de tesis, María Isabel Ávalos García por cada detalle y momento dedicado a mi persona para resolver dudas surgidas y aportar conocimientos para la elaboración de este proyecto y quién siempre creyó en mí, sin importar que tan difícil pareciesen las cosas; con usted estaré eternamente agradecida.

El resultado de este trabajo son historias de vida de las personas quienes me abrieron sus corazones y compartieron sus vivencias conmigo durante la entrevista. Todas estas personas han sido una guía que me permitió conocer y comprender parte importante de la relación que hay entre su enfermedad y la sociedad. Los admiro porque al final de cada entrevista, después haber abierto su



corazón y derramar lágrimas, siempre mostraban una sonrisa. Gracias UNEMES EC, por el apoyo que me brindaron para realizar las entrevistas.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



ÍNDICE

INDICE DE TABLAS Y CUADROS.....	I
ABREVIATURAS.....	II
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
1 INTRODUCCIÓN.....	1
2 MARCO TEÓRICO.....	4
2.1 Generalidades de la Diabetes.....	4
2.2 Nutrición en el paciente con Diabetes Tipo 2.....	6
2.3 Antecedentes de la calidad y calidad en salud.....	13
2.4 Percepción de la calidad en los pacientes con diabetes tipo 2.....	15
2.5 Estudios Relacionados.....	17
3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
4 JUSTIFICACION.....	20
5 OBJETIVOS.....	23
5.1 Objetivo General.....	23
5.2 Objetivos Específicos.....	23
6 MATERIAL Y MÉTODOS.....	24
6.1 Diseño del estudio.....	24



6.2	Población, muestra y muestreo.....	24
6.3	Criterios de inclusión y exclusión.....	24
6.3.1	Inclusión.....	24
6.3.2	Exclusión.....	25
6.4	Variables.....	26
6.5	Operacionalización de variables.....	26
6.6	Técnica y procedimientos de la investigación.....	26
6.7	Instrumentos para la recolección de la información.....	26
6.8	Procesamiento y análisis de la información.....	26
6.9	Consideraciones éticas.....	28
7	RESULTADOS	30
8	DISCUSIÓN	33
8.1	Enfoque y Conocimiento Acerca de la Enfermedad.....	33
8.2	Roles Asignados al Paciente y al Prestador.....	33
8.3	Contexto Social y Organizado.....	33
8.4	Integración de la Vida con la Enfermedad.....	34
9	CONCLUSIONES	35
10	RECOMENDACIONES	36
11	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
12	ANEXOS	43



ÍNDICE TABLAS Y FIGURAS

1	Contenidos analizados en los pacientes con Diabetes tipo 2.....	25
2	Estudios Relacionados.....	43
3	Operacionalización de variables.....	53

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



ABREVIATURAS

DT2	Diabetes Tipo 2
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
CV	Calidad de Vida
AGA	Alteración de la Glucemia en Ayunas
ATG	Alteración de la Tolerancia a la Glucosa
ADA	American Diabetes Association
TMN	Terapia Médico Nutricional
IG	Índices Glucémicos
IMC	Índice de Masa Corporal
EVC	Enfermedad Cardiovascular
FID	Federación Internacional de Diabetes
DGE	Dirección General de Epidemiología



GLOSARIO

Diabetes	Enfermedad crónica e irreversible del metabolismo en la que se produce un exceso de glucosa o azúcar en la sangre y en la orina; es debida a una disminución de la secreción de la hormona insulina o a una deficiencia de su acción.
Nutrición	Es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.
Malnutrición	La carencia, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona.
Alimentación	Es la actividad mediante la que tomamos del mundo exterior una serie de sustancias necesarias para poder nutrirnos.
Perspectivas	Manera de ver algo desde un punto espacial determinado.
Calidad	Expresión que indica que una persona actúa bajo las directrices del papel o función que está desempeñando.
Retinopatía	Enfermedad no inflamatoria de la retina.
Barreras	Obstáculo o cerca que impide algo.
Insulina	Hormona producida por el páncreas, que se encarga de regular la cantidad de glucosa de la sangre.



Sedentarismo	Es un factor de riesgo modificable, lo que significa que la adopción de un estilo de vida que incluya la práctica de ejercicio físico interviene en la mejora de la salud de la persona sedentaria y reduce su riesgo cardiovascular.
Sobrepeso	Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.
Obesidad	Estado patológico que se caracteriza por un exceso o una acumulación excesiva y general de grasa en el cuerpo.
Factores de riesgo	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.



RESUMEN

Introducción: La DT2 constituye uno de los mayores retos de la salud pública del siglo XXI, que presenta complicaciones generadas por la enfermedad y que afecta la calidad de vida de las personas. Una alimentación de calidad es una herramienta indispensable para mantener el control de enfermedades como la diabetes; el abordaje debe situar al paciente en el centro de la atención por lo que analizar su percepción sobre el control nutricional es prioridad. **Objetivo:** Determinar la percepción acerca de la calidad en el tratamiento nutricional en el paciente con DT2 en unidades médicas del sector salud de Tabasco. **Material y método:** Se realizó un estudio Cualitativo, no experimental, de tipo exploratorio en la población de pacientes con DT2 de unidades médicas del Sector salud de Tabasco. Para el análisis de los datos obtenidos, se empleó un software MAXQDA 2018 para estudios cualitativos. **Resultados:** Las personas con diabetes interpretan su enfermedad basándose en creencias religiosas, mitos y conocimientos erróneos. Su principal apoyo para lograr su control nutricional es Dios y su familia, la principal barrera que expresan es su situación económica y el no apoyo de su familia. **Conclusiones:** Los pacientes construyen la diabetes de manera que no la aceptan y por ende no la integran a su vida. La relación nutriólogo paciente es hegemónica, lo que limita la calidad de su control nutricional.

Palabras Claves: Perspectivas, Nutrición, Calidad, Tratamiento.



ABSTRACT

Introduction: DT2 is one of the greatest public health challenges of the 21st century, which presents complications generated by the disease and affects the quality of life of people. Quality food is an indispensable tool to maintain control of diseases such as diabetes; The approach should place the patient in the center of attention, so analyzing their perception of nutritional control is a priority. **Objective:** To determine the perception about the quality in the nutritional treatment in the patient with DT2 in medical units of the health sector of Tabasco. **Material and method:** A qualitative, non-experimental, exploratory study was conducted in the population of patients with DT2 of medical units of the Tabasco Health Sector. For the analysis of the data obtained, a MAXQDA 2018 software was used for qualitative studies.

Results: People with diabetes interpret their illness based on religious beliefs, myths and misconceptions. Their main support to achieve their nutritional control is God and their family, the main barrier they express is their economic situation and the non-support of their family. **Conclusions:** Patients build diabetes so that they do not accept it and therefore do not integrate it into their life. The patient nutritionist relationship is hegemonic, which limits the quality of their nutritional control.

Keywords: Perspectives, Nutrition, Quality, Treatment.



1. INTRODUCCIÓN

Actualmente la Diabetes, es una de las enfermedades crónicas no transmisibles que epidemiológicamente representa relevante importancia por los daños a la salud que ocasiona, en la mayoría de los países desarrollados es una de las cinco primeras causas de muerte y en muchas de las naciones que se encuentran en desarrollo o que han sido recientemente industrializadas se presenta cada vez más recurrente.¹

En las políticas de salud de diversos países, se ha priorizado los cambios de estilo de vida que originen un impacto positivo en la salud, promoviendo además la actividad física como parte de un eje transformador en la salud de los individuos, previniendo la aparición temprana de la enfermedad que hoy se considera una epidemia mundial. La mayoría de los casos de Diabetes Tipo 2 (DT2) pueden ser prevenibles, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en las Américas, aproximadamente 62 millones de personas presentan DT2.²

En México, se presentan nuevos cambios en el sistema de salud relacionado con la calidad de la atención en los servicios. Para Frenk, México está en un proceso de cambios en condiciones de salud poblacional y desigualdad, que está sumando nuevas capas de complejidad a los patrones de enfermedad, discapacidad y muerte. La DT2 nos ubica en esta complejidad de la atención que merece plantear estrategias más efectivas para lograr cambiar el comportamiento natural de la enfermedad y preservar la salud individual y familiar.¹

La DT2 constituye uno de los mayores retos de la salud pública del siglo XXI, que presenta complicaciones generadas por la enfermedad y que afecta la calidad de vida de las personas, el reto de lograr mejores resultados está en la oportunidad



de la atención y la calidad del tratamiento integral que el paciente diabético debe tener.

La tendencia epidemiológica de la DT2 es francamente ascendente en el mundo, provocada por una serie de factores socioculturales, entre los que sobresalen una mayor longevidad de la población, el progresivo incremento de la obesidad, el sedentarismo, la mala calidad alimentaria, entre otros.³

En los últimos años la diabetes ha tenido un incremento importante en cuanto a costos que genera su atención, en el país aproximadamente ha costado 15 118 millones de dólares, destinando el mayor porcentaje del presupuesto al pago de las complicaciones crónicas o los costos indirectos debidos a la incapacidad prematura y la mortalidad.⁴

El tratamiento de las enfermedades crónicas degenerativas han sido evaluadas en el pasar de los años, pero investigadores recientemente se enfocan en la calidad de vida (CV), de los individuos, involucrando la atención nutricional como una estrategia prioritario, por la disminución de complicaciones que pueden desarrollarse, como cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar no cetósico; complicaciones crónicas microvasculares como nefropatía, retinopatía y neuropatía; y complicaciones crónicas macrovasculares como el infarto al miocardio y evento cerebral vascular.⁵

El día de hoy, amputar los miembros inferiores del cuerpo humano es el principal origen que ocasiona la diabetes tipo 2, van de la mano con complicaciones como la insuficiencia renal y la ceguera, esto se ha presentado en las personas que aun son productivas económicamente convirtiéndose en una de las principales causas de discapacidad, entre otras.⁶



Una alimentación de calidad es una herramienta indispensable para mantener el control de enfermedades como la diabetes; el enfoque debe ir dirigido al control de glicemia en sangre con el objetivo de prevenir complicaciones desarrolladas por la enfermedad, para ello en la dieta algo que se debe tener en cuenta es cómo repartir la toma de los hidratos de carbono en los tiempos de comida que deben realizar por día. Es indispensable acompañar la alimentación con actividad física y modificando el estilo de vida, sobre todo en los paciente que portan la enfermedad acompañada de la obesidad. ⁷

Con base en las consideraciones antes expuestas, se realizó un estudio cualitativo con el objetivo de analizar la percepción de la calidad en el tratamiento nutricional en pacientes con diabetes tipo 2 que asisten a la Unidad de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEMEs) de Tabasco. Conocer las barreras que impiden llevar a cabo la alimentación adecuada y aceptar cambios en el estilo de vida, es fundamental en las personas con diabetes. Este estudio sentará las bases para diseñar estrategias que permitan al paciente integrar la enfermedad con su vida, la familia y la sociedad.



