

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE NUTRICION

**“PACIENTES DIABÉTICOS: BARRERAS PARA
MANTENER UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE
Y ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA”**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada En Nutrición

AUTOR

Lita Palomares Estrada

Lima – Perú

2014

Dedicatoria

A mi amado padre, Alejandro Palomares Pró, por su amor y apoyo incondicional en la realización de mis sueños.

A mi amada madre, Felícita Estrada Rodríguez, por enseñarme a soñar y creer en mí.

A mi querida asesora, Margot Rosario Quintana Salinas, por su paciencia, exigencia y compromiso en la realización de esta tesis.

Agradecimientos

A Dios por sus bendiciones e iluminar siempre mi camino.

A mis padres por sus valiosas enseñanzas y ejemplos de vida.

A mi asesora de tesis por su gran apoyo en este viaje.

Al Dr. Luis Zapata Rincón por brindarme las facilidades en la recolección de datos de esta investigación.

A los pacientes del Departamento de Endocrinología del Centro Médico Naval por brindarme su tiempo en la realización de este trabajo.

A mis colegas y amigos Dina Apaza, Yanymeé Guillén, Nery Quispe, Elizabeth Salas, Fernando Flores, Miguel Javier y Ronny Galarza por su apoyo y hermosa amistad.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	1
I. INTRODUCCIÓN	2
II. OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo General.....	10
2.2 Objetivos Específicos.....	10
III. METODOLOGÍA	11
3.1 Tipo de Estudio.....	11
3.2 Población de Estudio.....	11
3.3 Muestra.....	11
3.4 Definición de Variables.....	12
3.5 Técnicas e Instrumentos.....	12
3.6 Procedimiento de Captación de la Información.....	13
3.7 Análisis de Datos.....	13
3.8 Ética del Estudio.....	14
IV. RESULTADOS	15
4.1 Características de la Muestra.....	15
4.2 Desarrollo del tema: “Barreras para una Alimentación Saludable” en pacientes diabéticos varones.....	18
4.2.1 Barreras para una alimentación saludable en pacientes diabéticos varones.....	21
4.3 Desarrollo del tema: “Barreras para una Alimentación Saludable” en pacientes diabéticas mujeres.....	28
4.3.1 Barreras para una alimentación saludable en pacientes diabéticas mujeres.....	31
4.4 Desarrollo del tema: “Barreras para la Actividad Física Diaria” en pacientes diabéticos varones.....	40
4.4.1 Barreras para la actividad física diaria en pacientes diabéticos varones.....	43
4.5 Desarrollo del tema: “Barreras para la Actividad Física Diaria” en pacientes diabéticas mujeres.....	45
4.5.1 Barreras para la actividad física diaria en pacientes diabéticas mujeres.....	47
V. DISCUSIÓN	51
VI. CONCLUSIONES	57
VII. RECOMENDACIONES	59
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	65
Anexo 1: Guía de Preguntas de Grupo Focal a Pacientes Diabéticos	
Anexo 2: Guía de Preguntas de Entrevista en Profundidad a Pacientes Diabéticos	
Anexo 3: Consentimiento Informado.	
Anexo 4: Fotos.	

RESUMEN

Introducción: Actualmente hay más de 347 millones de personas con diabetes, esta enfermedad se está convirtiendo en una epidemia mundial. La persona diabética vivencia diversas barreras que limitan controlar la enfermedad y prevenir sus dañinas consecuencias, por lo que es necesario conocer y entender mejor qué barreras dificultan la adherencia continua a una alimentación saludable y actividad física diaria; y así facilitar que las estrategias de intervención tengan mayor eficacia. **Objetivos:** Conocer las barreras para mantener una alimentación saludable y actividad física diaria que presentan los pacientes diabéticos que asisten a un Consultorio de Endocrinología. **Diseño:** Estudio de enfoque cualitativo, fenomenológico. Muestreo intencional por oportunidad y bola de nieve. **Lugar:** Consultorio de Endocrinología del Centro Médico Naval. **Participantes:** 54 pacientes con diabetes mellitus tipo II, compensados, ambulatorios. **Intervenciones:** Se efectuaron 06 grupos focales y 10 entrevistas en profundidad según sexo y en 03 grupos de edad con la aplicación de guías de preguntas. El análisis se llevó a cabo a través de la transcripción y lectura de la grabación, codificación, comparación, reducción, interpretación, análisis y triangulación de datos. **Principales medidas de resultados:** Para una alimentación saludable se averiguó sobre barreras personales, sociales, económicas, de disponibilidad y trato del profesional; y para una actividad física diaria, barreras personales, ambientales, de disponibilidad y trato del profesional. **Resultados:** Las principales barreras para mantener una alimentación saludable fueron: Personales (costumbre de comer bastante; gusto por dulces, harinas y grasas; antojos y tentaciones; hambre; dieta monótona, insípida y desagradable; doble trabajo para preparar una dieta aparte; comer fuera; falta de disciplina, de fuerza de voluntad y de interés). Sociales (compromisos, reuniones y cumpleaños); económicas (falta de dinero, doble gasto y costo elevado de alimentos y productos integrales/light, de disponibilidad (falta de lugares o restaurantes saludables); según trato del profesional (tiempo de consulta muy corto, miedo de preguntar y falta de seguimiento e interés profesional). Las principales barreras halladas para una actividad física diaria fueron: Personales (trabajo, falta de tiempo y clima), y ambientales (zona insegura, peligrosa y presencia de personas ebrias). **Conclusiones:** Las barreras que dificultan la adherencia continua a una alimentación saludable en los pacientes diabéticos participantes del estudio estaban influenciadas principalmente por factores personales, sociales, económicos, de disponibilidad y trato del profesional; y para una actividad física diaria eran de tipo personal y ambiental.

Palabras Claves: Diabéticos, barreras, alimentación saludable y actividad física.

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, el número de pacientes diabéticos se incrementa notoriamente cada año. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes, y para el 2015 la población de diabéticos ascenderá a 450 millones; la diabetes se está convirtiendo en una epidemia mundial relacionada con el rápido aumento del sobrepeso, la obesidad y la inactividad física. Se calcula que en el 2004 fallecieron 3,4 millones de personas como consecuencia del exceso de glucosa en la sangre. Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios debido a sus complicaciones. Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años, y un 55% a mujeres ⁽¹⁾.

En los países en desarrollo el grupo más afectado es el de 35 a 64 años, a diferencia de los países desarrollados donde la mayoría de los diabéticos han superado la edad de jubilación. La OMS prevé que las muertes por diabetes aumentarán más de un 50% en los próximos 10 años, convirtiéndose así en la séptima causa mundial de muerte si no se toman medidas urgentes ⁽¹⁾. En caso de género la prevalencia de diabetes es mayor en varones que en mujeres, pero hay más mujeres con diabetes que varones ⁽²⁾.

En el Perú, la diabetes mellitus (DM), es una enfermedad que afecta a casi 2 millones de personas y es la décimo quinta causa de mortalidad en los peruanos, según informe de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud del año 2003 ⁽³⁾. Su prevalencia a nivel nacional estaría entre 2.8% según el INS - CENAN a 3.4% según los Estudios de Prevalencia de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles (FRENT) ⁽⁴⁾. Según reportes estadísticos del MINSA en el año 2005 se registró un total de 41 mil 601 nuevos casos de personas con DM y las mujeres encabezaban la lista de afectados con un total de 27 mil 453 casos registrados ⁽³⁾. En Lima la prevalencia de DM es de 7.6% ⁽⁵⁾. El Centro Médico Naval de Lima ha presentado alrededor de 7000 casos de pacientes diabéticos que asisten al consultorio de endocrinología en el año 2008 ⁽⁶⁾.

El aumento de diabéticos en nuestro continente se acentúa debido a la migración progresiva de la población del campo a la ciudad y a la incorporación de hábitos inadecuados que favorecen la aparición de obesidad ⁽⁷⁾.

Existen dos grandes formas de diabetes: La diabetes tipo 1, en la que el organismo no produce insulina, y la tipo 2, en la que el organismo no utiliza eficazmente la insulina. La de tipo 2 representa aproximadamente un 90% de los casos mundiales de diabetes, que se debe en gran parte a la inactividad física y al peso corporal excesivo por una alimentación poco saludable ⁽¹⁾.

La diabetes mellitus tipo 2 se caracteriza por la resistencia a la insulina y deficiencia relativa (más que absoluta) de esta sustancia. En este caso, no se transfiere con facilidad la glucosa sanguínea al interior de la célula, de tal manera que el paciente presenta hiperglicemia como resultado de la conservación de la glucosa en el torrente sanguíneo. Sus factores de riesgo incluyen edad avanzada, obesidad, antecedente familiar de diabetes o antecedente de diabetes gestacional, alteración en la homeostasis de la glucosa, inactividad física y raza o etnicidad. Si bien, casi 80 % de estas personas son obesas y manifiestan un antecedente de obesidad cuando se les establece el diagnóstico, la diabetes tipo 2 también se presenta en individuos no obesos, sobre todo en ancianos ⁽⁸⁾.

Una alimentación saludable y actividad física diaria, son los principales factores que favorecen la promoción y mantenimiento de una buena salud durante toda la vida ⁽⁹⁾. El logro de un peso corporal adecuado es un objetivo primario del tratamiento, pero incluso una pérdida limitada de peso puede que origine una regulación más adecuada de la glicemia. La actividad física diaria ayuda a que los músculos capten más glucosa, con la consecuente pérdida de peso, que reducen la presión arterial, mejoran los niveles de lípidos séricos e influyen positivamente en otros factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. Además, las conductas alimentarias saludables, con insistencia en el control de consumo de energía, dando preferencia a alimentos de carga glicémica baja, con suficiente fibra, aumento del consumo de frutas y vegetales, juegan un rol importante en el tratamiento de este tipo de diabetes ⁽¹⁰⁾.

No es posible controlar los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad sin una adecuada alimentación. No existe una dieta ideal única para la DM, un exceso de hidratos de carbono puede empeorar la glucemia; un alto aporte de grasa puede aumentar el riesgo de enfermedad cardiovascular, un aporte excesivo de proteínas en la dieta puede favorecer el desarrollo de nefropatía diabética; pero en líneas generales, la dieta debe tener las siguientes características ⁽¹¹⁾: personalizada y adaptada a las condiciones de vida del paciente, fraccionada,

consumo moderado de sal, consumo libre de infusiones, consumo de fruta al natural en lugar de en jugo, consumo frecuente de agua, consumo de alimentos ricos en fibra soluble, poco consumo de bebidas alcohólicas. El tratamiento nutricional debe concertarse con los otros aspectos de la terapéutica de la diabetes mellitus, actividad física y medicación ⁽¹²⁾.

La educación nutricional de los pacientes que acaban de ser diagnosticados debe incluir los siguientes puntos: relación entre los alimentos y comidas y la concentración de glucosa, medicación y ejercicio físico; plan de alimentación; constancia de horario de las comidas; identificación, prevención y tratamiento de la hipoglucemia; ajuste de la dieta según resultados de autocontrol de la glucemia. Una vez que los pacientes hayan aprendido estos conocimientos se deben desarrollar los siguientes conceptos: porciones de alimentos, modificación de la ingesta de grasa, consumo de alimentos con azúcar y edulcorantes, suplementos de vitaminas y minerales, bebidas alcohólicas, adecuación de horarios, ajuste de comidas al ejercicio, autocontrol glucémico, listas para comprar alimentos, comidas fuera de casa, comprensión de la información nutricional que se da en el etiquetado de ciertos alimentos y no aceptar sin más la definición de alimentos “libres de azúcar o grasa” o “especiales para diabéticos” ⁽¹²⁾.

En las personas con diabetes tipo 2, el control de la glucemia puede mejorar con la actividad física, en gran parte por disminución de la resistencia a la insulina y aumento de la sensibilidad a la misma, lo que genera aumento del uso periférico de la glucosa no sólo durante la actividad sino también después de ella. Este aumento de la sensibilidad a la insulina inducido por el ejercicio es independiente de cualquier efecto sobre el peso corporal. El ejercicio físico también disminuye los efectos de las hormonas contrarreguladoras, lo que a su vez reduce la producción de glucosa por el hígado y contribuye a mejorar el control de la glucemia ⁽⁸⁾. Además los diabéticos obtienen otros beneficios adicionales que incluyen disminución de los factores de riesgo de aterosclerosis, descenso de la presión arterial y mejoría de la condición cardiovascular ⁽¹³⁾.

La actividad física diaria de intensidad moderada puede ayudar a regular el nivel de glicemia y a reducir el riesgo de sufrir complicaciones a largo plazo, como por ejemplo correr 2.5 km en 15 minutos, saltar a la cuerda o subir escaleras durante 15 minutos, nadar durante 20 minutos, caminar 2.4 km en 30 minutos, recorrer 8 km en bicicleta durante 30 minutos, bailar rápido o realizar ejercicios

acuáticos durante 30 minutos, hacer bicicleta en una bicicleta estática durante 30-40 minutos, realizar deportes de equipo durante 45 minutos y limpiar o lavar durante 45-60 minutos ^(13,14).

Dado que la diabetes es una enfermedad que acompañará de por vida al paciente, es fundamental orientarlo a modificar el estilo de vida en relación a los hábitos de conducta alimentaria y de actividad física ⁽¹⁵⁾. Si se logra que la población diabética mantenga paulatinamente prácticas saludables de alimentación y propicie una cultura de salud más activa, se puede influir significativamente en el desarrollo de la enfermedad y mitigar sus perniciosas complicaciones ⁽¹⁶⁾.

Se ha observado que la continuidad de los pacientes diabéticos para mantener un plan alimenticio y actividad física diaria, es escasa ⁽¹⁷⁾. En años recientes, hubo un progreso en el desarrollo de estrategias para modificar los estilos de vida en diabéticos, pero el cambio de conducta a largo plazo ha demostrado ser muy difícil ⁽⁵⁾. Aunque es posible el alivio de muchos casos de diabetes tipo 2 reduciendo los depósitos excesivos de grasa, muchas personas no son capaces de perder peso, permanecen afectados con diabetes y presentan complicaciones degenerativas ⁽¹⁸⁾, como la retinopatía diabética que es una importante causa de ceguera; la neuropatía diabética y disminución del flujo sanguíneo, que incrementan el riesgo de úlceras en los pies y, pueden conducir a la amputación del miembro inferior; la insuficiencia renal que ocasiona el 10 a 20% de muertes en diabéticos; las enfermedades cardiovasculares como las cardiopatías y accidentes cerebro-vasculares que causan el 50% de muertes. El riesgo de muerte de los diabéticos es al menos el doble que los que no padecen esta enfermedad. La diabetes y sus complicaciones tienen importantes consecuencias económicas para los pacientes, sus familias, los sistemas de salud y los países ⁽¹⁾.

La persona diabética en el transcurso de su tratamiento, vivencia diversas barreras relacionadas a sus sentimientos y comportamientos de aceptación a su condición crónica de salud, a la adaptación de buenos hábitos como alimentación saludable y actividad física, estas barreras limitan controlar la enfermedad y prevenir sus dañinas consecuencias ⁽¹⁷⁾. Las recaídas y repeticiones de ciclos durante un continuo y largo periodo de modificación de conducta son muy frecuentes en los diabéticos ⁽⁸⁾.

Las diversas barreras que presentan los pacientes diabéticos se detallan en los siguientes estudios:

En el año 2000, en tres áreas urbanas de México, Mendoza y col., realizan un estudio de investigación de enfoque cualitativo en pacientes diabéticos adultos. En el que hallan que predomina una escasa cultura preventiva, existe una aceptación fatalista de las enfermedades, como parte del ciclo natural de vida y resistencia a visitar al médico. Se presenta una marcada diferencia de géneros en relación con la salud: el cuidado familiar recae en la mujer y ésta asiste más a los centros de salud por razón de embarazos, partos, puerperio y salud infantil. Fuera de estas razones y además de motivos de planificación familiar, la mujer atiende poco su salud y el hombre aún menos. Las campañas de salud probablemente refuerzan esta diferencia de géneros porque la mayoría van dirigidas a la mujer ⁽¹⁶⁾.

