



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**“ ALIMENTACIÓN HABITUAL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
DEL POLICLINICO DE ESSALUD - CHOSICA EN EL PRIMER TRIMESTRE
2013”**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADA POR

VELÁSQUEZ CHIRINOS, MILAGROS AMANDA

ASESORA

Dra. ELIZABETH TERESA DIESTRA CUEVA

CHOSICA, PERU 2018

**“ALIMENTACIÓN HABITUAL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA DEL
POLICLINICO DE ESSALUD - CHOSICA EN EL PRIMER TRIMESTRE 2013**

DEDICATORIA

A Dios por haberme otorgado la oportunidad de estudiar esta linda carrera, a mis padres por Su amor, confianza y apoyo incondicional durante mis estudios

AGRADECIMIENTO

A Dios y familiares Por permitirnos llegar a este momento tan especial en nuestras vidas, que nos han enseñado a valorarte cada día más. A mi familia porque me impulsaron para realizar mis estudios superiores.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la alimentación habitual de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el servicio de geriatría del policlínico de Chosica en el primer trimestre 2013. Es un estudio de tipo cuantitativo de nivel descriptivo y de corte transversal. Entre sus conclusiones están: Entre las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 es que predomina el género femenino, el 67%(20) pacientes tienen 65 a 75 años, seguida por el 33%(10) de 76 a 80 años. Asimismo tienen secundaria completa y el 27%(6) secundaria incompleta, respecto al estado civil el 40%(12) es conviviente, el 33%(10) son viudas. La alimentación habitual de los pacientes es adecuada en el mayor porcentaje de adultos mayores pero hay un mínimo pero significativo porcentaje de ellos que no consideran la calidad y cantidad de alimentos que deben consumir para poder convivir con su enfermedad.

En la dimensión registro de alimentación diaria cualitativa el 20%(6) el 67% tienen peso y talla adecuados para su edad, el 20%(6) tienen desnutrición leve y 13% (4) tienen desnutrición crónica.

En la alimentación habitual en la dimensión registro diario cuantitativa (N° de comidas y horario) se encontró que el 67%(20) es adecuada y en el 33%(10) es inadecuada.

Palabras Claves: Alimentación habitual y diabetes tipo II

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the usual feeding of elderly patients with type 2 diabetes mellitus attended in the geriatric service of the Chosica polyclinic in the first quarter of 2013. It is a quantitative study of a descriptive and cross-sectional level. are: Among the sociodemographic characteristics of elderly patients with type 2 diabetes mellitus is that female gender predominates, 67% (20) patients are 65 to 75 years, followed by 33% (10) of 76 to 80 years. They also have complete secondary and 27% (6) secondary incomplete, with respect to marital status 40% (12) is cohabiting, 33% (10) are widows. The habitual feeding of the patients is adequate in the greater percentage of older adults but there is a minimum but significant percentage of them that do not consider the quality and quantity of food they drink to be able to coexist with their illness.

In the qualitative daily food registration dimension, 20% (6) 67% have weight and height appropriate for their age, 20% (6) have mild malnutrition and 13% (4) have chronic malnutrition.

In the usual feeding in the quantitative daily record dimension (number of meals and time) it was found that 67% (20) is adequate and in 33% (10) is inadequate

Key words: Regular diet and type II diabetes

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	i
RESÚMEN	ii
ABSTRAC	v
ÍNDICE	
INTRODUCCIÓN	1
	3
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.1. Planteamiento del problema	4
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	
1.4. Justificación del estudios	
1.5. Limitaciones	6
	11
CAPITULOII: MARCO TEÓRICO	27
2.1. Antecedentes del estudio	30
2.2. Base teórica	30
2.3. Definición de términos	30
2.4. Hipótesis	30
2.5. Variables	32
2.5.1. Definición conceptual de las variables	
2.5.2. Definición operacional de las variables	
2.5.3. Operacionalización de la variable	