2. MARCO TEÓRICO

2.1 Generalidades de la diabetes tipo 2:

La definición de diabetes es bien conocida por el mundo entero, es una enfermedad crónica que degenera los órganos, esto sucede cuando el páncreas se ve afectado y deja de realizar su principal función, la cual es sintetizar insulina que produce el organismo. Cuando el azúcar en sangre no es controlada se le da el nombre de hiperglucemia.⁸

La insulina se fabrica en el páncreas, esta hormona es indispensable para introducir la glucosa en sangre en las células, donde cambia a energía, la falta de insulina o cuando las células se atrofian y provocan hiperglucemia, posicionando en primer lugar a esta característica de la diabetes.

2.1.1 Diagnóstico

Según la OMS, para diagnosticar la diabetes se deben conocer criterios que nos dan a conocer los niveles elevados de la glucosa en sangre:

La diabetes se debe diagnosticar cuando se cumplan uno o más de los siguientes criterios: Glucosa en plasma en ayunas $\geq 7,0$ mmol/L (126 mg/dl).

Para la glucosa plasmática se realiza el siguiente procedimiento: la persona consume por la vía oral una carga de glucosa de 75 gramos y posteriormente dejará transcurrir dos horas para la toma. El nivel de glucosa al azar $> 11,1$ mmol/L (200 mg/dL) o la HbA1c ≥ 48 mmol/mol (equivalente a 6,5%).

Para realizar el diagnóstico de la tolerancia de glucosa (ATG) se deben tomar en cuenta siguientes criterios: La glucosa en plasma en ayunas $< 7,0$ mmol/L (126



mg/dl). La glucosa en plasma después de dos horas de haber hecho una toma de glucosa de 75 gramos 7,8-11,1mmol/L (140-200mg/dl).

Para el diagnóstico de las alteraciones de glucosa en ayunas (AGA) se toman en cuenta los siguientes criterios: La glucosa en plasma en ayunas 6,1-6,9 mmol/L (110 to 125 mg/ dL). La glucosa en plasma después de dos horas de haber hecho una toma de glucosa de 75g <7,8mmol/L (140 mg/dL).⁹

2.1.2 Clasificación

Diabetes de tipo 1 (anteriormente denominada diabetes insulino dependiente o juvenil) se caracteriza por la ausencia de síntesis de insulina.

Diabetes de tipo 2 (llamada anteriormente diabetes no insulino dependiente o del adulto) tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física.

Diabetes gestacional corresponde a una hiperglicemia que se detecta por primera vez durante el embarazo.

Existen otros tipos de diabetes que son menos comunes, estas son: la diabetes monogénica, que es una forma hereditaria de diabetes y la diabetes relacionada con la fibrosis quística.¹⁰

2.1.3 Tratamiento farmacológico y no farmacológico

Para controlar los niveles de glucosa en sangre en pacientes con diabetes la American Diabetes Association (ADA, 2018) propone la utilización de diferentes tipos de insulina, pueden ser insulinas rápidas como: Lispro, aspart y glulisina;



insulina regular; insulina intermedia: NPH; e insulinas lentas o de acción prolongada como: Glargina y Detemir.

También recomienda diferentes fármacos como: metformina, tiazolidinedionas, sulfonilureas, meglitinidas, acarbosa, inhibidores DPP-4, e inhibidores SGLT2. ¹¹

Modificar el estilo de vida tiene como objetivo mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de los parámetros objetivos, prevenir o retrasar las complicaciones de diabetes, mantenerse en un peso adecuado y tener mayor energía para realizar sus actividades diarias. Esta modificación incluye llevar una dieta saludable y practicar ejercicio físico regular. ¹²

2.2 Nutrición en el paciente con diabetes

Una de las enfermedades crónicas donde la nutrición ha ganado mayor relevancia es la diabetes, debido impacto que la calidad nutricional tiene en la salud del individuo, al aumento descontrolado de la alimentación, al sobrepeso y la obesidad, al desarrollo de Insulinorresistencia y a las recomendaciones nutricionales proporcionadas a los pacientes con diabetes.

Un pilar fundamental en el control de la diabetes es la nutrición; contribuye enormemente a la prevención primaria y secundaria de los factores de riesgos cardiovasculares, a la prevención y mejoría de las complicaciones crónicas asociadas a la diabetes y al aumento de la calidad de vida en el paciente. ¹³

Actualmente hay diferentes conceptos para hablar del tratamiento nutricional, uno de ellos es la Terapia Médico Nutricional (TMN) que tiene como objetivo promover los esfuerzos de los diferentes prestadores de servicios con el fin de integrar los diversos tratamientos que se le otorgan a los paciente con diabetes. Se define como el uso de servicios nutrimentales para tratar enfermedades,



trauma o condiciones, e involucra dos fases: 1) La evaluación del estado nutricional del paciente y 2) El tratamiento, que incluye la elaboración de un plan de alimentación, orientación alimentaria y la utilización de suplementos nutrimentales especializados.¹⁴

La nutrición como elemento fundamental en el manejo del paciente con diabetes como se menciona anteriormente, no debe ser un evento aislado sino parte integral del plan terapéutico del paciente en la búsqueda de mejores resultados.

La distribución energética recomendada para la diabetes es la siguiente:

Hidratos de carbono: 55-60 %, se recomienda consumir de absorción lenta, ya que estas no provocan elevaciones bruscas de la glucemia después de su absorción, los alimentos que los contienen son: vegetales, cereales, legumbres y tubérculos.

Proteínas: 12-20 %, la fuente preferible para el consumo de las proteínas es: el pescado, el pollo, y los productos derivados de la leche, bajos en grasas.

Grasas: 20-30 %, la ingesta de ácidos grasos polinsaturados y monoinsaturados son los que deben consumir con mayor frecuencia y en menor las grasas saturadas.¹⁵

Como se ha venido mencionando la dieta juega un papel importante en el control del paciente con diabetes, pero los factores de confusión limitan muchos estudios clínicos nutricionales. A pesar de que las modificaciones en la dieta han sido aceptadas por su importante forma de prevenir la DT2, no existe un acuerdo sobre los tipos de las grasas o de carbohidratos en las dietas.



En diversos estudios se ha demostrado que no es tan importante el total de carbohidratos o grasas consumidos a como lo es la variedad de carbohidratos y de grasas.

Por lo tanto una mayor ingesta de grasas poliinsaturadas o ácidos grasos omega-3 de cadena larga podrían ser beneficiosos, y la ingesta de grasas saturadas y ácidos grasos trans podrían afectar al metabolismo de la glucosa. ^{16, 17}

Estudiar los patrones de alimentación simboliza el enfoque correcto que va dirigido a la evaluación de la dieta en cuanto al riesgo de diabetes, esto de acuerdo a los efectos entre los diferentes componentes de los patrones adquiridos. ¹⁸

Las dietas con alto índices glucémicos (IG) se asocia con mayor riesgo de DT2 sin tomar en cuenta el índice de masa corporal (IMC), actividad física, edad o antecedentes familiares, sin embargo, aquellos que siguen una dieta con mayor consumo de verduras, frutas, carne de aves, grasas vegetales y cereales integrales reducen el riesgo; mientras que la dieta mediterránea (alto contenido de frutas, verduras, cereales integrales, nueces y aceite de oliva), reduce la aparición de DM2 hasta un 40%, sin necesidad de reducción de peso. ^{19, 20, 21}

El consumo de productos lácteos bajos en grasa, cereales de granos enteros, fibra, nueces, café y té verde pueden disminuir el riesgo de DT2; pero las bebidas azucaradas, los jugos de frutas, la carne roja y la carne procesada, los aceites hidrogenados y margarinas y los huevos pueden aumentar el riesgo. Lo anterior no cuenta con una amplia evidencia sustentable. ²²

Tienen menor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) personas que consumen alcohol en cantidades moderadas, que no sobrepasen los dos vasos o 20 g/día los varones y un vaso o 10 g/día las mujeres, a los que son abstemios o los que alcohol de manera desmedida. ^{16, 17, 18}



2.2.1 Estética de la presentación de los alimentos

El vínculo que existe entre el arte y la comida es conocido gracias a la plataforma argumentativa de la estética, según Guattari la obra de arte está vinculada a la producción de subjetividad, de donde parte la propuesta de los paradigmas estéticos; y a la creación territorial existencial, la cual es esencial para el proceso.

La cocina es el territorio en donde el artista que utiliza alimentos como material crea sus obras, es en esta parte donde Guattari menciona una máquina relacionada con el hablar y el comer, del cual surge el vínculo estrecho con el arte y la comida.

Un acto estético es el comer, este acto produce la percepción del individuo considerando que el territorio del arte privilegia las experiencias estéticas. La valoración personal es una práctica que conlleva la búsqueda de otro modo de vivir a un estilo nuevo.

Para Foucault una forma de percepción es la relación de políticas en la alimentación. En el futurismo se considera dentro de la estética tradicional del dominio del arte: la cocina y el régimen dietético.²³

La presentación de los platillos es importante tanto para la persona que lo está preparando como para la persona que lo va a degustar, la importancia de la presentación de un platillo va más allá de la estética, se busca facilitar, sorprender, pero sobre todo, emocionar al comensal.

Se deben considerar ciertos elementos para presentar un platillo, uno importante es la vajilla en donde se colocan los alimentos, en este debe transmitir la



naturaleza y armonía del platillo, considerando ciertos elementos que debe contener el plato, como:

- Proteína: carnes de todo tipo, comúnmente es el elemento principal que es mencionado al principio en el nombre de la preparación, también pueden entrar las proteínas vegetales cuando estas sean principales.
- Guarnición de verduras: aquí se colocan todas las verduras que le dan colores y frescura al platillo.
- Guarnición de almidón: carbohidratos, como papas, cereales, pastas, etc.
- Salsa: Denominada como la firma del chef que unifica y da toques artísticos.
- Decoraciones: estos son los elementos con los que se adornan los platos y que le dan el toque final, estos alimentos pueden ser opcionales y las más utilizadas son las hierbas.