También en dicha investigación los autores encuentran que respecto a la alimentación, la tendencia general es comer para llenarse, importa más la cantidad y el gusto que la calidad. Una “buena” dieta se concibe en términos aspiracionales y se asocia más a la carencia producida por factores económicos que nutricionales. Desde esta perspectiva la carne es altamente valorada; en contraste, las verduras están relegadas en el consumo doméstico. Para las amas de casa cocinar verduras es someterse a una desaprobación por parte de los hijos y el esposo. El rechazo familiar es reforzado por la idea de que son caras y por una manifiesta incompetencia para hacerlas apetecibles. El concepto de dieta tiene una connotación restrictiva, aísla a quien se prescribe y además es difícil seguirla porque atenta contra el gusto y la costumbre. Por lo común, la gente próxima al diabético no se solidariza con él, situación que intensifica el carácter estigmático de la dieta. Entre la población que atiende los servicios estatales de salud está poco difundido el concepto de valor nutricional de los alimentos ⁽¹⁶⁾.

Otro estudio de intervención educativa comunitaria, con enfoque cualitativo en la primera etapa realizado en Costa Rica en el 2001 por Aráuz y col., demuestra que el análisis de los resultados sobre los conocimientos, las creencias y las prácticas de los pacientes diabéticos tipo 2 en relación con su tratamiento, así como el conocimiento de la disponibilidad de alimentos en la comunidad, fueron claves para que el personal sanitario viera la educación como una herramienta fundamental para lograr el control de la glucemia. Para el personal sanitario fue importante descubrir el contraste entre la dieta de los pacientes antes de la

intervención educativa y la que ellos recomiendan, y comprobar que el ingreso económico es una de las principales limitaciones de los pacientes para adquirir los alimentos recomendados ⁽¹⁹⁾.

Además, en dicho estudio encuentran que el apoyo familiar es indispensable para que el paciente afronte los problemas diarios de su enfermedad y para mejorar su control glicémico; sin embargo, muchas veces no existe tal apoyo; más bien, en este estudio la familia se percibió como una barrera para cumplir con el tratamiento, sobre todo para las mujeres, que debían adaptarse a los gustos y preferencias alimentarias de los miembros de la familia; por lo tanto el proceso educativo consideró fundamental integrar a las familias en la capacitación ⁽¹⁹⁾.

En la ciudad de Detroit - EE.UU, en el 2005, Shulz y col., realizan un estudio donde analizan el “Proyecto Alimentación Saludable y Ejercicio para Reducir la Diabetes” según determinantes sociales de la salud. Dentro de las barreras identificadas encuentran que los residentes de barrios de pobres cuentan con pocos lugares seguros para hacer ejercicios, también presentan más limitaciones para acceder a alimentos de alta calidad y frescos, y además son más propensos a reportar limitaciones funcionales y problemas de salud física, en comparación con los residentes ricos ⁽²⁰⁾.

En Sao Paulo - Brasil, en el 2007; Siqueira y col., muestran que pacientes diabéticos del Centro Educativo de Enfermería para adultos y ancianos, tienen numerosas dificultades relacionadas al seguimiento del tratamiento: rechazo y negación de la condición de enfermo; sufrimiento y revuelta debido a las recomendaciones estrictas para su alimentación, actividad física y medicamentos. Estos resultados indican que el enfoque de la aproximación educativa no debe restringirse apenas a la transmisión de conocimientos; también es importante que englobe aspectos emocionales, sociales y culturales que influyen en el seguimiento del tratamiento ⁽¹⁷⁾.

Todas estas barreras se reflejan, a nivel mundial, con un alarmante incumplimiento de los tratamientos prescritos para controlar las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes y otros. En los países desarrollados, el cumplimiento de los tratamientos es de 50% en promedio y el problema es mayor en países de menor desarrollo. El incumplimiento de los tratamientos explica por qué los pacientes no siempre logran obtener todos los beneficios esperados,

además de generar las complicaciones clínicas, ya mencionadas, como también psicosociales, que afectan la calidad de vida ⁽²¹⁾. Se considera a la diabetes como la enfermedad más difícil de tratar que otros problemas crónicos, debido a que requiere diferentes tratamientos e intervenciones de otros especialistas, lo que dificulta el tratamiento y seguimiento ⁽²²⁾.

Por ello se necesita un enfoque que aborde sistemáticamente las numerosas barreras que encuentran los pacientes diabéticos para mantener un estado óptimo de salud ⁽²¹⁾. Dicho enfoque debe englobar los aspectos subjetivos y emocionales que influyen en el tratamiento, e ir más allá de los procesos cognitivos. Una mejor comprensión de estas barreras puede contribuir para redirigir el modelo de atención a la salud para estos pacientes. Esa comprensión puede lograrse con una investigación de enfoque cualitativo que permita profundizar el carácter multidimensional de los fenómenos, así como captar los diferentes significados de la experiencia vivida, entendiendo al individuo y su contexto ⁽¹⁷⁾.

Hay que destacar que, si bien el análisis cualitativo puede responder las preguntas sobre cómo las personas entienden el mundo, también puede abordar muchas dimensiones objetivas de la acción y la interacción humana, y relacionar estos resultados en los contextos en que se producen ⁽²³⁾. Las investigaciones cualitativas se fundamentan más en un proceso inductivo, va de lo particular a lo general. La recolección de datos consiste en obtener la perspectiva y puntos de vista de los participantes (sus emociones, experiencias, significados y otros aspectos subjetivos). El proceso de indagación es flexible y se mueve entre los eventos y su interpretación, entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. Se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de los participantes ⁽²⁴⁾.

Es preciso reiterar el gran poder movilizador y transformador de la investigación cualitativa, posibilitando el enfoque de la realidad y haciendo que ciertas imágenes borrosas pasen a verse mucho más nítidas y delimitadas. Adquiere así protagonismo el empleo de técnicas cualitativas que ayudan a interpretar la perspectiva de los grupos sociales y orientan los programas y actividades de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud, porque el reto fundamental no es sólo cómo se genera información sino cómo se hace el pasaje al discurso social y cómo se transforma ese discurso ⁽²⁵⁾.

El diseño fenomenológico se enfoca en las experiencias individuales subjetivas de los participantes, buscando reconocer las percepciones de las personas y el significado de un fenómeno o experiencia, aquello que lo distingue reside en que la o las experiencias de los participantes es el centro de indagación ⁽²⁴⁾.

La investigación cualitativa aplica varias técnicas de recolección de datos como grupos focales y entrevistas en profundidad. Los grupos focales son reuniones integradas por 6 a 10 personas que conversan en torno a uno o varios temas en un ambiente relajado e informal, bajo la conducción de un especialista en dinámicas grupales. La entrevista en profundidad se define como una reunión para intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado). Es íntima, flexible y abierta. A través de las preguntas y respuestas, se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto al tema de investigación ⁽²⁴⁾.

Por todo lo expuesto, es necesario conocer y entender mejor qué barreras dificultan la adherencia continua a los cambios de estilo de vida ⁽¹⁰⁾, para conseguir que mantengan continuamente un plan alimenticio saludable y actividad física diaria; y de este modo facilitar que las estrategias de intervención tengan mayor eficacia en el control de la diabetes, pues muchas veces la información es ofrecida de forma vertical, sin permitir una buena participación de los pacientes y sin considerar lo que ellos saben y lo que desearían saber ⁽¹⁷⁾.

En nuestro medio, a diferencia de otros países, no se han hallado publicaciones de investigaciones cualitativas con relación a las barreras que enfrentan los diabéticos; por lo que se considera importante profundizar en estos aspectos subjetivos.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general:

- ❖ Conocer las barreras para mantener una alimentación saludable y actividad física diaria que presentan los pacientes diabéticos que asisten al Consultorio de Endocrinología del Centro Médico Naval.

2.2 Objetivos específicos:

- ❖ Explorar las barreras para mantener una alimentación saludable que presentan los pacientes diabéticos que asisten al Consultorio de Endocrinología del Centro Médico Naval.
- ❖ Identificar las barreras para mantener una actividad física diaria que presentan los pacientes diabéticos que asisten al Consultorio de Endocrinología del Centro Médico Naval.

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Se aplicó un estudio de enfoque cualitativo y de tipo fenomenológico ⁽²⁴⁾.

3.2 Población de estudio

Pacientes con diabetes mellitus tipo II, compensados, que asisten al Consultorio de Endocrinología del Centro Médico Naval (varones y mujeres de 20 a 70 años de edad), con una adecuada audición y comunicación.

3.3 Muestra

Se consideró la participación de 46 pacientes con diabetes mellitus tipo II que asistieron al Consultorio de Endocrinología del Centro Médico Naval, que fueron divididos en tres grupos de edad: de 20 a 39 años, de 40 a 59 años y de 60 a 79 años, y en quienes se consideró su dependencia o independencia económica. (Tabla N° 01). El tamaño de la muestra estaría supeditado a la saturación de la información. El muestreo fue intencional y el procedimiento de captación de información fue por oportunidad, es decir conforme asistían los pacientes diabéticos al consultorio y por bola de nieve que consiste en pedir a los informantes que recomienden a posibles participantes. ⁽²⁴⁾.

Tabla N°01: Tamaño de muestra según técnicas cualitativas aplicadas

Actores Involucrados	Técnicas Cualitativas		
	Nº	Nº de Participantes	Entrevistas en Profundidad (Nº)
Mujeres de 20 a 39 años	1	6	1
Mujeres de 40 a 59 años	1	6	1
Mujeres de 60 a 79 años	1	6	1
Varones de 20 a 39 años	1	6	1
Varones de 40 a 59 años	1	6	1
Varones de 60 a 79 años	1	6	1
Mujer independiente económicamente			1
Mujer dependiente económicamente			1
Varón independiente económicamente			1
Varón dependiente económicamente			1
Total	6	36	10

3.4 Definición de variables

Tabla N°02: Operacionalización de Variables

Variables	Definición	Dimensiones	Ejes Temáticos
Barreras para una alimentación saludable	Obstáculos o dificultades que impiden al paciente diabético mantener una alimentación saludable	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal ▪ Social ▪ Económica ▪ Disponibilidad ▪ Trato del profesional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percepción ante su condición de enfermo. ▪ Apoyo familiar y amical. ▪ Ingresos económicos. ▪ Constante exposición a alimentos no saludables. ▪ Atención y contacto a los ojos.
Barreras para la actividad física diaria	Obstáculos o dificultades que impiden al paciente diabético mantener actividad física	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal ▪ Ambiental ▪ Disponibilidad ▪ Trato del profesional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolores físicos. ▪ Vecindario inseguro y contaminado. ▪ Facilidades para realizar la actividad. ▪ Temor para preguntar.

3.5 Técnicas e instrumentos

Se aplicaron dos técnicas, la de grupos focales y la de entrevistas en profundidad. Se conformaron seis grupos focales según sexo y edad, con un mínimo de seis y un máximo de ocho participantes cada uno. Las entrevistas en profundidad se realizaron con pacientes según sexo, edad y condición de dependencia económica; que no hubieran participado en los grupos focales. (Tabla N° 01).

Los instrumentos para la recolección de datos fueron una guía de preguntas semiestructurada para cada técnica dividida en dos temas, barreras para una alimentación saludable y barreras para la actividad física. El primer tema estuvo constituido por preguntas relacionadas al aspecto social, personal, económico, disponibilidad y trato del profesional, el segundo tema contó con preguntas relacionadas al aspecto social, personal y ambiental (Anexo 1 y 2).

Se veló por la confiabilidad de la guía cuando se elaboraron preguntas para cada dimensión, fue revisada por especialistas y luego se aplicó en una prueba de campo.

3.6 Procedimiento de captación de la información

Se efectuaron coordinaciones previas con el médico encargado de los Consultorios de Endocrinología para la realización de la investigación. Se convocó a los pacientes a una reunión general, donde se les informó acerca del trabajo a realizar y se solicitó su participación voluntaria.

Se conformaron los grupos focales en un ambiente acondicionado para tal fin y sin distracciones. Cada grupo focal fue dirigido por la tesista como moderadora que contó con una guía de preguntas (Anexo 1) y la participación de un colaborador. Estas reuniones fueron grabadas con una grabadora de voz para lo cual se solicitó el consentimiento a los participantes. Se ofreció un refrigerio y al finalizar la reunión se entregó un presente simbólico en agradecimiento.

En forma paralela, se fueron realizando las entrevistas en profundidad según ubicación y disponibilidad de cada participante. Las entrevistas se realizaron en un ambiente que permitió la privacidad. Se utilizó la guía de preguntas (Anexo 2) y una grabadora.

El tiempo de duración fue de 45 a 60 minutos para cada una de las técnicas.

3.7 Análisis de Datos

Para el proceso de análisis de datos el primer paso que se consideró fue transcripción en formato word y lectura repetida de la grabación de todos los grupos focales, entrevistas en profundidad y apuntes realizados en la bitácora de campo, con las que se conformaron sábanas según sexo y grupos de edad por separado. (Anexo 4)

Luego, se procedió a su codificación en las mismas “sábanas de papel” y en la bitácora de análisis al compararse fragmentos de información similares o relacionados. También se extrajo las respuestas típicas más significativas.

Se continuó con la reducción de los datos, se codificó nuevamente en hojas de menor tamaño, y se utilizó diferentes colores para resaltar las diferencias y semejanzas según sexo y edad; y finalmente, se realizó la interpretación y análisis de los datos pasando de los detalles de los resultados del estudio a las ideas principales ⁽²³⁾. Durante el análisis de los datos se tuvo en cuenta la relevancia tanto de las respuestas más comunes como de las más singulares.

Se utilizó la triangulación de técnicas de grupo focal y entrevistas en profundidad y la triangulación de análisis de datos para ello se compararon los resultados hallados por la tesista con los de la asesora de tesis, con el fin de asegurar la calidad y confiabilidad de los datos.

3.8 Ética del Estudio

Se solicitó a los participantes un consentimiento informado para su respectiva inclusión en la investigación (Anexo 3).

IV. RESULTADOS

4.1 Característica de la muestra

La muestra estuvo conformada por 54 pacientes (clasificada equitativamente entre mujeres y varones) con diabetes mellitus tipo II que asistieron al Consultorio de Endocrinología del Centro Médico Naval, 50 de ellos fueron divididos en tres grupos de edad (adultos jóvenes, adultos y adultos mayores) según sexo y según técnica cualitativa aplicada (grupos focales, en cinco de los cuales asistieron 8 participantes, y entrevistas en profundidad), los 4 pacientes restantes (2 mujeres y 2 varones) fueron seleccionados según condición económica (dependiente e independiente).

El lugar de mayor procedencia fue la Provincia Constitucional del Callao para hombres y mujeres, en segundo lugar los distritos San Martín de Porres, Lima Cercado y Los Olivos. Cabe resaltar que el Centro Médico Naval colinda con el Callao y Lima Cercado. (Tabla N°03).

Tabla N°03: Frecuencia de la muestra según lugar de procedencia

Lugar de Procedencia	Lugar de Procedencia	
	Varones (n)	Mujeres (n)
Callao	7	7
Breña	3	5
San Juan de Lurigancho	3	3
Lima Cercado	2	3
Los Olivos	2	3
La Victoria	2	2
San Juan de Miraflores	2	4
Otros distritos	6	

La mayoría de los pacientes varones tenían grado de instrucción superior completo, mientras que las mujeres tenían secundaria completa. (Tabla N°04).

Tabla N°04: Característica de la muestra según grado de instrucción

Grado de Instrucción	Varones (n)	Mujeres (n)
Superior Completo	13	4
Secundaria Completa	11	12
Superior Incompleta	2	2
Primaria Completa	1	1
Secundaria Incompleta	0	5
Primaria Incompleta	0	3

La mayoría de los pacientes presentaron un estado nutricional normal. Hubo un mayor número de varones con sobrepeso que mujeres, pero ellas presentaron mayor número de obesidad I y II en comparación a los varones. (Tabla N°05).

Tabla N°05: Característica de la muestra según estado nutricional

Estado Nutricional	Varones (n)	Mujeres (n)
Normal	15	9
Sobrepeso	9	7
Obesidad I	3	4
ObesidadII	0	7

La mitad de pacientes tenían menos de 10 años de padecer la enfermedad. (Tabla N°06).

Tabla N°06: Característica de la muestra según tiempo de enfermedad

Tiempo de padecer diabetes desde el diagnóstico (años)	Varones (n)	Mujeres (n)
Menos de 10	13	15
10 a 19	6	10
20 a 29	4	2
30 a más	2	0

La mayoría de los pacientes recibían hipoglicemiantes como tratamiento. Sólo una mujer realizaba dieta como parte de su tratamiento. (Tabla N°07).

Tabla N°07: Característica de la muestra según tipo de tratamiento

Tipo de Tratamiento	Varones (n)	Mujeres (n)
Hipoglicemiante	12	13
Insulina	8	5
Hipoglicemiante e Insulina	7	8
Sólo dieta	0	1

4.2 Desarrollo del tema: “Barreras para una Alimentación Saludable” en pacientes diabéticos varones.

Los alimentos saludables y no saludables encontrados en los 3 grupos de edad de varones: adultos jóvenes, adultos y adultos mayores fueron (Tabla N°08):

Tabla N°08: Alimentos saludables y no saludables en diabéticos de los 3 grupos de edad

Alimentos Saludables	Alimentos No Saludables
<ul style="list-style-type: none">▪ Verduras▪ Frutas▪ Pescado▪ Pollo▪ Leche▪ Queso▪ Poca carne roja▪ Poco arroz▪ Poca harina	<ul style="list-style-type: none">▪ Frituras▪ Carne roja▪ Azúcar▪ Gaseosas▪ Panetón▪ Dulces▪ Pasteles

Los alimentos saludables hallados en adultos jóvenes y adultos fueron las ensaladas con limón y sal, sin mayonesa. Mientras que en adultos jóvenes y adultos mayores se hallaron el edulcorante, las menestras y las vísceras (hígado). Así mismo entre los adultos y adultos mayores se encontraron las tostadas y las preparaciones con poca sal.

Además sólo en adultos jóvenes se encontró como alimento saludable el yogur, mientras que en adultos se halló el huevo y el yacón, del mismo modo en adultos mayores se encontró el agua, las infusiones y el caldo de sopa.

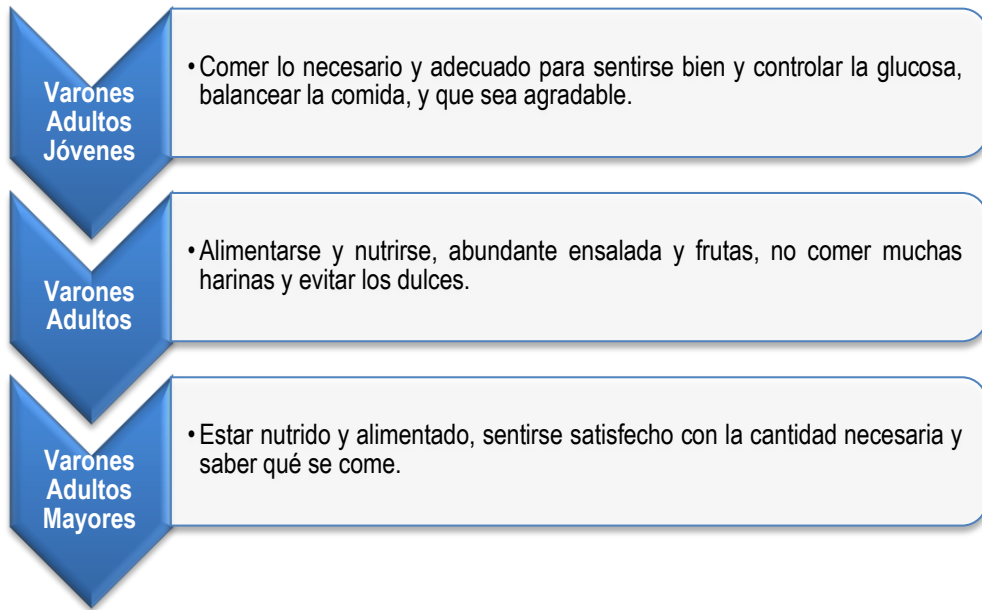
Los alimentos no saludables hallados en adultos y adultos mayores fueron el plátano, el mango, la chirimoya, la sal en exceso, las bebidas alcohólicas. Sólo en adultos jóvenes se encontró como alimento no saludable a la mayonesa. También en adultos se halló a la uva, los helados, las bebidas azucaradas y los tallarines. Así mismo en adultos mayores se encontró a la betarraga y el pan.

“También peco a veces de comer plátano y mango” (varón, adulto).

“También como frutas, excepto chirimoya, plátano esas cosas que no comemos los diabéticos” (varón, adulto mayor).

Respecto a la definición de alimentación saludable se encontró en los 3 grupos de edad de varones que básicamente es nutrirse comiendo lo adecuado y

n
e
c
e
s
a
r
i
o
.
(
F
i



gura N°01)

Figura N°01: Definición de alimentación saludable en diabéticos

Con relación al medio informante, para los 3 grupos de edad de varones fueron el médico y la nutricionista. Mientras que en adultos jóvenes y adultos fueron los folletos informativos. Así mismo en adultos y adultos mayores fueron las charlas de nutrición. Sólo en adultos consideraron la experiencia adquirida por hospitalización, y los adultos mayores se informaron a través de conferencias, congresos, clubes de diabéticos o por medio de un familiar con diabetes.

“El doctor al momento que me diagnosticaron la enfermedad, me dijo cómo debía seguir mi vida de acuerdo a un régimen y tenerlo vigente para hacer más longeva la vida” (varón, adulto joven).

“Estuve interno un mes y anotaba todo lo que me daban en el desayuno, almuerzo y cena, entonces esto lo he dado en mi casa y les dije que me lo prepararan” (varón, adulto).

“Una nutricionista me dio una dieta y la dieta era tan rigurosa que a los dos días estaba a punto de desmayarme porque estaba débil, mal comido, mal alimentado y me sentía mal, era muy poquito la cantidad que comía” (varón, adulto mayor).

Por otro lado los motivos de asistencia a las consultas del hospital encontrados en los 3 grupos de edad de varones fueron los medicamentos y el control médico periódico. Mientras que en adultos jóvenes y adultos fueron su propia salud, bienestar y evitar que la enfermedad avance y se complique. Así mismo en adultos y adultos mayores fue la gratuidad del servicio que es como un seguro de salud.

“Para ver si me encuentro bien, si estoy controlado, es necesario y básico, si no lo hago yo mismo me haría daño, esta enfermedad afecta distintos órganos” (varón, adulto joven).

“Acá venimos por la medicina, por los controles de sangre. También por nosotros mismos, por nuestra propia salud y segundo porque todo es gratis, tenemos derecho porque hemos servido a la marina” (varón, adulto).

Además, sólo en adultos jóvenes destacó la realización de sus proyectos y formar una familia. Mientras que para los adultos destacó que sus hijos los necesitan, también se sienten cómodos en el hospital y con los médicos, y consideraron que es su propia responsabilidad asistir a las consultas. En adultos mayores se encontró la necesidad de asistir a otras especialidades médicas.

“Considero que si yo quiero realizar mis proyectos y formar una familia, tengo que estar bien” (varón, adulto joven).

“En nosotros ya es una rutina, al menos yo mensualmente tengo todas mis citas, me sacan sangre, me ven mi glucosa, no solo endocrinología sino ahorita me ven también cardiología y nefrología y de vez en cuando gastroenterología” (varón, adulto mayor).

Respecto a los lugares cercanos para comprar alimentos saludables en los 3 grupos de edad de varones consideraron los mercados y los supermercados, mientras que algunos adultos jóvenes mencionaron las bodegas y algunos adultos refirieron el mercado mayorista de alimentos “La Parada”.

4.2.1 Barreras para una alimentación saludable en pacientes diabéticos varones.

Las barreras encontradas en los 3 grupos de edad de varones: adultos jóvenes, adultos y adultos mayores fueron (Tabla N°09):

Tabla N°09: Barreras para una alimentación saludable en diabéticos de los 3 grupos de edad

Tipo de Barrera	Barreras para una Alimentación Saludable
Personales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Costumbre de comer grandes cantidades de comidas. ▪ Gusto de comer dulces, harinas y grasas. ▪ Antojos y tentaciones, al ver comer a otros e invitaciones. ▪ El hambre, al no sentirse satisfechos por la poca cantidad. ▪ La dieta es monótona, insípida, desagradable y cansa. ▪ Falta de tiempo por el doble trabajo que implica cocinar una dieta aparte. ▪ El tener que comer fuera, por trabajo. ▪ La falta de adherencia a la dieta hace que solo la sigan unos días por falta de disciplina, fuerza de voluntad y motivación constante. ▪ El depender de una persona como la esposa para que prepare los alimentos y que no siempre está disponible porque trabaja o está cansada.
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compromisos y/o reuniones. ▪ Festividades y/o feriados. ▪ Cumpleaños y/o fiestas especiales como navidad.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de dinero porque se necesita un presupuesto aparte y suele ser un doble

Económicas	<p>gasto.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El costo elevado de ciertos alimentos (yogurt, brócoli, lechuga pescada, pechuga de pollo) y productos integrales y light.
Disponibilidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de lugares o restaurantes donde puedan comer según las recomendaciones de la dieta y eso hace que terminen comiendo donde sea.
Trato del Profesional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El no ser bien atendidos en las consultas porque el tiempo de atención es muy corto de 5 a 10 minutos y no les brindan la información necesaria, o las respuestas son muy cortas. ▪ Miedo de preguntar y ser reprendidos por haber hecho desarreglos y tener la glucosa alta. ▪ Falta de seguimiento e interés profesional, cada 3 meses los ve el médico.

Las barreras halladas en adultos jóvenes y adultos fueron, que las personas que viven en su casa se comen los alimentos para su dieta, como los de sus ensaladas; y el comer a deshoras, por trabajo.

“Me levanto muy temprano y no desayuno en mi casa, desayuno en la calle un quaker (se refiere a la avena) y lo pido no tan dulce. Y cuando llego a mi casa, como no hay nadie, estoy comiendo lo que encuentro” (varón, adulto joven).

“Y siempre la pelea porque mi señora prepara ensalada, pero a veces la comen mis hijas” (varón, adulto).

Para los adultos y adultos mayores, la diabetes es una enfermedad silenciosa, cuando se sienten bien, se olvidan de sus autocuidados, y sólo en caso de conocer que su glucosa alta se cuidan; además consideran que su diabetes es emotiva por estrés o problema y que no necesariamente depende de los alimentos; por otro lado el entorno familiar no siempre se adapta a su forma de alimentación; también para ellos no es fácil adaptarse a la dieta, comer verduras frecuentemente, y al cambio radical; otras dificultades encontradas fueron que sus hijos trabajan y les compran comida muchas veces no saludable; también la falta de adecuada información y explicación de cómo deben alimentarse, en algunos casos sólo les han entregado una hoja de dieta

radical y rigurosa que no es sostenible con el tiempo y que no es adaptada a sus necesidades; así mismo la falta de charlas educativas y de difusión constante.

“Porque es emotiva. Cuando estaba hospitalizado me daban dieta y mi glucosa no bajaba y sólo comía la dieta, pero estaba estresado, preocupado. Después me dieron de alta y mi glucosa bajó” (varón, adulto).

“En la casa no todos comen dieta, no van a hacer una dieta para mí solo, en mi casa hacen comida para todos y todos comemos” (varón, adulto mayor).

En los adultos jóvenes las barreras encontradas fueron el estudio (algunos estudian todo el día), otros estudian y trabajan a la vez y eso genera mucho desorden en su alimentación; también algunas veces no desayunan o se olvidan de comer, y al regresar a casa comen lo que encuentran; por otro lado los que llevan refrigerio al trabajo encuentran difícil llevar ensaladas.

“El trabajo es una dificultad porque yo trabajo en la calle y a veces como en restaurantes, pero en la mayoría de casos llevo lonchera pero no puedo llevar verduras, trato de poner un solo plato, y es difícil llevar las ensaladas, tienes que llevar el limón aparte” (varón, adulto joven).

Así mismo en los adultos se hallaron dificultades como el uso de hipoglicemiantes, también el sentirse presionados por sus familias para que coman alimentos saludables les incomoda.

“Y con insulina sin hacer mucha dieta controlo mi glicemia, comiendo la mitad de lo que comía antes, definitivamente hacer una dieta para uno es difícil” (varón, adulto).

“Cuando mi señora pone un kilo de manzanas en la mesa para que lo coma en lugar de un pancito o un paquete de galletas,

siento la presión y es peor, la manzana no pasa (se refiere a que no la come)” (varón, adulto).

Para los adultos mayores, el confiarse porque conocen su enfermedad les lleva a hacer desarreglos en su alimentación, también sienten debilidad y decaimiento, además de la falta de sensibilización del profesional acerca de la dieta.

“Cuando me dieron mi dieta acá no me motivo en nada, hace 25 años me dieron la dieta que debí seguir y ya no me vieron nunca más” (varón, adulto mayor).

En el caso del diabético independiente se caracteriza porque lee bastante y le gusta, y de este modo aprende a cuidarse respecto a su alimentación. Por otro lado, el diabético dependiente necesita de alguien para que le prepare sus alimentos.

“A mí nadie me orientó, soy una persona que me gusta leer mucho, he tenido mi madre que ha sido diabética y mi padre hipertenso, por eso sabía, y no me afectó mucho” (varón, independiente).

En los 3 grupos de edad de varones manifestaron que sí reciben apoyo familiar, y que se evidencia cuando les controlan los alimentos que comen, y les ayudan a preparar la dieta (aunque no sea siempre así). Para adultos y adultos mayores el apoyo lo perciben cuando algunas veces la familia se adapta a su alimentación como paciente diabético.

“Ellos (se refiere a su familia) me dicen que coma poco, pero ya es cosa mía que como de más” (varón, adulto joven).

“La familia sí apoya, cuando uno le dice el doctor me ha recetado esto, pero no te van a preparar todos los días una dieta para ti solo. Yo no hago problema, lo que me dan yo como, así no sea dieta, yo termino el plato” (varón, adulto mayor).

Sólo en adultos jóvenes se destacó que la familia les avisa de las llamadas de los médicos y les recuerda la toma de sus medicamentos, además un paciente de este grupo mencionó que le compraron un glucómetro. Mientras que en los adultos destacó que las hijas apoyan más que los hijos, y en adultos mayores se encontró que la familia está pendiente de sus citas y de la búsqueda de otras especialidades que necesitan.

“Tengo hijas mujeres y me apoyan en esa cuestión de la dieta, mi señora también, mi hijo no porque con él es que vamos a subir el azúcar (se refiere a su glucosa). Todo el problema de este cuerpito es que come fuera” (varón, adulto).

“Yo me siento apoyado por mi esposa y mis hijos porque ellos son los que más me exigen y están pendientes de mis citas, yo me olvido y mi esposa o mis hijas me recuerdan, además como acá es muy espaciado las citas, ellos me han inscrito en otro lugar para asistir a podología” (varón, adulto mayor).

Por otro lado algunos adultos jóvenes mencionaron que sus familias deben ser más rígidas y prohibirles lo que no deben comer, también que no toquen los alimentos de su dieta, que se adapten a su alimentación como diabéticos y que preparen dietas agradables.

“No tocando los alimentos que yo como, o me pidan al menos, o que cambien toda la alimentación a cómo yo me alimento” (varón, adulto joven).

Respecto a las diferencias encontradas entre la alimentación actual y la de antes en los 3 grupos de edad de varones fueron que ahora comen menos cantidad de comida, se cuidan y se limitan del azúcar. Mientras en adultos jóvenes y adultos se halló que actualmente toman más agua. Así mismo en adultos y adultos mayores se encontró que ahora ya no comen mariscos.

“Mi sobrenombre en la marina era “traga” yo sacaba todo lo que quedaba en la olla, porque yo perdía bastante energía, y en

actividad (se refiere al trabajo) tenía diabetes pero seguía comiendo, pero cuando salí de baja y dejé de hacer ejercicio se me subió el azúcar y tuve que cambiar” (varón, adulto mayor).

“Antes comía en más cantidad, cuatro panes, media jarra de quaker con leche, mi tazón de sopa con arroz y postre y en la noche era igual. Ahora como medido, dos panes integrales, frutas, y ahora mi almuerzo es la mitad y mi cena también” (varón, adulto joven).

Sólo en adultos jóvenes consideraron que ahora comen ensaladas de verduras y también frutas, y algunos ya no comen en la calle comida rápida.

En adultos destacó una persona que lleva sus indicaciones de dieta al trabajo, y en adultos mayores se encontró que algunos ya no comen dulces ni chocolates.

“Cuando uno está en servicio y te diagnostican la enfermedad, llevas la dieta que te entrega el médico y te preparan diferente al menos donde yo he trabajado a mí me daban diferente a la mayoría” (varón, adulto).

Todos los varones de los 3 grupos de edad consideraron que por su enfermedad deben alimentarse saludablemente, y las razones fueron que una dieta adecuada ayuda a controlar la glucosa y evita que la enfermedad se complique. Mientras que en adultos jóvenes mencionaron que no sólo por la diabetes deben alimentarse saludablemente sino que siempre debe ser así, pero por la enfermedad deben cuidarse más. Así mismo en los adultos destacó que el médico así lo recomienda y se debe seguir la dieta.