Existen reglas para la presentación de platillos: E.U.P.F + A

- Equilibrio: aquí se combinan colores, la textura de los alimentos y las funciones que se buscan expresar en el plato, dándole una perspectiva de armonía.
- Unidad: se trata de juntar los componentes sin estorbarse para mostrar la elegancia de lo simple, la cohesión.
- Punto focal: esta es el área más importante del plato ya que aquí los comensales es donde centran toda la atención sin alguna distracción por parte del resto de los elementos del plato.
- Flujo: dentro de esta encontramos dos tipos de flujo, el balance simétrico, donde el flujo sigue una misma dirección; y el balance asimétrico, este genera varios flujos que provocan visualizar múltiples veces el plato para poder apreciarlo.
- Altura: se trata de la parte arquitectónica del montaje, en esta se debe tener una base sólida para alcanzar la altura deseada. ²⁴



La importancia de involucrar la estética y presentación de platos es para tomar en cuenta la percepción de las personas al momento de visualizar el platillo que degustaran, ya que, a como se mencionó anteriormente, provoca emociones las cuales pueden facilitar la adaptación del paciente con el tratamiento nutricional.

2.2.2 Abundar en la nutrición del paciente con enfermedades crónicas

La economía de los alimentos ha impactado negativamente al cambio de hábitos de la población a nivel mundial, esto debido a la accesibilidad de alimentos energéticos, azucarados y alimentos con alto contenido de grasas; dichas características combinadas con la disminución del gasto energético por los nuevos inventos que ahorran el esfuerzo físico, dan como resultado estilo de vida sedentario.

De acuerdo a estudios realizados por científicos, un determinante en las enfermedades crónicas que es posible modificar y que tiene su influencia se ve inclinada de manera positiva o negativa en la salud al pasar de los años es la nutrición.

Modificar el estilo de vida de las personas en cuanto a la alimentación determina que un individuo padezca o no enfermedades como cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes en etapas posteriores de la vida. Sin embargo, estas modificaciones no han tenido impacto en las políticas alimentarias de muchos países desarrollados, y no las consideran como prevención de las enfermedades crónicas.

Es por ello que para obtener resultados positivos en la prevención de enfermedades crónicas, se deben modificar las políticas, reconociendo la importancia del estilo de vida, la nutrición y la actividad física.²⁵



La pobreza y la falta de equidad son otros determinantes de una malnutrición, por lo tanto, es importante que las políticas y las acciones sociales tomen en cuenta dichas causas. Científicamente se ha demostrado que las carencias nutricionales aumentan el riesgo de contraer enfermedades infecciosas comunes, en particular las de la niñez.^{26, 27}

La salud poblacional se puede ver agravada desde un ambiente social, cultural, político y económico, como resultado de factores de riesgo, como el consumo excesivo de alcohol, de tabaco, de alimentos con bajo aporte nutricional y la inactividad física. Sin embargo, se pueden tomar medidas para favorecer la salud poblacional.²⁵

La carga de enfermedades crónicas es otro determinante de la salud pública a nivel mundial. En los países en desarrollo se presentan el mayor porcentaje de enfermedades crónicas, sobre todo en hombres de mediana edad.²⁸ Evidentemente el riesgo de sufrir enfermedades crónicas empieza desde la vida fetal y persiste hasta la vejez, cada vez con mayor frecuencia, reflejando en el adulto distinto tipo de exposiciones en el pasar toda la vida referente a enfermedades crónicas que se puedan presentar.^{29, 30, 31, 32, 33, 34}

Por lo anterior, expertos realizan un enfoque que comprende la vida y que identifican los riesgos acumulados y las diferentes oportunidades para intervenir en ello. A pesar de lo impredecible que es la progresión de la vida, se identifican cinco etapas: el desarrollo fetal y el entorno materno, la lactancia, la niñez y la adolescencia, la vida adulta, y el envejecimiento y la ancianidad.

La presencia de los efectos de la alimentación temprana cada día es más importante, y ayuda a prevenir la morbilidad y mortalidad a largo plazo, retrasando la aparición de enfermedades.³⁵



Cuando un bebé nace con sobrepeso u obesidad, es sinónimo de padecer obesidad durante el transcurso de la vida, sin embargo los niños que nacen con bajo peso o desnutrición, continúan siendo pequeños hasta la edad adulta.

Por otra parte se ha visto un aumento de peso moderado al nacer en países desarrollados, por lo que los mayores niveles de obesidad antes descritos deben reflejar cambios ambientales.^{36, 37}

2.3 Antecedentes de la calidad y calidad en salud

La existencia de la calidad apareció junto con el hombre y su deseo por superarse y hacer mejor las cosas, lo cual coincide con el principio básico de evolución de Charles Darwin, donde menciona que sólo sobreviven los mejores en la selección natural. Pero donde propiamente inicia la calidad es en la época usufactura, en la cual el hombre fabrica artículos necesarios para su sustento y vestimenta.

Años más tarde, practicaron la agricultura y se dieron cuenta que podían obtener mejores alimentos y armas, es cuando la administración de la calidad surge como un proceso de mejora en el conocimiento y la posición del hombre.

En los años 2150 A. C. surgió el Código de Hammurabi, el cual marcaba en una de sus reglas que si se construía una casa y el constructor no lo hace con buena resistencia y surgen derrumbes dejando muertos, éste debe ser ejecutado; reglas similares a la de los fenicios, quienes utilizaban un programa correctivo para asegurar la calidad, el cual consistía en cortarle la mano al responsable de una mala calidad. Otros vestigios que señalan acciones para implementar la calidad se remontan a las pirámides egipcias y la muralla china.

Los gurús de la calidad: William Edwards Deming, Joseph Juran, Philip Crosby, Kaoru Ishikawa, Armand Feigenbaum, Shigeo Shingo, Genichi



Taguchi, William Ouchi y Walter Shewhart. Son autores que lograron la aparición filosófica de la calidad como una de las nuevas teorías para mejorar el trabajo humano.³⁸

Las contribuciones de Deming a la calidad fueron: el ciclo PDCA (Planear, hacer, verificar y actuar) que también lleva su nombre ("Ciclo de Deming"), tiene como objetivo establecer un sistema que permita mejorar, auto-evaluar y enfatizar continuamente puntos principales fijos e identificar las áreas donde se pueda actuar y así mejorarlas.³⁹

Según la OMS, la calidad de vida es cómo un individuo aprecia su posición en la vida, en lo cultural, en el sistema de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, reglas e intranquilidades. Calidad de vida se trata de un concepto en el cual influyen las condiciones del sujeto; se trata de vivir muchos años en las mejores condiciones de vida, manteniendo estables las capacidades físicas, psicológicas y sociales del ser humano.⁴⁰

El Pequeño Larousse Ilustrado define a la calidad como el conjunto de cualidades que forman la manera de ser de una persona o cosa; proviene del latín qualitis y es sinónimo de aptitud, eficacia, atributo, perfección, calificación, etc.⁴¹

Donabedian define la calidad en salud limitándola a una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Obtener mayores beneficios con menores riesgos para el usuario en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes.⁴²

La definición de calidad formulada por el Organismo Internacional de Normalización (ISO) (International Standards Organization) hace referencia al grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado (ISO, 1989).⁴³



Según Arellano (1996), La percepción es el proceso donde el individuo selecciona, organiza e interpreta lo que siente para poder unir una visión coherente de lo que lo rodea. Por otra parte, Schiffman y Lazar (1997), mencionan que la satisfacción de usuario se mide evaluando la percepción.⁴⁴

Bañon plantea que “evaluar es formar un juicio acerca de una acción o de la concatenación de acciones para establecer si su concepción y desarrollo corresponden a los objetivos deseados”.^{45, 46}

Es importante conocer el juicio entonces de los usuarios sobre lo que reciben en cuanto a los planes nutricionales en el paciente con DT2.

Para decir que se está otorgando un servicio de calidad es muy importante que las instituciones estudien y tomen en cuenta las expectativas de los usuarios, y que la organización conozca lo que ellos esperan, con la finalidad de que los usuarios perciban un servicio excelente. La falta de conocimientos puede deberse a que se invierte tiempo, dinero y otros recursos en acciones que no satisfacen al usuarios.

Para evaluar la calidad de un servicio se deben conocer las dimensiones de la calidad de los servicios que están compuestas por factores o criterios de calidad.

⁴⁷

2.4 Percepción de la calidad en los pacientes con diabetes tipo 2

Los informes que proporcionan los usuarios son los principales indicadores de calidad de vida. De acuerdo a lo mencionado anteriormente una calidad deficiente puede afectar al control metabólico.⁴⁸



Las personas con diabetes tienen menor probabilidad de mantener una buena salud en comparación de individuos sin la patología, esto es el resultado de la inactividad física que puedan presentar las personas con la patología.⁴⁹

En usuarios con diabetes, los tratamientos y las dificultades que proporciona la enfermedad tienen un gran impacto en los aspectos de su vida, el cual es llamado "Calidad de vida". No solo necesitan integrarse en un tratamiento médico y nutricional, sino que deben vivir con el temor de presentar complicaciones de la enfermedad a lo largo de su vida.⁵⁰

Desde la antigüedad en Grecia, filósofos como Platón y Aristóteles nos han hecho saber que es necesario debatir la satisfacción con las circunstancias personales, la felicidad y las condiciones necesarias para un buen vivir.

La CV objetiva es el grado en que las condiciones de vida de las personas alcanzan criterios observables de una buena vida. Estos criterios se reflejan en indicadores como ingresos, seguridad, atención de salud, educación.⁵¹

La CV subjetiva hace referencia al hecho de juzgar las circunstancias de vida de manera individual en la que se encuentran las personas y esta puede variar entre ellas.