“La enfermedad nos cambia a todos, uno va cumpliendo las indicaciones a medida que va pasando, uno controla su glucosa. Porque si uno no se cuida quién lo va a hacer, la enfermedad se puede complicar” (varón, adulto mayor).

“No debido a la diabetes, sino siempre debió haber sido, pero ahora con la enfermedad debo cuidarme más” (varón, adulto joven).

Cabe recalcar que en adultos y adultos mayores consideraron que el aumento de la glucosa es independiente a la dieta, y que se produce por una alteración emocional.

“No es por la comida que sube (se refiere a la glucosa), es por una alteración o una emoción fuerte. Me he dado cuenta que comiendo de todo me mantengo pero si tengo una alteración emocional me descontrolo, en mi caso no dependo de la dieta” (varón, adulto).

“Pienso que la diabetes es también emotiva porque cuando me retiré (se refiere a su trabajo) dejé a mis amigos, y uno se siente mal, y eso afectó mi glucosa” (varón, adulto mayor).

Con relación a la preocupación por su propia salud, todos los grupos de edad de varones mencionaron que sí lo hacen, y las medidas que aplican fueron comer menos cantidad, tratar de evitar comer lo que les hace daño, intentar cumplir la dieta y cuidarse dentro de sus posibilidades. Mientras que en los adultos jóvenes y adultos fueron el tratar de estar activos y hacer ejercicio. En varones adultos y adultos mayores fueron aceptar su enfermedad, vivir tranquilos, relajados y no complicarse.

“Cuando estoy con mis amigos me limito al tomar con ellos, me cuido, quiero seguir viviendo, tengo aspiraciones, y si no me cuido pierdo mis extremidades” (varón, adulto joven).

“Trato de evitar lo que me hace mal, la gaseosa, el pan y peor si sabes que a otras personas con diabetes el mal les avanza, a un amigo le cortaron la pierna” (varón, adulto).

“Me mantengo tranquilo con mi enfermedad, mi vida es normal, ya lo acepté y superé, sé que pertenezco al sistema de los diabéticos y no me siento menos” (varón, adulto mayor).

Sólo para el grupo de adultos jóvenes destacó que revisan su aspecto físico, el color de su orina, toman sus medicamentos y se informan sobre su enfermedad.

“Sí me miro al espejo y veo si tengo ojeras, miro mi orina también antes le sentía olor a miel. Y tomo bastante agua” (varón, adulto joven).

4.3 Desarrollo del tema: “Barreras para una Alimentación Saludable” en pacientes diabéticas mujeres.

Los alimentos saludables y no saludables encontrados en los 3 grupos de edad de mujeres: adultas jóvenes, adultas y adultas mayores fueron (Tabla N°10):

Tabla N°10: Alimentos saludables y no saludables en diabéticas de los 3 grupos de edad

Alimentos Saludables	Alimentos No Saludables
▪ Verduras	▪ Frituras
▪ Frutas	▪ Azúcar
▪ Pescado	▪ Gaseosas
▪ Pollo	▪ Chocolate
▪ Leche	▪ Helado
▪ Queso	▪ Plátano
▪ Poca carne roja	▪ Grasas
▪ Poco arroz o papa.	▪ Harinas
▪ Ensaladas	▪ Dulces
▪ Agua	▪ Tortas / queques
▪ Menestras	▪ Postres
▪ Avena	▪ Comida chatarra
▪ Tostadas	▪ Carne roja
▪ Pan integral	▪ Pan / Fideos

Los alimentos saludables hallados en adultas jóvenes y adultas fueron la leche descremada. Mientras que en adultas jóvenes y adultas mayores se hallaron el pan, el edulcorante, la sopa, el agua mineral y el agua de frutas (de maracuyá,

de piña). Así mismo entre adultas y adultas mayores fueron los jugos, la pavita, el trigo, la quinua y poca cantidad de fideo.

Además sólo en adultas jóvenes se encontró como alimento saludable la leche de soya y todo al vapor. Mientras que en adultas se encontró la aceituna, los cereales, la soya, la carne de soya y la fibra. Del mismo modo en adultas mayores se encontró las infusiones, el queso fresco y pasteurizado, conserva de atún, las galletas integrales, la mermelada light, la gaseosa light, la gelatina light y el helado para diabéticos.

Los alimentos no saludables hallados en adultas jóvenes y adultas fueron la uva, el mango y los embutidos. Mientras que en adultas jóvenes y adultas mayores fueron el café, el alcohol y el exceso de sal. Así mismo en adultas y adultas mayores fueron las mazamorras y el panetón.

Sólo en adultas jóvenes se encontró como alimentos no saludables a la mayonesa, la mantequilla, la mermelada, los jugos con azúcar, los refrescos de sobre, las bebidas azucaradas y el exceso de frutas. Mientras que en adultas se encontró a la chirimoya y las comidas bien aderezadas. Y en adultas mayores destacó las galletas.

Cabe resaltar que el plátano fue considerado un alimento no saludable en los 3 grupos de edad de mujeres.

Respecto a la definición de alimentación saludable se encontró en los 3 grupos de edad de mujeres que principalmente es comer balanceado, lo necesario y que nutra. (Figura N°02)

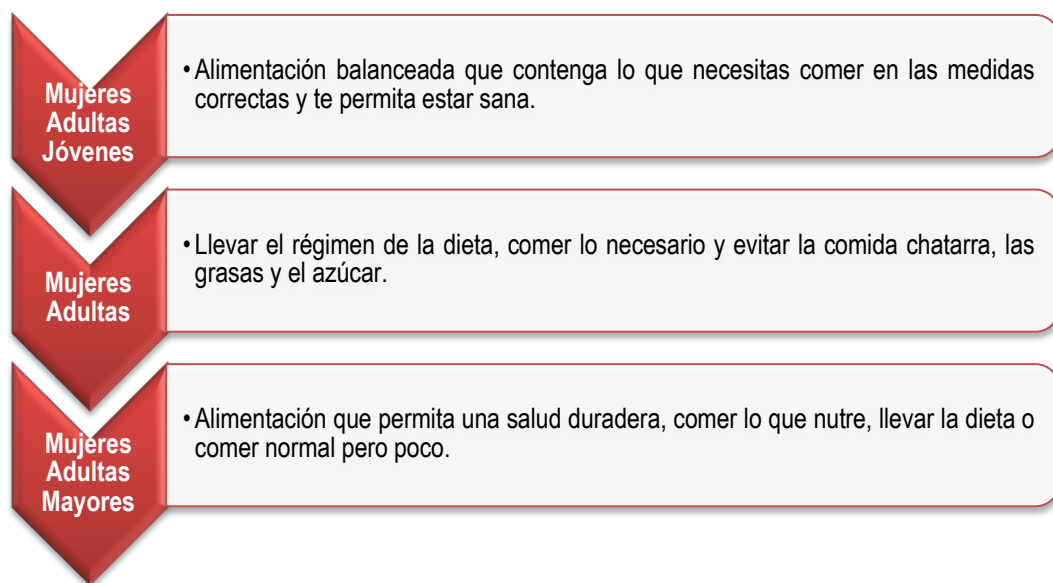


Figura N°02: Definición de alimentación saludable en diabéticas

Cabe recalcar que dos adultas y una adulta mayor no saben qué es una alimentación saludable.

“En mi caso yo no sé qué quiere decir alimento sano porque toda la vida hemos hecho estirar lo poquito que nos dan nuestros esposos” (mujer, adulta).

Con relación al medio informante, para los 3 grupos de edad de mujeres fueron el médico, el endocrinólogo, la nutricionista y las charlas. Sólo para las adultas jóvenes fue la mamá (por su experiencia), mientras que para las adultas fue la amiga diabética.

“A mí no me ha hablado nadie. Por intermedio de una amiga que también es diabética me enteré de algunas pautas. Yo trabajaba haciendo costuras, pero con el tiempo se me iba cortando la vista” (mujer, adulta).

“Asistí a una charla que hizo el Dr. Zapata en Miraflores y allí explicó lo que debe comer y no comer un diabético para que tenga una buena alimentación. La nutricionista también me vió” (mujer, adulta mayor).

Por otro lado los motivos de asistencia a las consultas del hospital encontrados en los 3 grupos de edad de mujeres fueron la recepción de medicinas, el control médico, evitar las complicaciones y saber cuál es su condición. Mientras que en adultas jóvenes y adultas mayores fueron el cuidado personal y la preocupación de uno mismo. Así mismo en adultas y adultas mayores fueron el peso y porque lo consideran necesario. Sólo en adultas jóvenes destacó los planes a futuro y los hijos.

“Yo porque quiero cuidarme, he visto lo que les pasa a los diabéticos con problemas renales, mal de la vista, yo quiero casarme, tener una familia y tener hijos” (mujer, adulta joven).

“Para seguir el control, sí lo considero necesario, si dejo de venir me pongo mal, se me sube el azúcar” (mujer, adulta).

“Por mí misma, por mi preocupación de cómo debo llevar el cuidado y que no me falten mis pastillas, yo todos los meses no me descuido” (mujer, adulta mayor).

Respecto a los lugares cercanos para comprar alimentos saludables en los 3 grupos de edad de mujeres consideraron los mercados y los supermercados. Mientras que algunas adultas jóvenes mencionaron las tiendas y algunas adultas mayores refirieron el mercado “La Paradita”.

4.3.1 Barreras para una alimentación saludable en pacientes diabéticas mujeres.

Las barreras encontradas en los 3 grupos de edad de mujeres: adultos jóvenes, adultos y adultos mayores fueron (Tabla N°11):

Tabla N°11: Barreras para una alimentación saludable en diabéticas de los 3 grupos de edad

Tipo de Barrera	Barreras para una Alimentación Saludable
Personales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Costumbre de comer gran cantidad de comida, de no comer frutas y verduras, de mala alimentación. ▪ Antojos, tentaciones e invitaciones. ▪ El sentir hambre. ▪ La dieta es monótona, insípida, desagradable, hostiga, aburre y cansa. ▪ Falta de tiempo para preparar doble comida (dieta y normal) y además trabajar. ▪ El tener que comer fuera. ▪ Falta de disciplina, fuerza de voluntad, interés y motivación. ▪ Ansiedad. ▪ Falta de información, no saben qué comer exactamente. ▪ Enfermedad asintomática y se le resta importancia.
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compromisos y/o reuniones. ▪ Cumpleaños, invitaciones.
Económicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de dinero porque se necesita un presupuesto aparte y suele ser un doble gasto. ▪ El costo elevado de ciertos alimentos (verduras, frutas, pescado, pollo, carne de soya, leche descremada) y productos integrales y light.
Disponibilidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de lugares saludables, cerca de casa siempre venden comida chatarra.
Trato del Profesional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El no ser bien atendidos en las consultas porque el tiempo de atención es muy corto, los médicos están apurados y no les brindan la información necesaria, o las respuestas son muy cortas, en algunos casos sólo les dan la receta y hay muchos pacientes esperando. ▪ Miedo de preguntar porque el doctor les grita o habla fuerte por no seguir las recomendaciones. ▪ El médico los ve cada 3 meses, y eso puede hacer que se compliquen.

Las barreras halladas en adultas jóvenes y adultas fueron las recaídas, el descuido personal, el no hacer caso a las recomendaciones y además reconocen que el problema son ellas mismas.

“Al comienzo yo sabía que tenía la diabetes pero no cambié porque no tenía síntomas, entonces me puse mal e internaron, desde allí he hecho cambios” (mujer, adulta joven).

Para adultas y adultas mayores fueron la depresión, soledad, tristeza y nostalgia; también la adicción a la comida y el gusto de comer; además de la falta de apoyo familiar, porque no se adaptan a su dieta y se olvidan que son diabéticos. Por otro lado consideran que su diabetes es emocional ocasionada por preocupaciones, estrés y disgustos.

“Me sentía deprimida, me sentía mal, y comía otros alimentos como mariscos” (mujer, adulta).

“Cuando mi hijo cobra dice no hagan nada, y nos lleva comer a la calle a comer chicharrón, con su camote y mi vaso de chicha. Mi hijo se olvida, él me dice hazme recordar que debo llevarte a otro lugar” (mujer, adulta mayor).

Así también en adultas jóvenes y adultas mayores las dificultades encontradas fueron el comer a deshoras y el hecho de que la dieta dependa del nivel de glucosa.

“Pero me descuido por confiada porque veo que mi glucosa está bien, pero de dulce nada pero sí las harinas (se refiere a comer)” (mujer, adulta joven).

En adultas jóvenes se hallaron barreras como los horarios de la universidad que varía y malos hábitos como no tomar desayuno ni almorzar. También resalta el caso de una joven que trabaja en un fast food donde también come.

“A veces llevaba la lonchera pero no lo comía a la hora adecuada por mis horarios que varían. Y eso ahora porque trabajo y estudio. Cuando estoy fuera de mi casa como a

deshoras, no almuerzo, y en la noche me da hambre, y a veces como” (mujer, adulta joven).

“En la universidad es más difícil porque los horarios varían, y después empecé a trabajar en Kentucky y comía lo que allí me daban como pollo broaster, nuggets, papitas fritas” (mujer, adulta joven).

Del mismo modo en adultas fueron comer otras cosas para no desnutrirse, tener otras prioridades, cocinar lo mismo para todos y no la dieta, y que sus hijos se coman los alimentos para su dieta. En adultas mayores se encontraron las visitas y los paseos como dificultades.

“De vez en cuando la dieta aburre, y entonces preparo otra cosa para no dejar de nutrirme, porque ya la hemoglobina se me había bajado” (mujer, adulta).

En el caso de la diabética independiente resalta que es una mujer culta, preparada, autodidacta y analítica. Por otro lado la diabética dependiente tiene miedo de preguntar y se siente incapaz.

“Me gusta leer mucho sobre medicina natural, y los avisos en los periódicos los domingos, y también como ahora se está hablando mucho de la nutrición. Me gusta leer, aprendo y también puedo enseñar” (mujer, independiente).

La mayoría de las mujeres de los 3 grupos de edad mencionaron que sí reciben apoyo familiar, y que se evidencia cuando les dicen que no coman lo que les hace daño. Sólo en adultas jóvenes se encontró que el enamorado y los amigos también les apoyan, mientras que para las adultas destacó que les miden el azúcar, están pendientes de ellas y les recuerdan sus consultas. Así mismo las adultas mayores mencionaron que los hijos les compran alimentos light y/o integral.

“Mi enamorado también me apoya. Y mis amigos también, llevan caramelos para mi hipoglicemia” (mujer, adulta joven).

“Sí mis hijos me apoyan bastante, me dicen esto no comas o esto te hace daño, me traen mis galletas integrales, incluso me traen me traen mi helado para diabéticos” (mujer, adulta mayor).

Cabe resaltar que en el caso de algunas adultas jóvenes se encontró que al inicio sí les apoyan pero después ya no es así, y otras jóvenes no hacen caso a sus familiares. Mientras que algunas adultas mayores mencionaron que los hijos son más drásticos en prohibir que los esposos, además algunos hijos y esposos no apoyan.

“No, por parte de mi esposo ya no, al inicio cuando recién me diagnosticaron, él me ayudaba pero después se olvidó ahora me trae pasteles. Mi hijo sí me ayuda a cocinar” (mujer, adulta joven).

“Yo sola tengo que apoyarme porque en la casa ya nadie puede, mi hijo estudia, mi esposo se va a trabajar, me quedo con mi hermano que tiene 85 años, no tengo apoyo” (Mujer, adulta mayor).

Por otro lado en los 3 grupos de edad de mujeres sugirieron que sus familias les ayuden a preparar la dieta y que la coman también. Sólo para el grupo de adultas destacó que sus familiares deben saber cómo es la comida de un diabético y cómo prepararla, mientras que las adultas mayores mencionaron que les tengan más consideración, las traten mejor, las comprendan, muestren preocupación por ellas y que no renieguen mucho.

“Me gustaría que conocieran (se refiere a su familia) cómo deben preparar mi comida. Porque los años pasan y en algún momento alguien tendrá que atenderme” (mujer, adulta).

“En el trato, el diabético necesita bastante consideración, yo quiero que mis hijos entiendan que hay momentos que no estoy bien, me deprimó” (mujer, adulta mayor).

Respecto a las diferencias encontradas entre la alimentación actual y la de antes en los 3 grupos de edad de mujeres fueron que actualmente comen menos cantidad de comida, menos harinas, frituras y dulces. Mientras en adultas jóvenes y adultas mayores se encontró que ahora en lugar de cenar comen algo más ligero.

“Yo comía como todos comen, lo más difícil fue dejar de tomar el azúcar. Por ejemplo me provoca un café y el café es amargo y sin azúcar es feo. Ahora me alimento bastante diferente, ahora como verduras en el almuerzo. Antes comía en la noche igual que el almuerzo y además el lonche. Antes me encantaba el arroz” (mujer, adulta joven).

“Yo he sido tan comelona, antes comía a cualquier hora. Comía de todo, nada era prohibido para mí, pero ahora sé que cosas son prohibidas para mí. La cantidad ha cambiado, antes me servía en plato hondo” (mujer, adulta).

En adultas jóvenes destacó que actualmente sólo comen 3 veces al día, mientras que las adultas mencionaron que ahora se controlan en comer, ya no exageran y se llenan más rápido. Además en adultas mayores consideraron que ya no comen entre comidas y utilizan menos condimentos.

“Antes al medio día tomaba otro desayuno, o galletas, luego venía mi almuerzo comía en el comedor y en mi casa, y a media tarde comía postres, y en la cena nuevamente comía. Ahora sólo como 3 veces al día, y menos cantidad” (mujer, adulta joven).

“Ahora me he acostumbrado a comer poco, como la misma comida que se prepara en casa pero en menos cantidad, con poco aderezos. El estómago se me ha reducido un poco y me lleno más rápido” (mujer, adulta).

Todas las mujeres de los 3 grupos de edad consideraron que por su enfermedad deben alimentarse saludablemente y las razones fueron que una dieta adecuada ayuda a controlar la glucosa y evita que la

enfermedad se complique. Además mencionaron que todos deben alimentarse sano para evitar enfermarse y no sólo por la diabetes.

“Soy consciente que depende de mí alimentación para avanzar o no mi enfermedad. Sé que si hago una dieta estricta mi glucosa va a estar baja, pero hasta cuándo voy a durar con esa dieta”
(mujer, adulta mayor).

Sólo en adultas jóvenes destacó que se debe tomar con seriedad la enfermedad, mientras que las mujeres adultas mencionaron que la dieta no debe ser estricta. Así mismo en adultas mayores consideraron que es obligatorio alimentarse bien.

“Llega un momento en que uno debe tomar con seriedad esto”
(mujer, adulta joven).

Con relación a la preocupación por su propia salud, todos los grupos de edad de mujeres mencionaron que sí lo hacen, y las medidas que aplican fueron cuidar su alimentación, controlar su salud, cumplir con sus medicinas y asistir a sus consultas. Sólo en adultas jóvenes destacó que algunas han dejado de fumar, mientras que las adultas mencionaron que no toman en reuniones. Del mismo modo en adultas mayores destacó que algunas se preocupan mucho.

“Sí, porque por parte de mi madre toda mi familia ha muerto joven, le pedí a Dios que me dejara vivir hasta que mis hijos sean profesionales. Por eso hay que cuidarse para que haya salud, para gozar de mis hijos y de mis nietos. Cuido mi alimentación, trato de no discutir” (mujer, adulta).

“Sí, llevo mi control y no me descuido de mis pastillas” (mujer, adulta mayor).

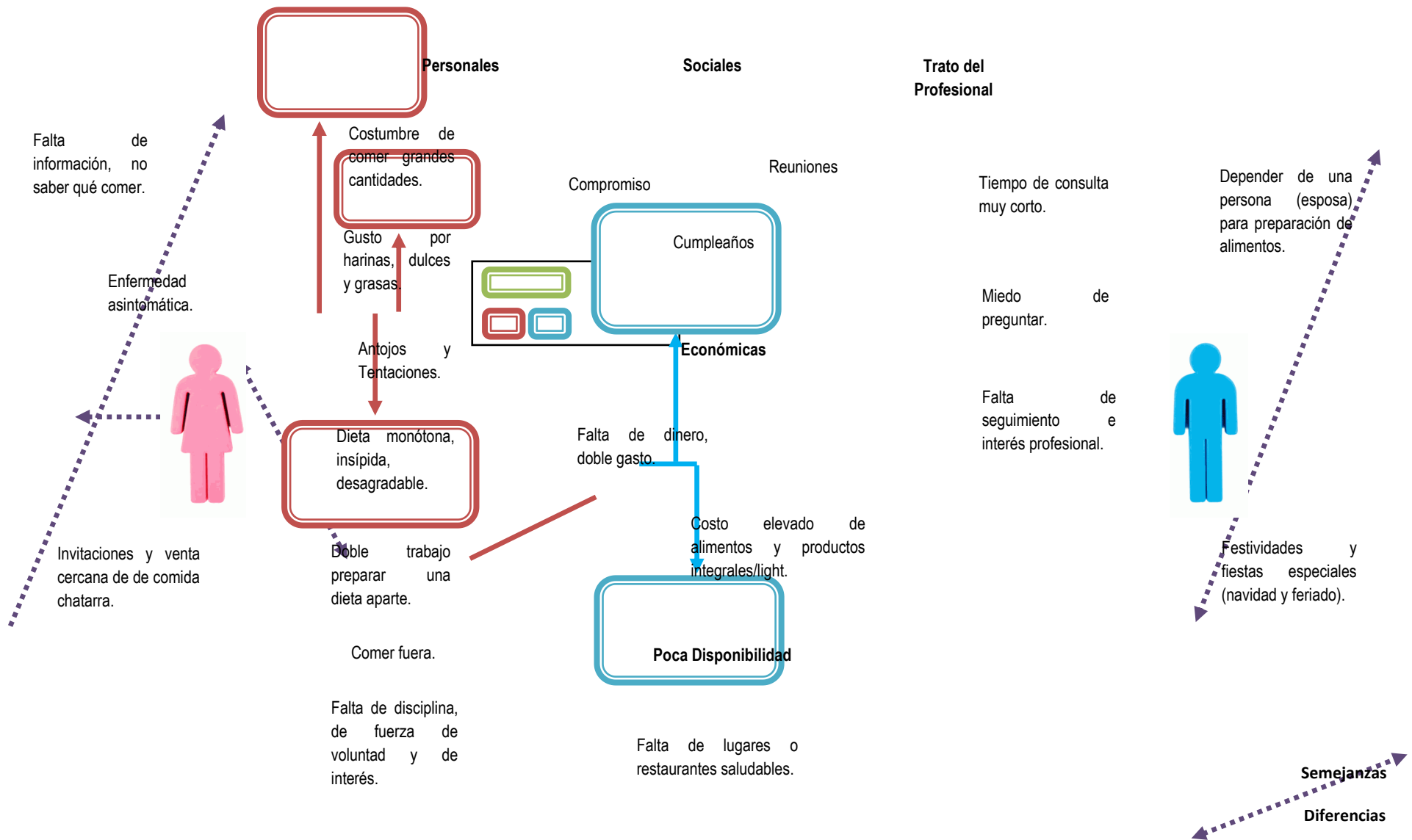


Figura 03: Semejanzas y diferencias de las barreras para una alimentación saludable en diabéticos y diabéticas.



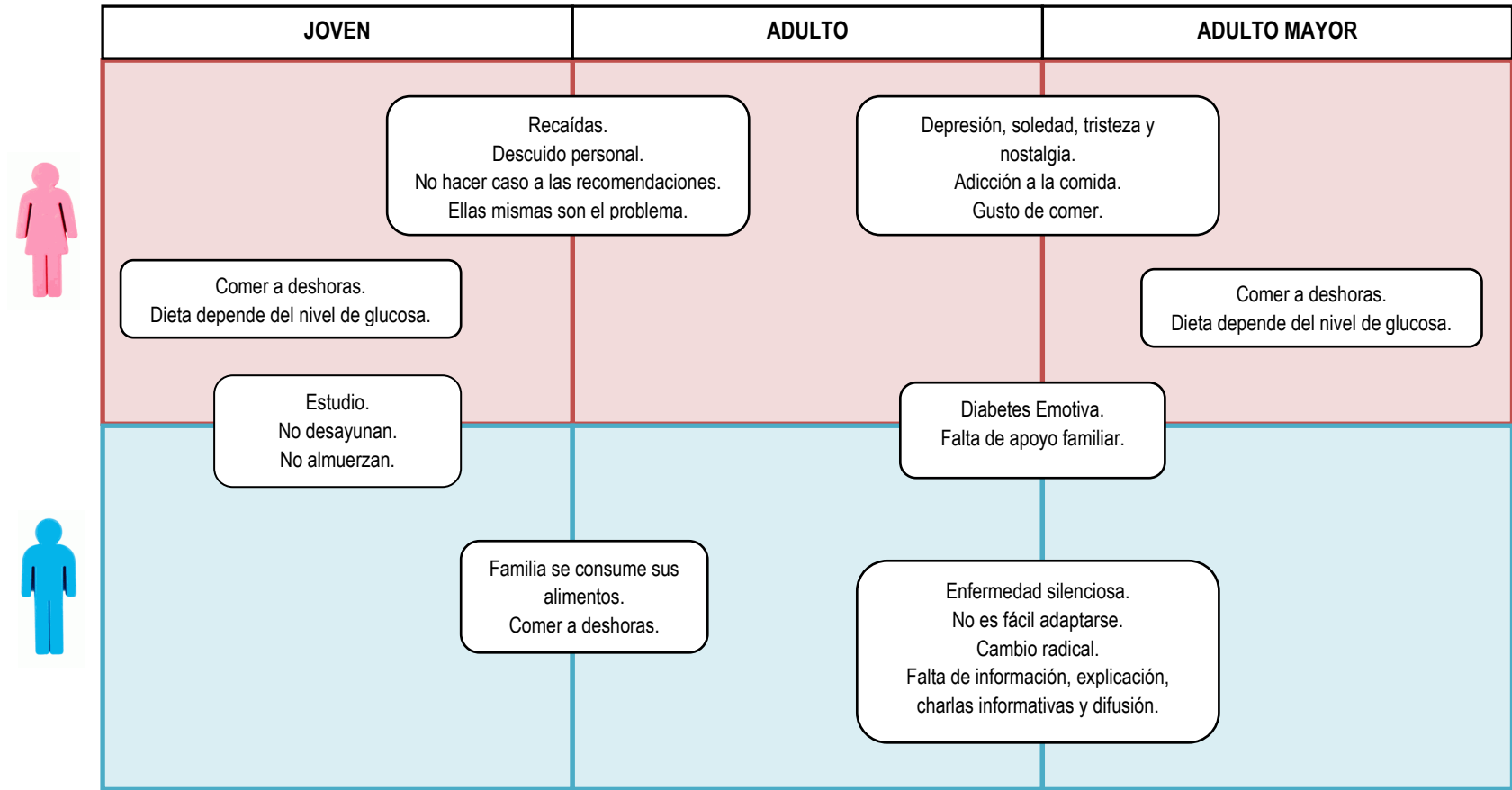


Figura 04: Barreras para una alimentación saludable en diabéticos y diabéticas según grupo de edad.

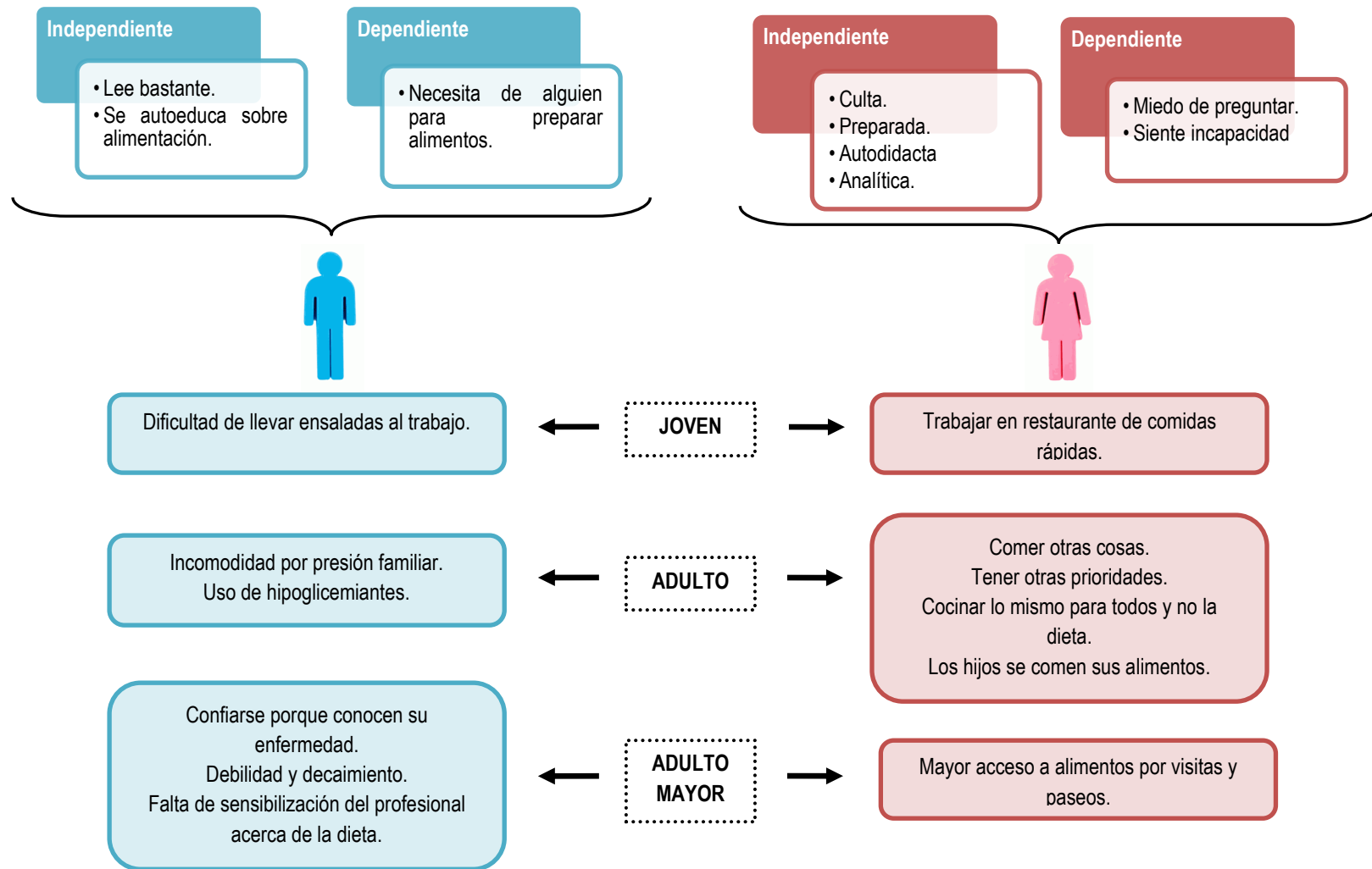


Figura 05: Barreras para una alimentación saludable en diabéticos y diabéticas según grupo de edad y según dependencia.

4.4 Desarrollo del tema: “Barreras para la Actividad Física Diaria” en pacientes diabéticos varones.

Las actividades físicas que pueden realizar los 3 grupos de edad de varones fueron las caminatas y la natación, mientras que en adultos jóvenes y adultos fue correr, así mismo en adultos jóvenes y adultos mayores consideraron poder hacer ejercicio utilizando el gimnasio en casa o jugar fútbol, además en adultos y adultos mayores mencionaron trotar, hacer flexiones y planchas. Sólo en adultos consideraron subir y bajar escaleras.

“Como marino siempre me levanto a las 6 am, una 2 o 3 veces por semana hago mis flexiones, y después voy al IPD (Instituto Peruano de Deporte) que tiene su cancha. Lo que sucede es que es cuestión de voluntad y esfuerzo. Es importante al menos caminar no sólo por la diabetes sino por el corazón” (varón, adulto mayor).

Por otro lado los varones de los 3 grupos de edad mencionaron conocer que la actividad física que deben realizar es caminar a diario por 30 minutos, mientras que en adultos jóvenes y adultos consideraron que deben correr por 30 minutos 6 veces por semana o diario. Sólo en adultos jóvenes destacó que deben levantar peso por 10 a 15 minutos para fortalecer los huesos, también deben manejar bicicleta, y el tiempo de actividad física puede ser de 30 minutos o de acuerdo al ritmo de velocidad, con una frecuencia de interdiario a diario.