La percepción subjetiva de CV ha recibido atención especial por parte de los investigadores estudiando circunstancias personales, sociales o culturales que se relacionan con una mayor o menor percepción de la satisfacción; la percepción del paciente vincula emociones las cuales implican el juicio de los usuarios.⁵²

La CV se vincula con aspiraciones y satisfacción, respecto a dominios importantes en el desarrollo de vida de las personas.⁵³



2.5 Estudios relacionados (ver en anexos)

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, millones de personas son afectadas por la pandemia de diabetes.⁹ La OMS, estima incremento abrupto en el número de personas con diabetes de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014. La prevalencia mundial de la diabetes en adultos ha aumentado con mayor rapidez desde 1980 (4,7%) hasta 2014 (8,5%), principalmente en los países de ingresos medianos y bajos, soportando casi el 80 % de la carga de diabetes.

Los datos anteriores nos ubican en un reto epidemiológico pero también ante la necesidad de estudiar las variables que se asocian con el éxito o fracaso de las estrategias en la prevención de la enfermedad, en donde el tratamiento integral juega un papel importante en los mejores logros de los planes terapéuticos en el paciente con diabetes, como se menciona en el párrafo siguiente.

Para el 2015 se calcula que la diabetes causó un total de 1,6 millones de muertes. Aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar a personas con menos de 70 años de edad y un 55% de ellas son mujeres. La OMS estima que la diabetes, para el 2030, ocupara el séptimo lugar en mortalidad.⁵⁴

Según la Federación Internacional de Diabetes, el número de personas con diabetes puede aumentar a 693 millones para 2045, (FID, 2017).⁹

La tendencia es un tema preocupante para pensar en el cómo dar una respuesta adecuada a la detección oportuna, al manejo terapéutico y a las complicaciones de esta enfermedad cuya curva estadística de crecimiento no se modera a pesar de existir políticas y programas establecido de atención.



La diabetes es la segunda causa de mortalidad en México; está presente en más del 15% de adultos mayores, para el año 2010 causó cerca de 83 000 muertes en el país. Entre 1980 y 2016 la mortalidad anual por diabetes aumentó de 14,626 a 105,574. En el 2012 las cifras de prevalencia de diabetes en mujeres mexicanas era del 9.67%, y en los hombres del 8.6%; para el 2016 las cifras aumentaron a 10.3% en mujeres y 8.4% en hombres. El 90% de los casos de diabetes se relacionan con el sobrepeso y la obesidad. ^{55, 56}

En Tabasco, durante el 2006, la prevalencia de diabetes fue de 6,908 casos los cuales corresponde al 6.2% de la población general, para el 2012 incrementó al 9.35%. Las cifras de mortalidad en 2006 fueron de 1,198 fallecimientos, mientras que para el 2016 se alcanzaron cifras de 1, 057,800 muertes. ^{57, 58}

De acuerdo a la Dirección General de Epidemiología (DGE), Tabasco ocupa el primer lugar a nivel nacional en detección de DT2, pues cada año se registran casi 3 mil 400 casos nuevos. ⁵⁹

Existen tres tipos principales de diabetes: La tipo 1, en la que el organismo no produce insulina, la tipo 2 en la que el organismo no utiliza eficazmente la insulina, es la más común, y representa aproximadamente del 85% a 90% de todos los casos. Se relaciona con factores de riesgo modificables como la obesidad o el sobrepeso, la inactividad física, y las dietas de bajo valor nutricional, este tipo solía ser exclusiva de adultos, pero ahora también se presenta en niños. Finalmente, la gestacional, esta última se detecta durante el embarazo. ⁶⁰

El objetivo principal del tratamiento nutricional en pacientes con DT2 es disminuir complicaciones de la enfermedad alcanzando y conservando niveles de glucemia normales. Para ello es importante aprender conductas y actitudes del estilo de



vida como: el ejercicio, la modificación conductual de los hábitos de alimentación y el apoyo psicológico.¹⁴

Mejorar o mantener un estado nutricional óptimo acorde a la edad, género, actividad física, estado de salud y estilo de vida a través de una nutrición óptima, es uno de los objetivos principales del plan terapéutico no solo diseñar una dieta sino vincular el plan nutricional a estrategias complementarias logrando la integración en el manejo del paciente diabético, disminuyendo factores de riesgo que afectan directamente la calidad de vida del mismo.

Durante el año transcurrido en el servicio social, como estudiante de la carrera Licenciatura en Nutrición, al momento de realizar valoraciones nutricionales, se observó que los adultos mayores con DT2, no llevan un control nutricional de su salud.

Considerando lo anterior, en esta investigación se pretenden responder a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la percepción de la calidad en el tratamiento nutricional en el paciente con diabetes tipo 2 en Tabasco?



4. JUSTIFICACIÓN

En el mundo 425 millones de personas viven con diabetes El porcentaje de pacientes controlados en el mundo apenas alcanza el 30% en promedio.

México ocupa el 5to lugar a nivel mundial y actualmente existen 12 millones de personas con diabetes. Es la segunda causa de mortalidad, con una prevalencia en las mujeres del 10.3% y en los hombres de 8.4%, hubieron 105, 574 defunciones por esta causa.⁶²

Las principales complicaciones reportadas son visión disminuida, retinopatía diabética, úlceras y amputaciones en miembros inferiores.

El 90% de los casos de diabetes que se presentan en México se relacionan con el sobrepeso y la obesidad.⁶³

La DT2 es una de las principales causas de mortalidad en el estado de Tabasco, y en prevalencia está posicionada en el primer lugar en conjunto con la obesidad; es considerada una enfermedad crónico-degenerativa que afecta a las personas de manera física, psicológica, social y nutricional.

Se sabe que uno de los ejes fundamentales para alcanzar un buen control de la diabetes es el tratamiento nutricional. Dadas las estadísticas poco alentadoras sobre el estado mórbido de los pacientes en México relacionado con el sobrepeso y obesidad, se considera indispensable abordar esa temática en este estudio.

Actualmente, la información disponible sobre investigaciones cualitativas relacionadas con las barreras y perspectivas nutricionales que enfrentan los pacientes diagnosticados con DT2, es escasa; por lo tanto es importante



profundizar y estudiar los aspectos que dificultan el apego a los cambios de estilo de vida, para mantener el control adecuado de glucosa.

Conocer como los pacientes construyen su enfermedad y como la integran a su vida, es uno de los objetivos de este estudio. Investigar que piensan, sienten y esperan las personas acerca de la calidad de su control nutricional, es sin duda una aportación significativa para diseñar los servicios de salud a la medida de sus necesidades y mejorar su calidad de vida.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



5. OBJETIVOS

1.1 General:

Analizar la percepción de la calidad en el tratamiento nutricional en pacientes con diabetes tipo 2 que asisten a la Unidad de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEMEs) de Tabasco.

1.2 Específicos:

- Analizar los factores socio culturales, médicos y familiares que influyen en la percepción del paciente sobre la calidad del tratamiento nutricional
- Identificar las barreras y expectativas de apoyo que percibe el paciente para enfrentar su enfermedad y llevar su control nutricional.
- interpretar como los pacientes construyen la enfermedad y la integran a su vida.



6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Tipo de investigación:

Se realizó un estudio Cualitativo, no experimental, de tipo exploratorio en la población de pacientes con DT2 de unidades médicas del Sector salud de Tabasco. Teniendo en cuenta que la investigación cualitativa tiende a ser holista y es fundamentada en la interpretación y la comprensión del significado de un fenómeno social, es necesario conocer las experiencias de los informantes y el modo en que interpretan su enfermedad y la percepción de la calidad en el tratamiento nutricional. La investigación se llevará a cabo de Julio del 2018 a Enero 2019.

6.2 Universo

Pacientes en edad Adulta con diagnóstico de DT2, adscritos en las Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEMEs EC) del Estado Tabasco, México.

6.3 Criterios de inclusión y exclusión:

Se consideró a los pacientes diagnosticados con DT2 que asistan regularmente a su consulta de control en las unidades seleccionadas y que cumplan con los criterios de inclusión.

6.3.1 Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de DT2.
- Adscritos a las UNEMES seleccionadas.
- Pacientes que deseen participar en el estudio.



6.3.2 Exclusión:

- Pacientes con DT2 que presenten algún problema de visión, audición, lenguaje.

6.3.4 Escenario de Estudio

La investigación tuvo como escenario las Instalaciones de las Unidades de Especialidades Médicas (UMENES) representativas del estado de Tabasco.

Las unidades de Tabasco son: Cárdenas, Centro, Cunduacán, Macuspana y Teapa.

6.3.5 Método e instrumento de recolección de datos

Se trabajó con grupos focales donde participaron los pacientes con diabetes, se empleó una guía de entrevista para grupos focales, que incluyó las categorías de análisis, las cuales fueron validadas por un grupo de expertos y se hizo una prueba piloto para constatar que se obtuvo la información suficiente y clara en las entrevistas para dar respuesta a los objetivos de la investigación.

Para analizar los discursos de las personas, se partió de una categorización previa por investigadores que indagaron sobre las perspectivas de los pacientes sobre su enfermedad y calidad del control metabólico. (Ver tabla 5).

6.3.6 Categorías de análisis

Tabla 1. Contenidos analizados en los pacientes con Diabetes tipo 2

Categorías	Contenidos Asociados
1) Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad.	Mitos, miedos, valores, actitudes, información acerca de cómo aprecian su padecimiento.
2) Roles asignados al paciente y al prestador	Papel del paciente y del prestador en el acto.



	clínico. Cuestionamiento
3) El contexto social, organizativo y comercial.	Como les afecta o beneficia el mundo que los rodea. (familia, redes, servicios de salud) Sus valoraciones.
4) Integración de la vida con la enfermedad	Capacidad y criterio acerca de diseñar su vida teniendo en cuenta su padecimiento.

Fuente: Gil-López, Avalos-García.

6.4 Variables

- Calidad del tratamiento nutricional
- Conocimientos sobre la enfermedad y hábitos nutricionales
- Barreras y perspectivas
- Sociodemográficas (Edad, sexo, estado civil, religión, escolaridad, ocupación).

6.7 Análisis de datos.

Para el análisis de los datos obtenidos, se utilizó un equipo de audio y video donde se documentó la información de los discursos de los informantes clave, posteriormente se empleó el software MAXQDA 2018 para estudios cualitativos, se realizó un proceso de análisis-síntesis, a través de la reducción (saturación) y triangulación de la información representativa para derivar en las conclusiones del estudio.

6.8 Procesamiento y técnicas de producción de datos

Fase 1

Como primer paso se recabó información. Posteriormente se solicitó apoyo al departamento de trabajo social para acceder a la ficha de Identificación en donde se obtuvieron datos como los números telefónicos o direcciones para la



localización de los pacientes, y poder invitarlos a participar en la técnica de grupo focal.