“El doctor me recomendó que levantara peso para mis huesos uno 10 ó 15 minutos, y que maneje bicicleta” (varón, adulto joven).

“El doctor me decía corra por lo menos media hora o haga caminata” (varón, adulto).

“Lo normal para nosotros como diabéticos es 30 minutos todos los días, Salir a caminar, como quien se pasea en un parque, no correr” (varón, adulto mayor).

Del mismo modo el grupo de adultos destacó que las caminatas diarias deben ser de 15 a 45 minutos, y que depende de uno mismo, además debe hacerse un calentamiento previo. También en adultos mayores consideraron que se debe realizar yoga para la tercera edad y caminar a paso ligero hasta 1 hora de 2 a 3 veces por semana, y se debe sudar.

“Caminatas por lo menos tres cuartos de hora, la nutricionista me dijo que debe ser 20 minutos” (varón, adulto).

“He comenzado a hacer ejercicio para diabéticos y de la tercera edad, camino mínimo ½ hora y hago un poco de yoga” (varón, adulto mayor).

Respecto a los lugares cercanos y apropiados para hacer actividad física, para los 3 grupos de edad de varones fueron los parques. Sólo en adultos jóvenes consideraron loza deportiva, ciclovías, estadio, gimnasios, la playa y el complejo deportivo “La Videna”, mientras que en adultos destacó una persona quien a pesar de no contar con un parque cerca de su casa salía a caminar de todos modos. Además en adultos mayores una persona mencionó tener casa grande y allí hacer ejercicios.

“Hay gimnasios, los parques están descuidados” (varón, adulto joven).

“Por mi casa no me agrada, nunca me ha gustado y no sé porqué, aunque hay un parque cerca, lo que hago es ir caminando o otros lugares, porque si me limito al parque sólo daría vueltas y no me distraigo, y la gente diría ese está loco dando vueltas, por eso prefiero ir a otros lugares” (varón, adulto mayor).

Con relación a las razones por las que consideran la actividad física dentro de su vida diaria, en los 3 grupos de edad de varones fueron porque la actividad física les hace sentir mejor, más libres y activos, les reanima; mientras que en adultos jóvenes y adultos mayores fue porque hacen ejercicio en casa. Sólo en adultos jóvenes destacó por la vida militar misma que tienen, mientras que algunos adultos mencionaron que conectan la actividad física a sus labores, y consideran necesario e importante hacerla.

“Sí, desde hace nueve años. En casa utilizo las cosas que tengo como en el gimnasio, trato de adaptarme. La actividad física estimula la circulación, y evita que la diabetes ataque músculos, y ayuda a bajar el azúcar” (varón, adulto joven).

“Mi señora y yo aprovechamos en la mañana para ir al parque y caminar, hacemos nuestras carreritas y de pasada recogemos el pan, entonces aprovechamos para hacer nuestra media hora de footing” (varón, adulto).

Por otro lado en los 3 grupos de edad de varones se encontró que todos desean y tienen interés en realizar actividad física, además en adultos jóvenes y adultos se encontró que el motivo fue porque les hace bien, mientras que para adultos jóvenes y adultos mayores fue porque les gusta. Sólo en adultos consideraron como motivo la indicación médica, para poder salir adelante de la enfermedad y por la familia, así mismo en adultos mayores destacó para no subir de peso, y porque a algunos les gusta hacer ejercicios pero no a diario.

“Tengo todo el deseo, pero me falta tiempo” (varón, adulto joven).

“Yo lo hago también por mi señora, como ya tiene más de 40 años, para evitar algún mal cardíaco y ella también sabe que la actividad física me hace bien y nos levantamos todos los días media hora antes” (varón, adulto).

“La verdad yo camino normal ya es costumbre por la marina, en mi casa me dicen toma carro, pero es la costumbre que quiero caminar, y camino rápido, pero no todos los días. No salgo a correr porque ya tengo artrosis en la rodilla” (varón, adulto mayor).

4.4.1 Barreras para la actividad física diaria en pacientes diabéticos varones.

Las barreras encontradas en los 3 grupos de edad de varones: adultos jóvenes, adultos y adultos mayores fueron (Tabla N°12):

Tabla N°12: Barreras para la actividad física diaria en diabéticos de los 3 grupos de edad

Tipo de Barrera	Barreras para una Actividad Física Frecuente
Personales	<ul style="list-style-type: none">▪ El trabajo, la rutina del trabajo, los horarios del trabajo, responsabilidades del trabajo.▪ La vida sedentaria (el trabajo sedentario o el estar en casa)▪ El clima, en invierno hace mucho frío, llueve y no motiva; en verano hace mucho calor y fastidia.
Ambientales	<ul style="list-style-type: none">▪ Zona insegura, peligrosa, hay pandillas.▪ Presencia de borrachos.▪ Zona contaminada, hay basura.

“Porque la zona no es muy segura, hay pandillas, es contaminada” (varón, adulto joven)

“En verano a veces (se refiere a hacer actividad física). Por decir en las mañanas bien temprano no hace mucho calor, pero al medio día hace mucho calor y hay mucha deshidratación. Después en invierno da un poquito de flojera, da pereza de levantarse más temprano porque está oscuro” (varón, adulto)

“Los sábados la gente toma y el domingo en la mañana encontrabas borrachos que se quedan allí” (varón, adulto)

“Al comienzo subía y bajaba escaleras unos 10 a 15 minutos en mi casa, me despertaba temprano casi todos los días hacía mi actividad, pero después ya comencé a dejar, hacía otras cosas por acá y por allá y como que ya no tenía esa responsabilidad de ir a trabajar, esa presión. Uno ya llega al cansancio, uno se aburra” (varón, adulto mayor).

Las barreras halladas en adultos jóvenes y adultos fueron la falta de tiempo, por trabajo. Mientras que en adultos jóvenes y adultos mayores fue el cansancio. Así mismo en adultos y adultos mayores se hallaron la falta de constancia, de voluntad y de ánimo; que otros compromisos sean más importantes; tener temor de caerse y accidentarse; sentir vergüenza porque la gente los mira, además su misma edad es una dificultad para ellos.

“Tengo poco tiempo, no tengo un espacio, duermo poco” (varón, adulto joven).

“Así cuando tengo un compromiso temprano ya no salgo a caminar, pero yo siento que cuando no voy me siento cansado” (varón, adulto).

Cabe recalcar que en el grupo de adultos y adultos mayores la falta de información profesional de qué ejercicios pueden hacer y cómo pueden hacerlo es una dificultad presente.

“Sólo me han dicho que debo hacer actividad física teóricamente pero no me han dicho cómo hacerlo” (varón, adulto).

“Me han dicho que debo caminar, pero qué ejercicio tengo que hacer, eso no.” (varón, adulto mayor).

Sólo en adultos jóvenes se encontró como barrera luxación de tobillo, mientras que en adultos se halló la falta de gusto por la actividad física. Y en adultos mayores destacaron la falta de compañía, el aburrimiento, presencia de otras enfermedades como artritis o problemas de visión.

“Para hacer ejercicios se necesita una compañía en nuestro caso que somos de la tercera edad, y a veces ese es un inconveniente. Otra cosa muchas veces el problema es que la persona no es sólo diabética sino que tiene artritis y no puede caminar. También el ser humano tiene sus momentos de bajo ánimo” (varón, adulto mayor).

4.5 Desarrollo del tema: “Barreras para la Actividad Física Diaria” en pacientes diabéticas mujeres.

Las actividades físicas que pueden realizar los 3 grupos de edad de mujeres fueron las caminatas y el baile, mientras que en adultas jóvenes y adultas mayores fue los aeróbicos, así mismo en adultas y adultas mayores consideraron poder hacer natación. Sólo en adultas jóvenes destacó correr y jugar vóley, además en adultas mayores consideraron el taichí.

“Puedo hacer aeróbicos, steps, correr” (mujer, adulta joven).

“Camino, bailo. Los médicos me mandan a geriatría para lo de mi actividad” (mujer, adulta mayor).

Por otro lado las mujeres de los 3 grupos de edad mencionaron conocer que la actividad física que deben realizar es caminar diariamente por 30 minutos, mientras que las adultas consideraron que el baile pueden hacerlo interdiario; en ese mismo grupo destacó un caso particular a quien sólo le dijeron que caminar. Además las adultas mayores mencionaron que deben sólo caminar y no correr, y la frecuencia puede ser interdiaria.

“El doctor me dijo que camine media hora. A veces he leído que no se puede hacer algunos ejercicios cuando se está con la glucosa alta” (mujer, adulta joven).

“Sólo me dijeron hay que caminar” (mujer, adulta).

“Aparte de caminar, nos dijeron que correr no vale, primero hay que consultar al médico si podemos correr. Se debe caminar todos los días pero no sé el tiempo” (mujer, adulta mayor).

Respecto a los lugares cercanos y apropiados para hacer actividad física, para los 3 grupos de edad de mujeres fueron los parques y los complejos deportivos, mientras que para adultas jóvenes y adultas mayores fueron las canchas. Además sólo para adultas jóvenes fueron los gimnasios.

Con relación a las razones por las que consideran la actividad física dentro de su vida diaria, en los 3 grupos de edad de mujeres fueron porque la actividad física les da ánimo, las relaja, se sienten más livianas y bien al hacerlo. Sólo en adultas jóvenes destacó que es importante hacerlo, mientras que para las adultas mayores mencionaron que con los quehaceres diarios y de limpieza siempre se está en trajín.

“La actividad física es importante, yo antes de tener a mis hijas yo era de las jóvenes que le gustaba cuidar la figura, pero después me pusieron ampolla (se refiere al método anticonceptivo) y ya no pude recuperar mi peso. La actividad física me da ánimo, yo bailo sola en mi casa, o a veces salgo a jugar vóley” (mujer, adulta joven).

“Yo siempre estoy en trajín, haciendo una cosa y otra cosa” (mujer, adulta mayor).

Por otro lado en los 3 grupos de edad de mujeres se encontró que desean y tienen interés en realizar actividad física porque les relaja, mientras que sólo en adultas jóvenes fue por la enfermedad misma, y en ese mismo grupo destacó un caso particular que está en riesgo coronario. Además las adultas mayores consideraron que el ejercicio les disminuye el dolor y es bueno, tienen ganas y también se sienten más cómodas.

“Porque estoy en el límite de riesgo coronario” (mujer, adulta joven).

“Yo misma hago mis ejercicios en el baño antes de ducharme y me siento bien, eso me ayuda bastante, me siento más liviana” (mujer, adulta).

“El ejercicio es bueno y disminuye el dolor de mis piernas, me siento más cómoda” (mujer, adulta mayor).

4.5.1 Barreras para la actividad física diaria en pacientes diabéticas mujeres.

Las barreras encontradas en los 3 grupos de edad de mujeres: adultas jóvenes, adultas y adultas mayores fueron (Tabla N°13):

Tabla N°13: Barreras para la actividad física diaria en diabéticas de los 3 grupos de edad

Tipo de Barrera	Barreras para una Actividad Física Frecuente
Personales	<ul style="list-style-type: none">▪ El trabajo.▪ El clima, en invierno mucho frío y uno se enferma, y en verano mucho calor, sofoca, fastidia, irrita y se transpira mucho.▪ Falta de tiempo.▪ Falta de gusto, costumbre, interés y motivación.▪ Otras actividades son más importantes.
Ambientales	<ul style="list-style-type: none">▪ Zona insegura, peligrosa, hay ladrones y pandillas.▪ Presencia de personas ebrias.

“Para mí no tiene sentido, porque si me invitan aún curso de computación y de actividad física, prefiero la computación” (mujer, adulta joven).

“Deje de ir al gimnasio por falta de tiempo, estaba con otras actividades, pero si yo quisiera ir lo haría, pero no lo veo como un factor de primera necesidad en mí y que debería hacerlo, pero si Ud. me dice que debo hacerlo yo lo hago. Yo saco mi tiempo una mañana o por la tarde” (mujer, adulta).

“Tengo temor de caminar en la calle por los ladrones porque todo sitio es inseguro, en una ocasión estaba cerca de mi casa y viene un hombre y me quita la cartera. Y por los arreglos de la pistas es difícil salir a caminar por mi casa” (mujer, adulta mayor).

“En invierno uno se cohíbe y evita hacer actividad” (mujer, adulta joven).

“En el calor el sol me irrita los ojos y piel” (mujer, adulta).

Las barreras halladas en adultas jóvenes y adultas mayores fueron el sentir dolor, el temor de accidentarse y de caer. Mientras que en adultas y adultas mayores se hallaron la falta de compañía, el cansancio, la presencia de enfermedades como artrosis, osteoporosis, celulitis y la falta de decisión.

“Yo sólo puedo caminar, no me canso, ni me agito. Los otros ejercicios me dan miedo, puedo caerme y hacerme una herida”
(mujer, adulta joven).

“Soy floja, tengo frío y estoy sola. Sufro de artrosis en las rodillas, y tengo celulitis en los dos pies. Entonces cuando yo trajino mucho se me hinchan los pies, y el miedo de que se me hinchen los pies no me da ganas de salir” (mujer, adulta).

“Sola no me gusta caminar. A veces me da flojera. Mi esposo me dice que no debo hacer porque me va a hacer daño. También me canso, pero descanso y vuelvo a hacer mis quehaceres”
(mujer, adulta mayor).

En algunas adultas jóvenes se encontró como barrera el estudio y la vergüenza, mientras que en las adultas destacó un caso de depresión por la misma enfermedad, y otro caso particular de elevación de la presión arterial al correr.

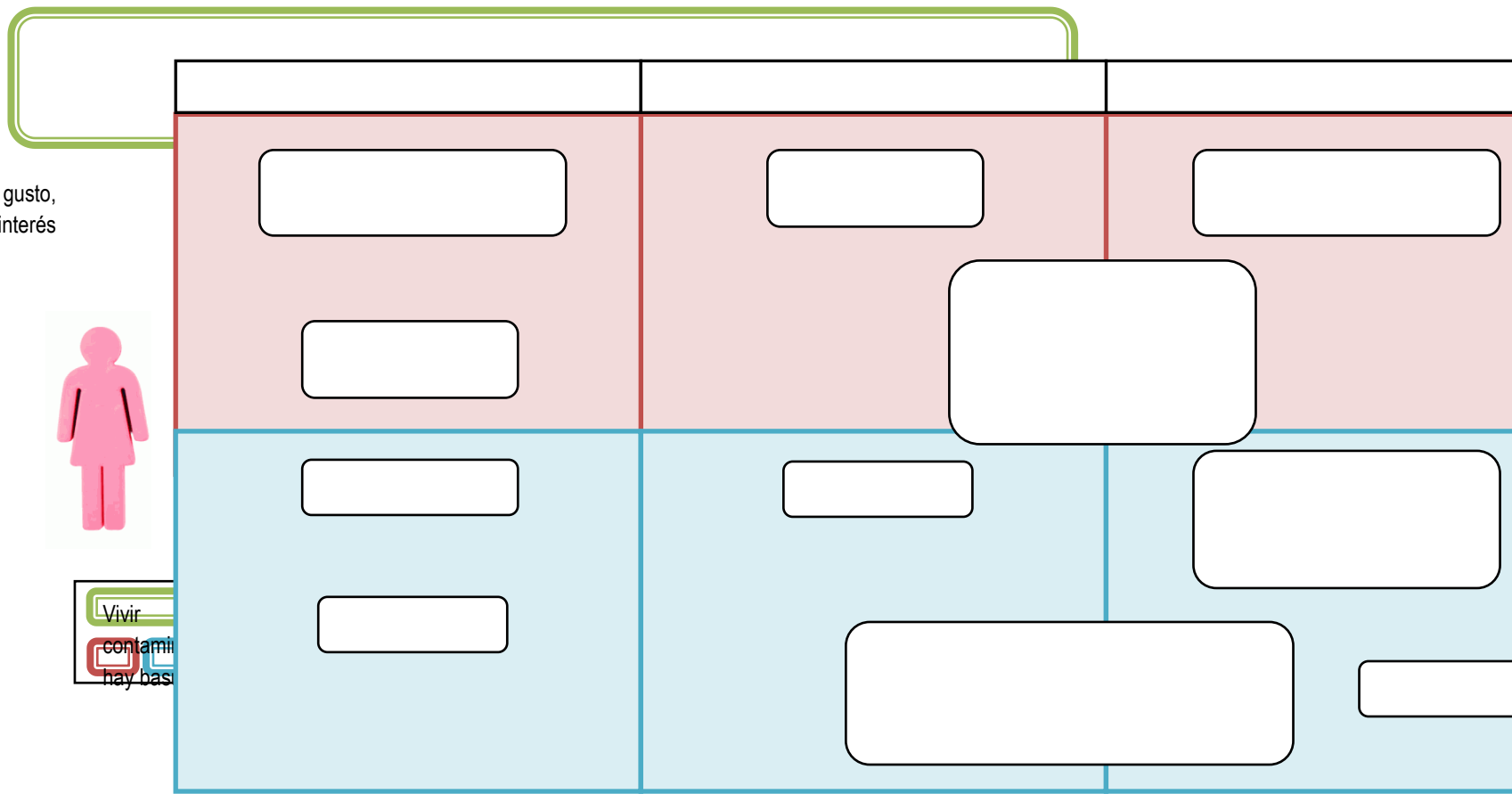
“Falta tiempo, trabajo y estudio, no salgo a montar bicicleta como antes, tampoco bailo. Y en mi tiempo libre descanso o lavo mi ropa. Trabajo doce horas por 3 días a la semana. También por la flojera” (mujer, adulta joven).