Se formaron grupos focales integrados desde 5 a 10 personas por cada uno, en donde se consideraron las diversidades de sus integrantes como son la edad, género, nivel cultural.

Para el proceso de obtención de la información, se diseñó una guía de entrevista para su utilización en el grupo, así como la elaboración de una ficha de recolección de datos sociodemográficos. Se realizó una prueba piloto a un grupo similar, y se realizaron los ajustes para su empleo adecuado en la intervención grupal final.

Para el trabajo con el grupo, se tomaron en cuenta las características cualitativas del estudio, por lo que se crearon las condiciones apropiadas, con la finalidad de que los pacientes expresaran abiertamente las perspectivas y lo que ellos consideren como obstáculo para llevar una nutrición de calidad.

La flexibilidad que ofreció este ambiente grupal, le permitió al entrevistador a cargo de la técnica un método útil, para conocer la percepción de los usuarios sobre los servicios y/o programas de salud. Los participantes aportaron ideas, experiencias, situaciones y valoraciones que permitieron ser discutidas entre los participantes en el grupo, hasta llegar a una opinión consensada y enfocar mejor la investigación.

El proceso de la investigación será documentado mediante grabación de video y audio con previa autorización de los participantes; los discursos se transcribieron literalmente con la ayuda del software. Para el segmento metodológico y la logística se anotó la realización de las actividades.

El lugar donde se llevó a cabo la entrevista fue en la sala de usos múltiples de las unidades seleccionadas, en ambos turnos para comodidad del paciente. La sala



no tenía comunicación con otra área en la unidad para garantizar la privacidad, el confort y el anonimato de los informantes. Previamente a cada uno de los pacientes se les informó sobre las características de la investigación y se les aseguró su anonimato, firmando una carta de consentimiento informado para su participación.

El instrumento-guía sirvió de apoyo para recolectar la información del paciente acerca de su enfermedad, enfoque y conocimiento sobre el prestador, así como el contexto social, organizado y comercial en el que se desenvuelven las personas.

6.8.1 Rigor del estudio

Para efectos de garantizar la fiabilidad y validez del estudio participaron expertos que aprobaron el diseño establecido; así como el contenido de las preguntas de la guía de entrevista. Se analizaron las categorías, se supervisó el proceso de reducción o saturación de los discursos y la triangulación de la información para derivar en las conclusiones de la investigación.

6.9 Consideraciones Éticas

El presente estudio tuvo apego a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos y de la investigación en comunidades (1983). Se consideró lo estipulado en el Título segundo, del capítulo I, los artículos 13, 14, 16, 17, 18, 21, 22, 24 y del capítulo II, el artículo 29.

Por tal motivo, se trató con respeto a los participantes, protegiendo su bienestar y sus derechos, explicándoles el objetivo del estudio y de toda actividad o procedimiento propios de la investigación. La investigación se ajustó a los principios científicos y éticos. Por lo que se proporcionó el consentimiento informado por escrito, donde el participante determinó su acuerdo de participación



del estudio. Se protegió la privacidad de los participantes mediante la confidencialidad en el uso del nombre, dirección, miembros de la familia, el registro de datos y los cuestionarios con un número de identificación para el investigador. Toda la información obtenida se expuso en forma general, manteniendo la privacidad de los participantes.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



7. RESULTADOS

7.1 Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad

Las personas con diabetes reflejan falta de conocimientos sobre la enfermedad en sus discursos, esta concepción se ve inclinada hacia creencias y mitos erróneos, producto de sus raíces culturales. La mayoría de estas personas lo atribuye a un castigo de Dios, por los pecados cometidos y/o debido a un coraje. Así mismo expresan vulnerabilidad hacia el evento en su vida, donde afirman que les ha generado tristeza e incluso lo consideran una desgracia y lo comparan con algo terrible.

2G1P2M: *“yo cuando me enteré no lo aceptaba y pensaba porque Dios me mando este castigo si yo le sirvo, voy a la iglesia y si me sentía triste pues...”*

2G1P4M: *“Una cosa terrible...”*

2G2P2M: *“dicen que por una alegría, una emoción, un coraje...”*

12G2P4H: *“por problemas, por la mala alimentación, un susto fuerte...”*

2G1P2M: *“...se acaba todo el ánimo de pues de hasta de vivir...”*

5G2P5M: *“es una desgracia para mí”*

5G1P2M: *“Siento miedo”*

16G2P3M: *“me dio mucho coraje, sentí odio”*

4G1P3H: *“un coraje que me da y a la vez tristeza”*

4G2P5M: *“es una enfermedad que te acaba y te destruye los órganos, es mala como un cáncer y silenciosa”*

12G1P2H: *“de un susto que llevé”*

7.2 Roles asignado al paciente y al proveedor

En esta categoría se logró observar que la mayoría de las personas perciben como buena atención que el nutriólogo les indique lo que tienen que hacer,



expresando que deben cumplir para avanzar. En lo que se refiere al tratamiento nutricional coinciden en “obedecer” indicaciones, mencionan que se limitan a darles pláticas y les indican lo que deben o no comer y les “llaman la atención” si suben de peso.

2G1P4M: *“que está muy bien y hay que llevarle a como ellos nos dicen porque si nono avanzamos en nada”*

2G1P4M: *“Muy bien nada más que como le digo hay que obedecer”*

2G2P1M: *Nos pesa, nos mide cuando estamos muy pesados nos llama la atención y ya nos enseña las figuras de que es lo que debemos comer y cuánto.*

2G1P4M: *Obedeciendo*

5G2P3M: *“nos dan pláticas”*

16G1P3M: *“comiendo lo que nos dicen...”*

5G2P2H: *“bueno algunas veces hago lo que me dicen”*

12G2P4H: *“pues igual trata uno de hacer lo que aquí te dicen”*

7.3 Contexto social y organizativo

El núcleo familiar es el primer contacto social que la mayoría de las personas tienen, por ello es imprescindible conocer a fondo la relación que existe, en este aspecto expresó la mayoría que los integrantes de su familia les recuerdan tomar sus medicamentos y que reciben regaños si no se cuidan. Por otra parte expresaron que su principal apoyo para enfrentar su enfermedad es Dios y después la familia.

2G1P2M: *“pues a veces me recuerdan tomar mis pastillas y lo que ven que no debo comer pues me regañan”*

2G1P3M: *“primero Dios y después la familia”*

12G2P2H: *“a mí mis chamacos me dicen que yo me tengo que cuidar”*



2G2P2M: *Yo sí porque hago la comida de mis hijos y a veces la mía y pues al gusto de la persona y pues tienes que hacer diferente comida pero desgraciadamente los chamacos de hoy en día, no quieren comer comida sana ya*

5G1P1M: *“pues ayuda así que digamos no mucha”*

5G2P2H: *“esos no me apoyan...si hasta ellos me llevan la coca”*

5G1P6M: *“yo no tengo ayuda”*

16G1P2M: *“pues comiendo lo mismo que yo...”*

7.4 Integración de la vida con la enfermedad

Los entrevistados reflejan en sus discursos dificultad para integrar a su vida la enfermedad que padecen, consideran que las dificultades económicas son la principal barrera para lograr un buen control de la diabetes. Refieren aferrarse a Dios para poder salir adelante. Por otro lado consideran que su principal ayuda para llevar una correcta alimentación son Dios, la familia y los médicos en ese orden. Sin embargo expresan que es la familia quien pone obstáculos para llevar un buen control.

2G1P3M: *el dinero porque si no hay aunque uno quiera comer lo que te mandan pues no se puede*

2G2P1M: *“Ay veces que pagamos renta y nos viene el recibo de luz y nos quedamos sin dinero y es difícil porque a veces ni para la comida y ni para la dieta y pues nos la vemos dura.*

2G1P3M: *pues yo me agarro de Dios*

5G1P2M: *“el dinero”*

5G1P2M: *“las fiestas”*

5G2P2H: *“la propia familia te sonsaca”*

16G1P2M: *“talleres... enseñarnos más preparaciones que podemos hacer con las verduras”*

12G2P1H: *“lo económico”*



8. DISCUSIÓN

8.1 Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad

Los resultados de este estudio muestran que las personas con diabetes basan sus conocimientos en enfoques culturales y espirituales arraigados. La enfermedad la construyen sobre creencias erróneas, la atribuyen a sus pecados, que les dio por castigo de Dios. El resto de los participantes considera que la diabetes les dio debido a eventos como sustos, corajes u otro tipo de emociones. La percepción que manifiestan de padecer diabetes es completamente negativa, sienten tristeza, odio, conciben la enfermedad como algo terrible, una desgracia en su vida. Estos datos coinciden con lo reportado por García Reza y colaboradores quienes en su estudio observaron en las personas emociones negativas tales como miedo, inquietud, ira y tristeza ante la enfermedad.⁶⁴

8.2 Roles asignados al paciente y al proveedor

En este estudio los proveedores de la atención nutricional asignan a las personas con diabetes el rol de obedecer las indicaciones, las personas con la enfermedad aceptan de buena gana ese papel e incluso la describen como buena atención. La hegemonía del personal de salud marcada en esta relación asimétrica, invisibilizan al paciente, lo sitúan como consumidor pasivo, lo regañan si sube de peso y lo ven solo desde el plano biologicista.⁶⁵

8.3 Contexto social y organizativo

La familia es uno de los recursos más importantes que tiene la persona con diabetes, a cómo pueden contribuir a su control, también pueden obstaculizar, tal como se observó en este estudio. Los pacientes expresaron que los integrantes de la familia consumen alimentos restringidos para ellos, no se cuidan, no los apoyan



y todavía los regañan si no se apegan a su tratamiento nutricional. Resultados que son similares a lo que publicó Avalos García y colaboradores quienes en su investigación estudiaron a los familiares de los pacientes con diabetes y concluyen que la familia es sin duda una fortaleza, sin embargo no los apoyan en su vida diaria. ⁶⁶

8.4 Integración de la vida con la enfermedad

Los pacientes consideran que Dios, la familia y el médico son importantes para lograr un buen control nutricional. La principal barrera que identifican es su situación económica precaria y el no apoyo de su familia en el tratamiento nutricional.

El significado de la diabetes para los pacientes y la manera en que construyen la enfermedad en su vida diaria, no les permite aceptar la enfermedad y mucho menos integrarla a su vida. El que los proveedores de la atención sitúen al plano invisible a los pacientes como consumidor pasivo contribuye a que no se responsabilicen de su autocuidado y se limiten a obedecer indicaciones.



9. CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio permiten concluir que la calidad del tratamiento nutricional se ve influido por los siguientes factores:

Las personas con diabetes interpretan su enfermedad basándose en creencias religiosas, mitos y conocimientos erróneos.

Consideran a Dios, la familia y el prestador de servicios como los principales apoyos para alcanzar un buen control nutricional.

La relación nutriólogo paciente es hegemónica, lo que limita la calidad de su control nutricional.

Una de las barreras que identifican para llevar su tratamiento nutricional es la situación económica y social en la que se encuentran.

Dicen llevar un régimen nutricional acorde a su enfermedad, sin embargo se contradicen en la práctica (recordatorio de 24 horas).

Construyen la diabetes en su vida diaria de manera que no la aceptan y por ende no la integran a su vida.



10. RECOMENDACIONES

A la institución

- ✓ Tomar en cuenta las perspectivas de los pacientes para el diseño de las políticas, programas y servicios de salud.
- ✓ Capacitar y sensibilizar a los profesionales de la salud acerca del empoderamiento en salud.

Al profesional nutriólogo

- ✓ Involucrar a los familiares de los pacientes en el tratamiento nutricional (atención integrada).
- ✓ Realizar talleres nutricionales, donde aprendan significativamente las personas a elaborar sus menús.
- ✓ Integrar a un chef en el equipo de capacitación.
- ✓ Empoderar a los pacientes para que integren la enfermedad a su vida de manera positiva.



11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Pan-American Health Organization. [Internet]. Disponible en: www.paho.org. Consultado mayo de 2011.

Organización panamericana de la salud, Organización Mundial de la Salud, oficina Regional para las Américas. [Internet]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6715:2012-diabetes&Itemid=39446&lang=es

Mcphee Stephen J. Papadakis Maxime A. Diagnóstico clínico y tratamiento. 49ª Edición. México DF. Editorial Mc Graw Hill. 2010.

Ruelas Barajas E. y otros., Mejoramiento de la calidad de la atención de la diabetes en México, proyecto Veracruz. México. 1(1): 1-6; 2003.

Jha V. Et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives The Lancet, 2013. Vol. 382 No. 9888 pp 260-272.

Funnel, Martha. Los nuevos roles en el cuidado de la diabetes. Diabetes Voice. Vol. 46. pp 11-13 Octubre 2001.

Federación Internacional de Diabetes. Atlas de Diabetes, 5ta. ed. Arabic; 2012 [citado 4 Mar 2012]. Disponible en: http://shop.idf.org/catalog/product_info.php?cPath=21_34&products_id=154

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2018 Disponible en: https://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/

International Diabetes Federation. Diabetes Atlas de la FID. Octava edición, 2017. Disponible en: <http://diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html>

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). (Página web en internet). Información de salud: Diabetes: Descripción general de la diabetes: ¿Qué es la diabetes? Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/overview/what-is-diabetes>

American Diabetes Association. Guías ADA, 2018; 41: S73-S85. Disponible en: <https://sinapsismex.files.wordpress.com/2016/06/tratamiento-guc3adas-ada-2018.pdf>

Guía de Práctica Clínica (GPC). (Página web de internet) GPC sobre sobre Diabetes tipo 2 > V. Completa > Tratamiento no farmacológico. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/diabetes_2017/completa/apartado05/tratamiento%20no%20farmacologico.html



González S, Oliveira G, Soriguer F. Recomendaciones dietéticas en la diabetes. En: Tratado SED de la Diabetes Mellitus. Gomis R, Rovira A, Feliu JE y col. (eds.). Panamericana. Madrid. 2007.

Hunot, C. Manejo nutricional del adulto con diabetes mellitus tipo 2

Rivas-Alpizar E, Zerquera-Trujillo G, Hernández-Gutiérrez C, Vicente-Sánchez B. Manejo práctico del paciente con diabetes mellitus en la Atención Primaria de Salud. Revista Finlay [revista en Internet]. 2011 [citado 2017 Ene 5]; 1(3): [aprox. 22 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/69>

Ley SH, Ardisson Korat AV, Sun Q, Tobias DK, Zhang C, Qi L, Willett WC, Manson JE, Hu FB. Contribution of the Nurses' Health Studies to Uncovering Risk Factors for Type 2 Diabetes: Diet, Lifestyle, Biomarkers, and Genetics. Am J Public Health. 2016 Sep; 106(9): 1624-30.

Ley S, Hamdy O, Mohan V, Hu FB. Prevention and Management of Type 2 Diabetes: Dietary Components and Nutritional Strategies. Lancet. 2014 Jun 7; 383(9933): 1999 – 2007.

Salas - Salvadó J, Martínez - González MA, Bulló M, Ros E. The role of diet in the prevention of type 2 diabetes. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2011 Sep; 21 Suppl 2: B32-48.

Hu FB, van Dam RM, Liu S. Diet and risk of Type II diabetes: the role of types of fat and carbohydrate. Diabetologia. 2001 Jul; 44(7): 805-17.

Paulweber B, Valensi P, Lindstrom J, Lalic NM, Greaves CJ, McKee M, et al. A European evidence based guideline for the prevention of type 2 diabetes. Horm Metab Res. 2010; 42(Suppl 1): S3-36.

Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. N Engl J Med. 2013; 368(14): 1279–90.

The Inter Act Consortium. Consumption of sweet beverages and type 2 diabetes incidence in European adults: results from EPIC-InterAct. Diabetologia. 2013; 56(7): 1520–30.

Rodríguez A. Arte, comida, arte... noviembre 2013. ISBN: 978-607-96280-5-5. Disponible en: https://www.casalamm.com.mx/libros_lamm/Arte_Comida_Arte.pdf

Secretos de presentación de alimentos: Técnicas de estilismo de profesionales. Enero de 2013. Disponible en: <http://www.imchef.org/presentacion-y-montaje-de-platos-la-guia-definitiva/>



Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1990 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 797).

Scrimshaw NS, Taylor CE, Gordon JE. Nutrición e infecciones. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1970.

Tompkins A, Watson F. Malnutrition and infection: a review. Ginebra, Administrative Committee on Coordination/Subcommittee on Nutrition, 1989 (ACC/SCN State-of-the-art Series Nutrition Policy Discussion Paper, No. 5).

Régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (documentos A55/16 y Corr.1).

Barker DJP et al. Weight gain in infancy and death from ischaemic heart disease. Lancet, 1989, 2:577-580. Barker DJP et al. Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus, hypertension and hyperlipidaemia (syndrome X): relation to reduced fetal growth. Diabetologia, 1993, 36:62-67.

Barker DJP et al. Growth in utero and serum cholesterol concentrations in adult life. British Medical Journal, 1993, 307:1524-1527.

Barker DJP. Fetal origins of coronary heart disease. British Medical Journal, 1995, 311:171-174.

Barker DJP et al. Growth in utero and blood pressure levels in the next generation. Journal of Hypertension, 2000, 18:843-846.

Barker DJP et al. Size at birth and resilience to effects of poor living conditions in adult life: longitudinal study. British Medical Journal, 2001, 323:1273-1276.

Programming of chronic disease by impaired fetal nutrition: evidence and implications for policy and intervention strategies. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (documentos WHO/NHD/02.3 y WHO/NPH/02.1).

Roberts SB. Prevention of hypertension in adulthood by breastfeeding? Lancet, 2001, 357:406-407.

Dietz WH. The obesity epidemic in young children. British Medical Journal, 2001, 322:313-314.

Strauss RS. Adult functional outcome of those born small for gestational age: twenty-six-year follow-up of the 1970 British birth cohort. Journal of the American Medical Association, 2000, 283:625-632.



PDF Antecedentes de la Calidad. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/303876794_Antecedentes_de_la_Calidad
[accessed Nov 05 2018].

Avalos MI, López C, Riego HR. Evaluación de la calidad centrada en el paciente. 1ª. Edic. 2018. Edit. UJAT.

García-Pelayo R. Pequeño Larousse Ilustrado. Buenos Aires: Larousse; 1987.

Bautista Rodríguez LM, Zambrano Plata GE. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* 2015; 17(1):131-148. Disponible en: <file:///C:/Users/robert/Downloads/9261-Texto%20del%20art%C3%ADculo-52369-1-10-20151118.html>

Donabedian A. A Guide to Medical Care Administration. Medical Care Appraisal – Quality and Utilization. American Public Health Association; 1969. p. 2.

Organización Internacional de Normalización-ISO (1989). Calidad: Términos y Definiciones. Disponible en: www.iso.ch. Consulta realizada el 20 de abril de 2011.

Arellano, R. (1996). Comportamiento del Consumidor y Marketing. México.

Aronna A. Evaluación de un programa de política social: Programa materno infantil y nutrición. *Cadernos de Saúde Pública.* 2006; 22(2):335-345.

Chaves S, Pacheco L. Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período de 1995-2002. Abordagem metodológica. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23 (5):1029-1040.

Montes, L. Fuentes, F. Fuentes M. Gestión de la Calidad empresarial. Fundamentos e implementación. Ediciones Pirámide. Madrid, España, 2006.

Testa M, Simonson C. Assessment of quality of life outcomes. *New England Journal of Medicine* 1996; 334(13): 835–40.

Health Canada. Diabetes in Canada (2nd ed.). Ottawa: Health Canada, Center for Chronic Disease Prevention and Control, Population and Public Health Branch 2002.

Haya, K. Palma, K. "Calidad de Vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 - Programa de diabetes Mellitus. Hospital Essalud II Tarapoto. Julio-Agosto 2012. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería].pgn.8-10.

Delgado, A. "Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes mellitus". Colombia.2009. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería].



De los Ríos, J. Sánchez, J. Barrios, P. Guerrero Sustaita V. "Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2." Mexico, 2003. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería].