“Yo caminaba mucho, pero desde que soy diabética me he vuelto sedentaria, estaba deprimida, pensaba, lloraba, mi estado de ánimo era muy malo, me preguntaba porque me ha venido esta enfermedad y me sentía mal” (mujer, adulta).

Falta de gusto,
costumbre, interés
y motivación.



Vivir
contaminación
hay basuras



Las barreras para la actividad física diaria en diabéticos y diabéticas.

ADULTO

ADULTO MAYOR

Caso particular:
Corre y sube presión.

Sentir dolor.
Temor de caerse o accidentarse.



Figura 07: Semejanzas y diferencias de las barreras para la actividad física diaria en pacientes diabéticos varones y mujeres.

V. DISCUSIÓN

Se presentó cierta dificultad en reunir a los pacientes adultos jóvenes de 20 a 39 años para efectuar el grupo focal, pero finalmente se logró.

Los resultados indicarían que los profesionales prohíben ciertos alimentos fuente de carbohidratos y azúcares a los pacientes diabéticos, probablemente por temor a que ellos no se midan en su consumo. Tal es así que los participantes han considerado como alimentos no saludables a frutas como el mango, la uva, el plátano y la chirimoya; y tratan de evitar el consumo de estos alimentos; lo que no va de acuerdo con los fundamentos de una alimentación saludable porque el padecer diabetes no significa tener una dieta sin carbohidratos ni azúcares; significa que se debe comer de forma más saludable y moderada, es decir en calidad y cantidad adecuadas. Ningún alimento está prohibido para el diabético ambulatorio, sólo se busca lograr un equilibrio diario. Por lo que es necesario explicar porqué el consumo debe ser disminuido, porque al prohibirles se hacen más tentadores tales alimentos ⁽²⁶⁾.

Es importante que los profesionales tengan en cuenta al momento de dar sus recomendaciones que los alimentos con carbohidratos son una parte importante de la alimentación y deben ser consumidos aunque se padezca diabetes, porque son combustible para el cuerpo, previenen cambios bruscos en las concentraciones de azúcar, principalmente aquellos con bajo índice glicémico, los cuales tardan más en descomponerse en el cuerpo, reduciendo así los niveles de azúcar en la sangre. El tener diabetes no significa eliminar el azúcar de la dieta, sino limitar su consumo. Los alimentos azucarados pueden ocasionar que los niveles de azúcar en la sangre se eleven precipitadamente, en especial si los consume con el estómago vacío. Si el paciente desea algo dulce es mejor que lo disfrute como parte de una comida, y no solo; además se debe realizar un ajuste con la cantidad total de carbohidratos ⁽²⁶⁾.

También se encontró que las mujeres consideran alimento saludable a la leche de soya, pareciera que valoran más la leche de soya que la leche de vaca. Aunque los productos lácteos son ricos en grasas, también contienen proteínas y carbohidratos, y son fuente importante de calcio y vitaminas. Para proteger al paciente diabético de los problemas cardíacos y circulatorios, y también para ayudarlo a perder peso, se recomienda los lácteos bajos en grasas como leche

descremada en lugar de leche entera ⁽¹⁴⁾. La leche de soya no contiene caseína ni lactosa por lo que es buena para los diabéticos intolerantes a esta, además es mejor que el paciente elija una versión fortificada porque sola no es buena fuente de calcio ⁽²⁶⁾.

Además se halló que los edulcorantes, alimentos integrales y productos “light” son considerados alimentos saludables por los pacientes diabéticos, por lo que tal vez sean consumidos en forma libre. Los edulcorantes contienen aspartamo, sacarina, ciclamato, acelsufam K o sucralosa, ninguno de los cuales afecta sus niveles de glucosa en sangre; sin embargo, estos productos son clasificados como aditivos alimentarios y han sido sometidos a pruebas para verificar su seguridad. Debido a esto cada tipo de edulcorante tiene una cantidad diaria recomendada para su consumo que no se debería sobrepasar. Los “alimentos para diabéticos” que suelen vender en los supermercados y tiendas de alimentos sanos, no son tan beneficiosos como se promocionan, porque generalmente contienen un edulcorante llamado sorbitol, que es rico en calorías y hace que los niveles de glucosa en sangre se eleven del mismo modo que lo hace el azúcar. Una opción más saludable son los alimentos bajos en azúcar y calorías ⁽¹⁴⁾.

Se pudo observar que los alimentos light o integrales son considerados más caros de los normales. Algunos diabéticos varones mencionaron no saber dónde adquirirlos, lo que los hace inaccesibles muchas veces. A menudo estas rotulaciones de “diet” o “light” son nombres de fantasía y no guardan relación con la calidad del alimento. Es importante leer y comprender la información presente en las etiquetas de estos productos antes de considerarlos inocuos ⁽²⁷⁾.

Por otro lado se encontró que el antojo y la ansiedad van relacionados, es decir los pacientes se antojan algo y desarrollan ansiedad por comer ese alimento. Es importante que el diabético reconozca cuándo necesita comer o beber, para equilibrar el efecto de los medicamentos o de la insulina en sus niveles de glucosa sanguínea. Los pacientes con diabetes necesitan comer a intervalos regulares durante el día para mantener sus niveles de glucosa en sangre y para no sufrir de hipoglicemia. Si sólo se hace una comida fuerte durante el día, se arriesga a provocarse un desequilibrio glucémico, ya que su cuerpo lucha por convertir en energía una gran cantidad de alimento en poco tiempo ⁽²⁶⁾. Así mismo, otra dificultad presentada es la tentación por los alimentos que se preparan fuera y se traen a casa, ya sea que ellos mismos compren o que les inviten, y estos alimentos

suelen ser comidas rápidas y procesadas, que contienen gran cantidad de azúcares, sal y grasas, además de ingredientes artificiales que permiten pasar por alto los mecanismos de saciedad endógenos y producen conductas similares a la adicción; causando aumento excesivo de peso y complicación de su enfermedad ⁽²⁸⁾.

Resalta que los varones adultos mayores a diferencia de las mujeres, han asistido a conferencias, se han afiliado a clubes de diabéticos por las consecuencias de la enfermedad, probablemente porque tienen más tiempo disponible. Al parecer tienen mayor nivel de conocimientos de su enfermedad y hasta hablan de hemoglobina glicosilada. Para conseguir el máximo de los cuidados para su salud el paciente diabético debe estar informado sobre su enfermedad para controlarla. Es el mismo paciente quien tiene la mayor responsabilidad respecto a los cuidados de su enfermedad. Los profesionales encargados deben ayudar y proporcionar apoyo ⁽¹⁴⁾.

Llama mucho la atención que no había nutricionista en el Departamento de Endocrinología del Hospital Naval por lo que las recomendaciones dietéticas generales las brindaba el endocrinólogo, quien coordinaba algunas veces con la nutricionista de hospitalización para la atención de algunos pacientes que lo solicitaban. Los objetivos de la terapia nutricional son lograr y mantener un nivel de glicemia y hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c) normales o casi normales, mantener parámetros lipídicos que reduzcan el riesgo cardiovascular y lograr presiones arteriales en rangos aceptables y seguros. La terapia nutricional debe enfocarse en educar al paciente para mantener conductas seguras durante la realización del ejercicio físico que prevengan y traten la hipoglicemia, como asimismo ayudar a controlar la hiperglicemia durante enfermedades intercurrentes. Alcanzar los objetivos nutricionales requiere de un equipo de profesionales coordinado que enfoque sus esfuerzos en la participación activa del paciente. Debido a la complejidad desde el punto de vista práctico que representan los aspectos nutricionales, es recomendable que la información y educación sea otorgada por un profesional nutricionista capacitado y con habilidad en implementar terapias de cambio de estilo de vida ⁽²⁷⁾.

Además el paciente que logra conversar con el nutricionista suele realizarlo por una sola vez y recibe un esquema dietético preestablecido (sin mayor variedad o alternativa por lo que el paciente se aburre) y no son citados nuevamente. Es

indudable que la mejor comunicación profesional de la salud-paciente facilitará los ajustes necesarios de acuerdo al grado de control de la enfermedad, con el fin de mantener una calidad de vida satisfactoria y disminuir las complicaciones evitables de la enfermedad ⁽²⁹⁾.

Una barrera que se presentó tanto en varones como en mujeres fue que las dietas indicadas a los pacientes diabéticos suelen ser monótonas, insípidas, desagradables y ellos se sienten hostigados. Cuando no necesariamente debe ser de ese tipo, debería ser normal y balanceada con variedad de preparaciones pero sí baja en carbohidratos simples, o adaptada si se presenta otras enfermedades colaterales. Las indicaciones de alimentación deben buscar, a través de la educación, el convencimiento en los pacientes para promover cambios definitivos en su estilo de vida y consecuentemente en sus hábitos alimentarios. Las recomendaciones deben partir de un marco cultural aceptable, en el que se observen incluso los aspectos económicos y ocupacionales, que potencialmente pueden influir en las decisiones de los pacientes ⁽²⁹⁾.

También se halló que el preparar doble comida ocasiona mayor gasto e inversión de tiempo. Oviedo y cols., reconocen que para tener aceptabilidad, la dieta recomendada no debe prescribir comidas especiales ni formas de preparación diferentes a las habituales. Las personas con DM2 pueden comer en la mesa con su familia, aunque tendrán que seguir algunas indicaciones respecto a las cantidades de los alimentos, principalmente cuando coman fuera de casa; es importante que al menos puedan estimar lo que han servido en su plato, tanto en la cantidad como en el tipo de alimento, ya que son aspectos básicos para mantener el control de la enfermedad ⁽²⁹⁾.

Muchos de los pacientes al no sentir malestar de la enfermedad no toman conciencia y le restan importancia, además si tienen la glicemia controlada se permiten hacer desarreglos. La diabetes en fases iniciales no incapacita, no produce dolor ni malestar es como una “enfermedad silenciosa”, y solo hasta que empieza el detrimento físico es cuando deciden mejorar sus conductas de salud, y muchas veces es demasiado tarde ⁽³⁰⁾.

Así mismo, varios pacientes consideran que su diabetes es emotiva por estrés o problemas y no depende tanto de la alimentación. Estudios indican la importancia que tienen los tratamientos integrales en la atención de las

enfermedades crónicas y plantean que deben sustentarse en prácticas no farmacológicas, como la modificación de estilos de vida, que incluyen la alimentación saludable, la activación física y el manejo de las emociones (por ejemplo, ira o estrés). El estrés no causa directamente la diabetes, no obstante, para las personas que tienen esta tendencia, un estrés incrementado puede acelerar la aparición de esta enfermedad. En las personas con diabetes mellitus tipo 2, los factores estresantes se potencializan, por un lado, porque tienen que lidiar con las exigencias que presenta la vida cotidiana, y por otro, la enfermedad les demanda cuidados permanentes ⁽³¹⁾.

Es importante el rol del profesional de la salud como “amigo” en lugar de “inquisidor” para hacer que el paciente no sienta culpa, ni tengan temor de preguntar en las consultas por los desarreglos que realizan como han manifestado algunos. Los profesionales de la salud deben tomar conciencia de que los mensajes alarmistas y persuasivos no llevan sino a un empeoramiento y deterioro del proceso relacional paciente-profesional con un detrimento significativo en el desarrollo de un automanejo adecuado. Igualmente, los pacientes demandan al personal sanitario un mayor empoderamiento e implicación en su proceso de salud-enfermedad, enseñándoles no sólo aquello que deben realizar sino también el motivo de dicha recomendación ⁽³²⁾.

En Maryland – EE.UU, Gellar y col., hallan como barreras para una alimentación saludable en jóvenes con diabetes, a la constante y extensiva exposición a alimentos no saludables, la dificultad de alimentos saludables disponibles en casa, la preferencia por alimentos que no requieren preparación como las comidas rápidas y el considerar que es una pérdida de tiempo el preparar la comida ⁽³³⁾. Estos resultados se asemejan a nuestro estudio, pero en nuestro caso resalta que la falta de opciones, restaurantes o lugares saludables donde puedan comer los pacientes diabéticos es una gran limitante para ellos.

Así mismo, en Muscat - Oman, Abdulhadi y col., encuentran que los pacientes diabéticos tipo 2 identificaron algunas debilidades respecto a la comunicación proporcionada por el personal de salud como: recibimiento no amigable, interrupción de la privacidad durante la consulta, poca atención y contacto a los ojos, temor para preguntar acerca de la información brindada, inexperiencia de los médicos y enfermeras que los atienden, largo tiempo de espera por la cita, falta de control y seguimiento, ser atendidos por médicos diferentes en cada consulta ⁽⁹⁾.

En nuestro estudio adicionalmente a las dificultades mencionadas, también destaca el tiempo de atención que es muy corto y no se le brinda al paciente la información necesaria y además el médico solo los ve cada 3 meses.

Otras barreras de los pacientes para un buen manejo de la diabetes encontradas en dicha investigación, son el inadecuado control de la dieta, debido a que ellos usualmente mantienen sus hábitos alimentarios tradicionales como comer de una manera frecuente, además algunas familias no apoyan al miembro diabético en términos de la manera de cocinar y preparar la alimentación. Por último también es una barrera, el bajo nivel cultural de algunas mujeres ⁽⁹⁾. Similar resultado se encontró en nuestro trabajo, destacando la costumbre de comer grandes cantidades de comida y el gusto de comer dulces, harinas y grasas, y en el caso de los varones ellos dependen de una persona como la esposa para que les prepare los alimentos, y las mujeres presentan como barrera la ansiedad.

Además, en la región fronteriza de Texas - México, Mier y col., hallan como barrera para la actividad física en americanos mexicanos con diabetes tipo 2, el no contar con tiempo debido a las obligaciones del trabajo y familiares, el cuidar de los hijos y nietos, los dolores físicos, la depresión, la desmotivación y el sobrepeso, el medio ambiente, los perros sueltos y vagabundos en su vecindario, el tráfico, las basuras en las veredas, la poca luz en las calles, el vecindario inseguro, la falta de facilidades para la actividad física, el clima ⁽³⁴⁾. En nuestra investigación además de las barreras ya descritas destaca la falta de información profesional sobre recomendaciones de actividad física, es decir qué ejercicios pueden hacer, cómo deben hacerlo, por cuánto tiempo y con qué frecuencia. También la presencia de personas ebrias en los parques, especialmente los fines de semana, es una dificultad presente en nuestro estudio, y en los adultos mayores resaltó la falta de compañía.

Finalmente se espera que los resultados hallados en la presente investigación cubran el vacío de la falta de referencia de estudios semejantes en nuestro país, y de este modo sean de gran utilidad en el desarrollo de estrategias que busquen contrarrestar las barreras que impiden la adherencia continua a una alimentación saludable y actividad física diaria en los pacientes diabéticos.

VI. CONCLUSIONES

- 1) Las barreras para mantener una alimentación saludable para pacientes diabéticos varones y mujeres de los tres grupo de edad fueron: Personales como la costumbre de comer grandes cantidades; el gusto de comer dulces, harinas y grasas; los antojos y las tentaciones; el sentir hambre; la dieta monótona, insípida, desagradable y que cansa; la falta de tiempo por el doble trabajo que implica cocinar una dieta aparte; el tener que comer fuera; la falta de disciplina, de fuerza de voluntad, de interés y motivación. Sociales como los compromisos, reuniones y cumpleaños. Económicas como la falta de dinero porque se necesita un presupuesto aparte y suele ser un doble gasto; el costo elevado de ciertos alimentos y productos integrales y light. De disponibilidad como la falta de lugares o restaurantes saludables. Según trato del profesional como el no ser bien atendidos en las consultas porque el tiempo de atención es muy corto y no les brindan la información necesaria; el miedo de preguntar por haber hecho desarreglos y tener la glucosa alta; la falta de seguimiento e interés profesional, el médico los ve cada 3 meses.