Gómez, M. "Calidad de vida, evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica", revisado en el 2015. Disponible en: www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm

Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial de la Diabetes. Noviembre 2017. Disponible en: <http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>

Federación Mexicana de Diabetes (Página web en internet). 2018 Disponible en: <http://fmdiabetes.org/defunciones-diabetes-mexico-2/>

Fundación Mídete. Asumiendo el control de la diabetes: México, 2016. Disponible en: http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/11/FMidete_Asumiendo-Control-Diabetes-2016.pdf

Izquierdo-Valenzuela A, Boldo-León X, Muñoz-Cano J. Riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en una comunidad rural de Tabasco. Enero – Abril 2010, p. 861 – 868. Disponible en: <https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/861.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (Página web en internet). Registros administrativos. Disponibles en: http://oment.uanl.mx/paginas_php/graficas_comparativas.php

Hernández, D. Novedades de tabasco. (Página web de internet). 23 de agosto de 2018. Disponible en: <https://novedadesdetabasco.com.mx/2018/07/23/de-mas-de-160-mil-diabeticos-solo-40-mil-llevan-tratamiento/>

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). (Página web en internet). Enfermedades no transmisibles y Salud mental: Diabetes. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6715:2012-diabetes&Itemid=39446 &lang=es

Federación Mexicana de Diabetes. Atlas de diabetes. México. 2017.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas de mortalidad en México 2016.

Federación Mexicana de Diabetes. Encuesta Nacional de salud y nutrición de medio camino. 2016



García C, Cruz E, Toxqui M, Sosa B. La percepción de un grupo de hombres sobre diabetes mellitus: contribuciones a la enfermería. Rev. Enfermagen Escola Anna Nery. 18 (4) 562-569. 2014.

Espinosa A. La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. Rev Cubana Salud Pública vol.39 no.1 p. 1-3, 2013. Consultado 28 octubre 2019. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100001 Consultado el 28 oct. 2019.

Avalos MI, López C, Morales H, Priego H, Garrido S, Cargill N. Calidad en el control de la diabetes mellitus en unidades de atención primaria de México. Un estudio desde la perspectiva de la familia de los pacientes. Rev. Atención Primaria 2017; 49(1): 21-27.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



12. ANEXOS

Tabla 2. Estudios Relacionados

Lugar y fecha	Autor	Objetivo	Resultados
México; 2018	Fernández Ma.	Identificar los elementos claves en el diseño de nuevas estrategias culturalmente competentes para mejorar las sesiones de educación en salud, practica de actividad física en alimentación	Cualitativo. Los participantes fueron hombres y mujeres mayores de edad, con factores de riesgo para enfermedad crónica y su nivel educativo fue básico. Fueron 3 grupos focales, las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas. Se propone crear estrategias que transiten de la promoción de la salud hacia el desarrollo humano, elementos de manejo efectivo del tiempo, inteligencia emocional, elevar autoestima y estrategias familiares.
Suecia; 2018.	Aweko J. De Man J. Absetz P. Östenson CG. Swartling S. Mölsted H. Daivadanam M.	Se investigaron las percepciones de autogestión de pacientes y proveedores en cinco comunidades socioeconómicamente desfavorecidas de Estocolmo.	Cualitativo. Se identificaron dos temas generales: adoptar y mantener nuevas rutinas a través de opciones prácticas y apropiadas de estilo de vida (pacientes), y equilibrar expectativas y preconcepciones de autogestión (proveedores). Los temas se caracterizaron por dilemas inherentes que representan confusiones y conflictos que los pacientes y proveedores experimentaron en su vida diaria o práctica.
España; 2018	Rodríguez J. García A. Lucendo AJ. Hernández A.	Investigar la calidad de vida relacionada con la salud en una muestra representativa de adultos con diabetes mellitus en España, así como sus determinantes clínicos y sociodemográficos.	Transversal. Las respuestas proporcionadas por 456 pacientes (52.4% eran mujeres) revelaron una puntuación media general de 66.4 ± 13.3 . Las preocupaciones sociales / vocacionales y las relacionadas con la diabetes fueron las dimensiones con los puntajes más altos (74.3 ± 20.1) y más bajos (61.1 ± 20.6), respectivamente. La edad más temprana, el sexo femenino, la ausencia de estudios y el control glucémico deficiente fueron determinantes independientes para una calidad



			<p>de vida general relacionada con la salud, y la mayoría de estos factores tuvieron un impacto mayor que el impacto negativo de la terapia en la vida diaria, la satisfacción con terapia y preocupaciones relacionadas con la diabetes. Los sujetos casados (o equivalentes) obtuvieron mejores puntajes en la dimensión de las preocupaciones relacionadas con la diabetes. La percepción de la calidad de vida relacionada con la salud empeora progresivamente a medida que se deteriora el control glucémico y con un mayor número de complicaciones de la enfermedad.</p>
Irán; Enero 2019	Mokhtari Z. Gheshlagh RG. Kurdi A.	La diabetes es la causa metabólica más común del aumento de la tasa de mortalidad debido a sus múltiples complicaciones.	Metanálisis. En general, fueron elegibles 17 estudios, con un tamaño de muestra total de 5472 pacientes, y mostraron que la puntuación media de la dimensión física en pacientes con diabetes tipo 2 (53.5, IC 95%: 43.1-63.9) fue menor que la puntuación media de la dimensión mental (54.5, 95 % CI: 47-61.9). Al aumentar la edad de las muestras, la media de la puntuación HRQoL de los pacientes iraníes con diabetes tipo 2 disminuyó significativamente ($p = 0,015$). Las puntuaciones más altas y más bajas para las subescalas de calidad de vida fueron la función social y la salud general, respectivamente.
Malasia; 2018.	Gillani SW. Syed SA. Abdul MIM. Saad SY.	Este estudio tuvo como objetivo determinar las prácticas de autocontrol, el conocimiento de las modificaciones dietéticas y las barreras para la adherencia a la medicación entre los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con discapacidad física.	Cualitativo. Se entrevistó a un total de veintiún pacientes con diabetes entre las edades de 35 a 67 años con discapacidad física (P1-P21). La cohorte de participantes estuvo dominada por hombres ($n = 12$) y también el patrón de distribución mostró que la mayoría de los participantes eran malayos ($n = 10$), seguidos por chinos ($n = 7$) y otros indios ($n = 4$). Cuando se les preguntó a los participantes en su opinión cuál era el método preferido para registrar las pruebas de glucosa en sangre, varios participantes de bajo nivel socioeconómico y divorciados o viudos negaron adaptar la



			telemonitorización en lugar de eso prefirieron grabar manualmente. Hubo respuestas mixtas sobre las barreras para controlar la dieta / calorías. Incluso los pacientes con un alto estado económico, edad media 35-50 y antecedentes de diabetes de 5-10 años fueron influenciados hacia tratamientos alternativos.
EE. UU.; 2018.	Quemador E. Menchine MD. Kubicek K. Robles M. Kagawa M. Arora S. Y colaboradores.	Examinar las barreras para las actividades de autocuidado y las estrategias que los pacientes usan para superarlas, y si los pacientes percibían que la intervención había cambiado estas estrategias.	Cualitativos. Si bien el deseo de cuidar a los pacientes motivados por la familia, la comida en las reuniones familiares y la presión de manejar las múltiples responsabilidades familiares contribuyeron a una mala elección de la dieta. Sin embargo, algunos pacientes creían que su diabetes causaba que su familia inmediata tomara decisiones más saludables.
Alabama; 2016.	Loretta T. Willig AL. Agne AA. Locher JL. Cherrington AL. Y col.	Explorar las prácticas dietéticas actuales y las barreras percibidas para una alimentación saludable en hombres negros no hispanos con diabetes tipo 2.	Cualitativo. Hubo 34 participantes varones mayores de 18 años. La media de años viviendo con diabetes fue de 9.6 ± 5.9 . El sesenta y dos por ciento de los participantes se percibe a sí mismos con buena o mala salud. Las prácticas alimentarias auto-informadas de los participantes no siempre se relacionaron con el hambre. Las señales internas para comer incluían el hábito y la respuesta a las emociones; y las señales externas para comer incluían mensajes en los medios, regímenes de medicamentos y horarios de trabajo. Los hombres identificaron múltiples barreras para una alimentación saludable, incluidos hábitos difíciles de romper, recursos limitados y disponibilidad de alimentos en el hogar y en los supermercados del vecindario, y percibieron una comunicación profesional deficiente en el cuidado de la salud.



San José, Costa Rica y Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México; 2103	Fort MP. Molina N. Peña L. Montano C. Murillo S. Martínez H.	Presenta las percepciones de los pacientes sobre las barreras y los factores que facilitan el autocontrol de la enfermedad, y ofrece consideraciones para los profesionales de la salud sobre cómo apoyarlos.	Cualitativo. Los pacientes se encontraban en diferentes etapas en su preparación para el cambio, y se presentan barreras y factores facilitadores para cada etapa. Las barreras para el autocontrol de la enfermedad incluyeron: no aceptar la enfermedad, falta de información sobre los síntomas, comunicación vertical entre proveedores y pacientes, dificultad para negociar el trabajo y los compromisos de atención médica, percepción de alimentos saludables como caros o no llenos, dificultad para adherirse al tratamiento y el peso planes de pérdida, complicaciones de salud adicionales y atención médica se vuelven monótonos. Los factores que facilitaron el autocontrol de la enfermedad incluyeron: la experiencia positiva de un miembro de la familia, sentido de urgencia, servicios de atención médica accesibles y orientación de proveedores, comunicación inclusiva y apoyo familiar y comunitario.
Reino Unido; 2013	Stand AO. Lowis C. Dean M. Hunter SJ. McKinley MC.	Explorar las opiniones de las personas recientemente diagnosticadas con diabetes tipo 2 en relación con el autocontrol de la ingesta dietética y la actividad física, y compararlas con las opiniones de los profesionales de la salud (HP).	Cualitativa. Los debates se centraron en el autocontrol específicamente en relación con la realización de cambios en la dieta y la actividad física. Todas las discusiones fueron grabadas, transcritas y analizadas por análisis de temas emergentes usando NVivo para administrar los datos codificados. Hallazgos Las barreras se dividieron en seis categorías principales: dificultad para cambiar hábitos bien establecidos, percepción negativa del régimen 'nuevo' o recomendado, barreras relacionadas con las circunstancias sociales, falta de conocimiento y comprensión, falta de motivación y barreras relacionadas con los aspectos prácticos de hacer cambios en el estilo de vida.
España;	Vidal M.	Fue determinar la adherencia al	Prospectivo. El 61,6% de los pacientes demostraron ser adherentes. Los factores asociados a la adherencia fueron tratamiento



2017	Jansa M. Galindo M. Penalba M.	autoanálisis de la Glucemia capilar y los principales factores que influyen en ella, con especial atención a los relacionados con la percepción glucémica, en personas con diabetes tipo 1 o 2 en tratamiento con insulina.	con insulina de menos de 3 inyecciones diarias (OR: 2,678; IC 95%: 2,048-3,5029; $p < 0,001$), presentar enfermedad vascular periférica (OR: 1,529; IC 95%: 1,077-2,171; $p = 0,018$), no tomar alcohol (OR: 1,442; IC 95%: 1,118-1,858; $p = 0,005$) y recoger las tiras reactivas en la farmacia (OR: 1,275; IC 95%: 1,026-1,584; $p = 0,028$). El 21,4% de los pacientes presentaron una autopercepción glucémica correcta.
Brasil; 2017	Salci M. Schlindwein B. Guerreiro D.	Evaluar la atención de salud desarrollada por los integrantes de la Atención Primaria de Salud a las personas con diabetes mellitus en la perspectiva del Modelo de Atención às Condições Crônicas.	Cualitativo. En el ámbito micro, la atención estaba distante de la integralidad de las acciones necesarias para asistir a las personas con enfermedad crónica y estaba centrada en el modelo biomédico. En el ámbito meso, existía desarticulación entre los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia, entre estos y los usuarios, familia y comunidad. En el ámbito macro, se identificó ausencia de estrategias directivas para la implementación de las políticas públicas para la diabetes en la práctica asistencial.
España; 2018	Díaz GN. Romero U. Diamate A. Rodríguez D.	Identificar los factores de riesgo asociados a la diabetes tipo ii (dmii), en indígenas de Latinoamérica a la luz de la literatura, con el fin de aportar información que contribuya a mejorar las estrategias de vigilancia en esta población.	Cualitativa. Se puede asociar los riesgos metabólicos de las razas no indígenas frente a las indígenas, como factores pre-disponentes para el padecimiento de la DMii.



Colombia; 2019	Alzas T. Caballero A. Verrisimo A.	Analizar los aspectos sociales, emocionales y cognitivos que intervienen en La conducta y hábitos saludables de las personas con diabetes mellitus tipo II	Cualitativa. Los resultados obtenidos mediante un análisis de representación gráfica, a través del cual se confirman las hipótesis planteadas.
España; 2018	Lillo M. Rodríguez P.	Valorar la adherencia del paciente diabético tipo 2 a las recomendaciones dietéticas profesionales, posteriormente educar en hábitos nutricionales saludables y evaluar las mejoras implementadas.	Cualitativa. Los entrevistados de ambos sexos (19 hombres y 13 mujeres) y media de edad de 74 años, no se sentían responsables de la elección y elaboración de la dieta diaria. Tampoco se sentían bien informados ni creían tener herramientas para abordar su salud nutricional correctamente. Se detectó un consumo excesivo de dulces y de grasas saturadas, no correspondiéndose con el tipo de dieta mediterránea esperable propia de la zona. Tras la intervención educativa se corroboró un alto grado de satisfacción y mejoras en su desempeño.
Ecuador; Marzo 2017	Freire WB. Waters WF. Rivas G.	Analizar los conocimientos, comprensión, actitudes y prácticas relacionadas al semáforo nutricional (sn) en envases de alimentos procesados en el Ecuador.	Cualitativo. Fueron 171 participantes de GF; en su mayoría reconocían y comprendían el SN. Hubo cierta disociación entre los conocimientos del SN y la actitud de compra, pues también se consideraba otros factores como el sabor, la marca o la accesibilidad. Las actitudes fueron diferentes entre grupos etarios: mientras que el grupo de 5 a 9 años conocía poco sobre el SN y prefería alimentos caseros, el grupo de 15 a 19 años era indiferente a la información del SN y daba más valor a otras características como el gusto. Las prácticas relacionadas a la compra y el consumo de alimentos procesados revelaron, siete estrategias diferentes que iban del reemplazo del producto a ignorar la información del SN. Los IC no concordaban con la política, pero reconocían haber modificado el contenido de algunos productos para reducir las



			concentraciones de grasa, azúcar y sal.
España; Enero 2016	Orozco D. Mata M. Artola S. Cothe P. Mediavilla J. Miranda C.	Definir el impacto y las causas de la falta de adherencia terapéutica en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), las posibles intervenciones para mejorarla y el papel de las distintas partes implicadas.	Con una tasa de participación del 76,31%, los profesionales sanitarios de atención primaria consensuaron 110 de las 131 aseveraciones propuestas (84%), mostrando acuerdo en 102 ítems (77,9%) y desacuerdo en 8 (6,1%). No se logró consenso en 21 ítems.
México; 2016	Lara MA. Cerón H. Alcalá NE. De la Cruz CR.	Objetivo identificar los factores que inciden en el éxito o fracaso de la aplicación de la innovación social que pudieran considerarse en una propuesta a futuro de un modelo holístico enfocado a la innovación social en salud pública.	Cualitativa. se realizó un análisis exploratorio factorial mediante el método de componentes principales con una matriz rotada con normalización Varimax obteniendo un indicador de adecuación de los datos para realizar el análisis de factores; la prueba de Kaiser- Meyer- Olkin (KMO) arrojó un valor de 0.681 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue estadísticamente significativa, aproximadamente $C^2 = 79.174$ con $p < 0,000$. Obteniendo que el 72.41% de la varianza acumulada es explicada por dos componentes principales que, el primero de ellos (C1) agrupa los factores Promoción, Liderazgo, Redes, Facilitador e Incentivos (explica el 55,47 %), mientras que el segundo (C2) se apropia de los factores de Precisión y Aprendizaje (explica el 16.94%). Sin embargo, el factor de Aprendizaje no es significativo en ninguno de los dos componentes y considerando que si se elimina dicho factor la confiabilidad del instrumento se incrementa a 0.868, se toma la decisión de no eliminarlo porque es mínimo el impacto que genera en la optimización del análisis factorial.



Guía de entrevista para grupo focal

Instrumento:

Guía de entrevista para Grupos Focales del trabajo de investigación

Percepción de la calidad del tratamiento nutricional en el paciente con diabetes tipo

2

1.- Objetivos

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN
Analizar la percepción de la calidad del tratamiento nutricional en el paciente con DT2.
OBJETIVO DEL GRUPO FOCAL
Analizar lo que piensan, sienten y esperan los pacientes con respecto al tratamiento nutricional de la DT2.

2.- Identificación de los responsables

Nombre del moderador
Nínive Gil López
Nombre del observador
Elena Dolores Domínguez Pérez

3.- Listado de participantes del grupo focal

	Nombre	Edad	Sexo	Religión	Escolaridad
1					
2					
3					



4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

4.- Preguntas – temáticas estímulos

Preguntas estímulo	
	<p>Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad</p> <p>¿Qué es para usted tener diabetes?</p> <p>¿Por qué cree usted que le dio esta enfermedad?</p> <p>¿Qué siente usted por padecer esta enfermedad?</p> <p>¿Qué siente usted al tener que hacer un plan nutricional para controlar la enfermedad? (perspectiva cultural, económica, espiritual, médica y social)</p> <p>¿Qué alimentos cree usted que no debe consumir?</p> <p>¿Qué alimentos considera usted que lo benefician en su padecimiento?</p>
	<p>Roles asignados al paciente y el prestador</p> <p>¿Qué opina de la atención que le brinda su médico tratante en el control de la diabetes?</p> <p>¿Qué opina de la atención que le brinda su nutriólogo tratante en el control de la diabetes?</p> <p>¿De qué manera su nutriólogo lo ayuda para llevar un adecuado tratamiento nutricional?</p> <p>¿Qué actividades hace el nutriólogo desde el momento que entra a la consulta?</p>



	¿De qué manera participa usted en el tratamiento nutricional?
	El contexto social y organizativo ¿Cómo participa su familia con usted para llevar una correcta alimentación? ¿Quién cree usted que es su apoyo para enfrentar la enfermedad?
	Integración de la vida con la enfermedad ¿Qué barreras le impide a usted llevar un plan nutricional? ¿Cuál cree usted que es su principal ayuda para llevar a cabo una correcta alimentación? ¿Qué le hace falta mejorar para llevar una buena alimentación? ¿Qué surgiere usted para mejorar su control nutricional?

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Tabla 3. Operacionalización de variables

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operativa	Escala de medición Codificación (valor)
Edad	Cuantitativa numérica discreta	Años cumplidos desde el nacimiento al momento del estudio	En números enteros registro de la Edad en el cuestionario	Sección 1 Datos generales Inciso c) registra la edad
Sexo	Cualitativa nominal	Hombre Mujer	Características genotípicas del individuo	Seleccione 1. Ítem 1. Sexo 1.- Hombre 2.- Mujer
Estado civil	Cualitativa nominal	Condición que caracteriza a una persona según el registro civil en lo que hace a sus vínculos personales legales con respecto si tiene o no pareja	Registro de alguna de las opciones del estado civil o situación legal de la embarazada adolescente según, Indicadores de la serie histórica censal. Se utiliza Escala INEGI 2016	Sección 1. Ítem 2. Estado civil 1.-Soltera 2.-Casada 3.-Unión libre 4.-Viuda 5.-Divorciada



Religión	Cualitativa Nominal	Creencias y practicas acerca de lo considerado como divino o sagrado de tipo existencial, moral y espiritual	Grupo religioso con el que se identifica el sujeto al momento del estudio. Indicadores de la serie histórica censal. Se utiliza Escala INEGI 2016	Sección 1. Item 3. Religión 1.- católica 2.- cristiano no católico 3.- adventista 4.- otros 5.- ninguno
Escolaridad	Cualitativa nominal	Nivel o grado de estudios relacionado con el tiempo que una persona asiste y aprueba a la escuela.	Registrar según las opciones propuestas cual corresponde al máximo grado de estudios.	Sección 1. Ítem 4 Escolaridad 1.- Analfabeta (no sabe leer y escribir) 2.-Primaria completa o incompleta. 3.-secundaria completa o incompleta. 4.-preparatoria completo o incompleta 5.- licenciatura completa o incompleta.
Ocupación	Cualitativa nominal	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que	Labor que desempeña en el momento de la aplicación del	1.- estudiante 2.- trabajadora 3.- estudia y trabaja



		desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo	estudio.	4.- ama de casa
--	--	--	----------	-----------------

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.