- 2) Las barreras para mantener una actividad física diaria en pacientes diabéticos varones y mujeres de los tres grupo de edad fueron: Personales como el trabajo y la falta de tiempo; el clima ya sea invierno o verano. Ambientales como el vivir en zona insegura, peligrosa, donde hay ladrones y pandillas; la presencia de personas ebrias.

- 3) Solamente en el grupo de varones destacaron como barreras para una alimentación saludable el tener que depender de una persona como la esposa para que prepare los alimentos y que no siempre está disponible porque trabaja o está cansada, así como las festividades, fiestas especiales como navidad y los feriados. Así mismo en el caso de las mujeres destacó la falta de información, el no saber qué comer exactamente, el hecho de tener una enfermedad asintomática hace que se le reste importancia, las invitaciones y que cerca de casa siempre venden comida chatarra.

- 4) En el caso de las barreras para una actividad física diaria, sólo en el grupo de varones consideraron a la rutina del trabajo, los horarios del trabajo, las responsabilidades del trabajo, la vida sedentaria, el vivir en zona contaminada donde hay basura. También para el grupo de mujeres se encontró la falta de gusto, costumbre, interés y motivación, otras actividades son más importantes.

VII. RECOMENDACIONES

Ministerio de Salud del Perú (MINSA):

- ✓ Elaborar guías didácticas de alimentación y actividad física para diabéticos con apoyo y supervisión del CENAN.
- ✓ Promocionar mensajes saludables sobre la prevención de la diabetes y sus complicaciones, a través de medios de comunicación, boletines informativos.
- ✓ Diseñar un protocolo de atención al paciente diabético donde indique que todo paciente diabético debe pasar por consejería nutricional.
- ✓ Prevenir la diabetes y sus complicaciones, la inversión del estado en tratamiento de diabetes es alta, siempre es más económico la prevención y promoción de la salud.
- ✓ Implementar un programa para diabéticos en todos los centros de salud y hospitales.

Departamento de Endocrinología del Hospital Naval:

- ✓ Contar siempre con un profesional nutricionista como parte del equipo de atención al paciente diabético.

Profesional Nutricionista:

- ✓ Verificar en la consejería nutricional que el mensaje haya sido comprendido.
- ✓ Realizar talleres y sesiones educativas para diabéticos aparte de la consejería individualizada.
- ✓ Realizar un monitoreo del paciente diabético para reconocer su adherencia al tratamiento y solucionar problemas dietéticos.

- ✓ Elaborar un régimen de alimentación para diabéticos más flexible y personalizado, adaptado a sus costumbres e idiosincrasia, dando alternativas de alimentos para que el paciente pueda calmar la ansiedad de consumir determinados alimentos que no son recomendados.
- ✓ Incluir alimentos funcionales en la alimentación del paciente diabético.

Pacientes Diabéticos:

- ✓ Tomar con mayor seriedad su enfermedad, y darle la importancia necesaria a su tratamiento no farmacológico para prevenir complicaciones.
- ✓ Comprometerse a cumplir las indicaciones de una alimentación saludable y actividad física diaria.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (página web en internet). Documentos y Publicaciones. Enfermedades Crónicas: Diabetes. (citado 2012). Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/facts/es/index.html>
2. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global Prevalence of Diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004 May 26; 27(5):1047-53.
3. Ministerio de Salud del Perú (página web en internet). Reporte sobre la diabetes. (citado 14 Nov 2006). Disponible en <http://www.minsa.gob.pe>
4. Untiveros FC, Núñez, Tapia LM, Tapia GG. Diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital II Essalud – Cañete: Aspectos demográficos y clínicos. *Rev Med Hered*. 2004; 15(1):19-23.
5. Seclén S, Leey J, Villena A, Herrera B, Menacho J, Carrasco A, Vargas R. Prevalencia de obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia como factores de riesgo coronario y cerebrovascular en población adulta de la costa, sierra y selva del Perú. *Acta Médica Peruana*. 1999; 17(1).
6. Centro Médico Naval. Estadísticas de los Consultorios de Endocrinología. 2008.
7. Organización Panamericana de la Salud (página web en internet). Boletín Epidemiológico: La Diabetes en las Américas (citado 02 Jun 2001). Disponible en: http://www.ops-oms.org/spanish/sha/be_v22n2-cover.htm
8. Mahan LK, Escott-Stump S. *Nutrición y Dietoterapia de Krause*. 10a ed. México D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2001. p. 814-24.
9. Abdulhadi N, Al Shafae M, Freudenthal S, Östenson G, Wahlström R. Patient-provider interaction from the perspectives of type 2 diabetes patients in Muscat, Oman: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2007 Oct 9; 7:162.

10. Wing RR, Goldstein MG, Acton KJ, Birch LL, Jakicic JM, Sallis JF, et al. Behavioral Science Research in Diabetes. Lifestyle changes related to obesity, eating behavior, and physical activity. *Diabetes Care*. 2001 May 24; 24(1): 117-23.
11. Organización Panamericana de la Salud. Guías Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) de diagnóstico, control y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2. Washington D.C: OPS. 2008.
12. Hernández GA. Tratado de Nutrición. En: Valero M, León M. *Nutrición Clínica*. España; 2005. p. 635-45.
13. Williams MH. *Nutrición para la salud, la condición física y el deporte*. 5a ed. Barcelona-España: Editorial Paidotribo. 2002. p. 3-5.
14. Walker R, Rodger J. *Diabetes: Manual práctico para el cuidado de su salud*. 1a ed. Lima-Perú: Quebecor World Perú S.A. 2006. p. 52-9.
15. Calderón R, Peñaloza JB. *Diabetes Mellitus en el Perú*. 1a ed. Lima-Perú: Editorial e Imprenta Desa; 1996. p. 67.
16. Mendoza F, Velásquez O, Antonieta M, Pego U, Campero EC, Lara A, et al. Comunicación y perspectiva de audiencias: una investigación cualitativa para la diabetes. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. 2000; 8(1): 5-13.
17. Siqueira D, De los Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad: sentimientos y comportamientos. *Rev Latino-am Enfermagem (serie en Internet)*. 2007 Nov; 15(6):(aprox. 8 p.). Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
18. Wardlaw GM, Hampl JS, Disilvestro RA. *Perspectivas en Nutrición*. 6a ed. México D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2005. p. 208-14.
19. Aráuz AG, Sánchez G, Padilla G, Fernández M, Rosello M, Guzmán S. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. *Rev Panam Salud Publica*. 2001; 9(3):145-53.

20. Shulz AJ, Zenk A, Odoms-Young A, Hollis-Neely T, Nwankwo R, Lockett M, et al. Healthy Eating and Exercising to Reduce Diabetes: Exploring the Potential of Social Determinants of Health Frameworks within the Context of Community-Based Participatory Diabetes Prevention. *Am J Public Health*. 2005; 95(4):645–51.
21. Current topics. Poor adherence to long-treatment of chronic diseases is a worldwide problem. *Pan Am J Public Health*. 2003; 14(3):218-21.
22. Fernández I. Abordaje de la Diabetes Mellitus en Atención Primaria. *El Médico Anuario*. 2000; 62-6.
23. Ulin PR, Robinson ET, Tolley EE. Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos. 1a ed. Washington D.C: OPS. 2006. p. 67-165.
24. Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 4a ed. México D.F: McGraw-Hill Interamericana. 2006. p. 521-747.
25. Gil MA, Estrada C, Pires ML, Aguirre R. La investigación cualitativa y la promoción de la salud en la comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 2002; 76 (5): 451-9.
26. Hark L, Deen D. Nutrición para toda la vida. 1a ed. Lima-Perú: Quebecor World Perú S.A. 2006. p. 246-51.
27. Lahsen R, Reyes S. Enfoque Nutricional en diabetes Mellitus. *Rev. Med. Clin. Condes* - 2009; 20(5) 588 – 93.
28. Doval HC. Alimentación saludable: ¿cómo lograrla?. *Rev Argent Cardiol*. 2013; 81(6):552-562.
29. Oviedo MA, Perez R, Castañeda R, Reyes H. Guía de Alimentación para el Paciente Diabético Tipo 2: Una propuesta aplicable en atención primaria. *Rev Med IMSS* 2000; 38 (4): 285-93.

- 30.** Landeros-Olvera E, Benavides R, Frederickson K, et al. Análisis de concepto: “decisión de cambio” para mejorar las conductas de salud en el contexto de las enfermedades crónicas en adultos. *Rev AQUICHAN*. 2013; 13(1):57-68.

- 31.** Montes R, Oropeza R, Pedroza FJ, et al. Manejo del estrés para el control metabólico de personas con diabetes mellitus tipo 2. *En-claves del Pensamiento*. 2013; 7(13):67-87.

- 32.** Campo N, Portillo MC. El automanejo de los pacientes con diabetes tipo 2: una revisión narrativa. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2013; 36 (3): 489-504.

- 33.** Gellar LA, Schrader K, Nansel TR. Healthy Eating Practices: Perceptions, Facilitators, and Barriers among Youth with Diabetes. *Diabetes Educ*. 2007; 33(4): 671-9.

- 34.** Mier N, Medina AA, Ory MG. Mexican Americans with Type 2 Diabetes: Perspectives on Definitions, Motivators, and Programs of Physical Activity. *Prev Chronic Dis*. 2007 Apr; 4(2):1-8.

ANEXOS

ANEXO Nº 1

GUÍA DE PREGUNTAS DE GRUPO FOCAL A PACIENTES DIABÉTICOS

Desarrollo del tema “Barreras para una Alimentación Saludable”.

1. ¿Pueden mencionar algunos alimentos saludables?
2. ¿Está claro para Uds. lo que es una alimentación saludable? ¿Quién les habló al respecto?
3. ¿Entonces qué se puede entender por alimentación saludable?
4. ¿Encuentran dificultades para alimentarse en forma saludable? ¿Como cuáles?
5. ¿Por qué asisten a las consultas del hospital? ¿Por qué lo consideran necesario?
6. ¿Se sienten apoyados por sus familias para llevar una alimentación saludable?
7. ¿Cómo quisieran que sus familias les apoyen?
8. ¿Actualmente se alimentan diferente a como lo hacían antes?
9. ¿Creen que debido a la diabetes deben alimentarse saludablemente?
10. ¿Sienten Uds. que se preocupan por su salud? ¿Qué hacen por ello?
11. ¿Las recomendaciones para una nueva dieta les fue difícil cumplirlas? ¿Por qué?
12. ¿Los recursos económicos son un obstáculo para alimentarse saludablemente?
13. ¿Cuentan con lugares cercanos para poder comprar alimentos saludables? ¿Como cuáles?
14. ¿Sienten que son bien atendidos cuando asisten a sus consultas? ¿Tienen miedo de preguntar a quien les atiende sobre algo que no está claro?

Desarrollo del tema “Barreras para la Actividad Física”.

1. ¿Encuentran dificultades para realizar actividad física? ¿Como cuáles?
2. ¿Consideran la actividad física dentro de sus actividades diarias? ¿Cómo? o ¿A qué se debe?
3. ¿Pueden realizar actividad física? ¿Cómo?
4. ¿Desean realizar actividad física? ¿A qué se debe?

5. ¿Conocen cómo deben realizar actividad física? ¿Con qué frecuencia?
¿Por cuánto tiempo?
6. ¿Consideran que el clima es un obstáculo para hacer actividad física?
¿Cuándo? ¿Por qué?
7. ¿Les es difícil realizar actividad física por donde viven? ¿Cómo?
8. ¿Hay lugares cercanos a su domicilio y apropiados para hacer actividad física?

ANEXO N° 2

GUÍA DE PREGUNTAS DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD A PACIENTES DIABÉTICOS

Desarrollo del tema “Barreras para una Alimentación Saludable”.

1. ¿Puede Ud. mencionar algunos alimentos saludables?
2. ¿Está claro para Ud. lo que es una alimentación saludable? ¿Quién le habló al respecto?
3. ¿Entonces qué entiende Ud. por alimentación saludable?
4. ¿Encuentra Ud. dificultades para alimentarse en forma saludable?
¿Como cuáles?
5. ¿Por qué Ud. asiste a las consultas del hospital? ¿Por qué lo considera necesario?
6. ¿Se siente Ud. apoyado por su familia para llevar una alimentación saludable?
7. ¿Cómo quisiera Ud. que su familia lo apoye?
8. ¿Actualmente Ud. se alimenta diferente a como lo hacía antes?
9. ¿Cree Ud. que debido a la diabetes debe alimentarse saludablemente?
10. ¿Siente Ud. que se preocupa por su salud? ¿Qué hace por ello?
11. ¿Las recomendaciones para una nueva dieta le fue a Ud. difícil cumplirlas? ¿Por qué?
12. ¿Los recursos económicos son para Ud. obstáculo para alimentarse saludablemente?
13. ¿Cuenta Ud. con lugares cercanos para poder comprar alimentos saludables? ¿Como cuáles?
14. ¿Siente Ud. que es bien atendido cuando asiste a sus consultas? ¿Tiene Ud. miedo de preguntar a quien le atiende sobre algo que no está claro?

Desarrollo del tema “Barreras para la Actividad Física”.

1. ¿Encuentra Ud. dificultades para realizar actividad física? ¿Como cuáles?
2. ¿Considera Ud. la actividad física dentro de su actividad diaria? ¿Cómo?
o ¿A qué se debe?
3. ¿Puede Ud. realizar actividad física? ¿Cómo?
4. ¿Desea Ud. realizar actividad física? ¿Por qué?

5. ¿Conoce Ud. cómo debe realizar actividad física? ¿Con qué frecuencia?
¿Por cuánto tiempo?
6. ¿Considera Ud. que el clima es un obstáculo para hacer actividad física?
¿Cuándo? ¿A qué se debe?
7. ¿Le es difícil a Ud. realizar actividad física por donde vive? ¿Cómo?
8. ¿Hay lugares cercanos a su domicilio y apropiados para hacer actividad física?

ANEXO N° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente trabajo de investigación lo realiza una Bachiller en Nutrición y se cuenta con la asesoría de una Nutricionista conocedora de la investigación cualitativa.

Propósito

Este estudio pretende explorar las barreras que presentan los pacientes diabéticos para mantener una alimentación saludable y actividad física diaria.

Participación

Pedimos su permiso para que participe en una de las conversaciones grupales (grupos focales) o en una entrevista personal (entrevista en profundidad) que se llevara a cabo como parte del presente estudio. Estaré agradecida por el permiso otorgado.

Riesgos del estudio

Este estudio no representa ningún riesgo para usted.

Beneficios del estudio

La participación de usted contribuirá con el mejoramiento de las actividades dirigidas a pacientes diabéticos sobre alimentación saludable y actividad física.

Costo de la participación

La participación de usted en el estudio no representa ningún costo.

Confidencialidad

Toda la información obtenida en el estudio es confidencial. Es necesario que se utilice una grabadora de voz, cuyo contenido será sólo de conocimiento de la investigadora.

Requisitos de participación

Varón o mujer de 20 a 70 años con diabetes mellitus tipo 2. Al aceptar su participación voluntaria deberá firmar este documento llamado "Consentimiento informado". Si Ud. quiere retirarse del estudio, puede hacerlo con libertad.

Donde conseguir información

Para cualquier consulta, queja o comentario favor comunicarse con Lita Palomares Estrada al teléfono 980051918 en horario de oficina, donde con mucho gusto serán atendidos.

Declaración Voluntaria

Yo, _____ he sido informado(a) del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que mi participación es gratuita. Estoy enterado(a) de la forma cómo se realizará el estudio y que puedo retirarme en cuanto lo desee, sin que esto represente que tenga que pagar o recibir alguna represalia por parte de la investigadora.

Por lo anterior acepto participar en la investigación de: "Pacientes Diabéticos: Barreras para mantener una Alimentación Saludable y Actividad Física Diaria"

Nombre del participante: _____

Edad: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma

ANEXO N° 4

FOTOS



Foto N° 01: Tesista analizando datos



Foto N° 02: Tesista y asesora analizando datos

Foto N° 03: Entrevista en profundidad a paciente diabética mujer



Foto N° 04: Algunos participantes del grupo focal a pacientes diabéticos varones