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	33
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	33
3.3. Población y muestra	34
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	34
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	35
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	35
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	36
	41
CAPÍTULO V: DISCUSION	
	45
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad que se desarrolla cuando el cuerpo no fabrica suficiente cantidad de una hormona llamada insulina, o si el cuerpo no usa la insulina de la forma correcta. Si la diabetes no se trata, a largo o corto plazo como complicación puede provocar ceguera, ataques al corazón, derrames, insuficiencia renal y amputaciones, sin duda uno de las enfermedades más letales en la actualidad. Las terapias y las acciones preventivas deben tomar en cuenta los factores de riesgo conocidos de la enfermedad como es la obesidad, el sedentarismo y el envejecimiento de la población. La falta de información, el descuido, el no acceso oportuno a servicios de salud, los hábitos alimenticios inadecuados, las condiciones sociales y económicas junto con los factores de riesgo de escritos para la enfermedad, son las causas más vulnerables de la población, lo cual se transforma en objetivos específicos para abordar con acciones específicas el problema y reducir de manera significativa estos condicionantes, partiendo de entender a la Salud no solo con su significado de bienestar del cuerpo, de tener la mente activa y brillante, la población también pueden ayudarse a sí mismos, y a los otros a gozar de esta clase de salud, una buena salud se basa, en el conocimiento sólido de lo que significa salud, si no se conoce y entienden los hechos, ideas y habilidades realmente importantes y necesarias, no se puede disminuir y erradicar los condicionantes generales de la enfermedad, otro de los aspectos a considerar es el mecanismo por el cual una persona o paciente diagnosticado de diabetes pueda, de manera consciente, modificar sus hábitos desde la esencia del aprendizaje vivencial y sus prácticas alimentarias.

El capítulo I presenta el problema, incluye: planteamiento, formulación, justificación, objetivos generales y específicos del problema, El capítulo II: marco teórico: Antecedentes del estudio y bases conceptuales, y definición operacional de términos. El capítulo III Metodología: Nivel, Tipo o Método de Investigación; descripción del área de estudio; población y Muestra; técnica e Instrumento de recolección de datos; validez y confiabilidad de los Instrumentos; procedimientos, análisis de datos y consideraciones éticas, El capítulos IV: Resultados

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La diabetes es una enfermedad que se desarrolla cuando el cuerpo no fabrica suficiente cantidad de una hormona llamada insulina, o si el cuerpo no usa la insulina de la forma correcta. Si la diabetes no se trata, a largo o corto plazo como complicación puede provocar ceguera, ataques al corazón, derrames, insuficiencia renal y amputaciones, sin duda uno de las enfermedades más letales en la actualidad. Las terapias y las acciones preventivas deben tomar en cuenta los factores de riesgo conocidos de la enfermedad como es la obesidad, el sedentarismo y el envejecimiento de la población. La falta de información, el descuido, el no acceso oportuno a servicios de salud, los hábitos alimenticios inadecuados, las condiciones sociales y económicas junto con los factores de riesgo de escritos para la enfermedad, son las causas más vulnerables de la población, lo cual se transforma en objetivos específicos para abordar con acciones específicas el problema y reducir de manera significativa estos condicionantes, partiendo de entender a la Salud no solo con su significado de bienestar del cuerpo, de tener la mente activa y brillante, la población también pueden ayudarse a sí mismos, y a los otros a gozar de esta clase de salud, una buena salud se basa, en el conocimiento sólido de lo que significa salud, si

no se conoce y entienden los hechos, ideas y habilidades realmente importantes y necesarias, no se puede disminuir y erradicar los condicionantes generales de la enfermedad, otro de los aspectos a considerar es el mecanismo por el cual una persona o paciente diagnosticado de diabetes pueda, de manera consciente, modificar sus hábitos desde la esencia del aprendizaje vivencial y sus prácticas alimentarias.¹

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica degenerativa que, se presenta con mayor frecuencia en la población al grado de ser considerada como una pandemia con tendencia ascendente.

La frecuencia de diabetes ha aumentado dramáticamente en los últimos 40 años sin considerar que tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados existe un resurgimiento.

En los últimos años se ha reconocido el interés del conocimiento de la epidemiología de la diabetes tipo 2 del número total de personas con diabetes, aproximadamente un 90 % corresponde al tipo 2, la cifra actual de personas con Diabetes en el mundo está alrededor de los 100 millones de tipo 2, las previsiones. Recientes del Instituto Nacional de diabetes sitúa en 220, 000, 000 las personas que padecerán esta enfermedad en el año 2010, debido en gran medida al crecimiento la población, el envejecimiento, la urbanización y la vida sedentaria Alpizar,²

La diabetes mellitus y la alimentación guardan una muy estrecha relación. En la diabetes tipo 1 es preciso conocer los alimentos y su composición, para regular la dosis de insulina en cada comida del día. Es por ello que aquellas personas que reciben una completa formación sobre alimentación y nutrición consiguen llevar a cabo una alimentación prácticamente libre.

Sin embargo, en la diabetes tipo 2 la alimentación es una parte fundamental del tratamiento, siendo una pieza clave tanto en la prevención como el tratamiento de la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial consideran a la diabetes como un problema de salud pública, en solo dos décadas los estudios epidemiológicos han tenido un gran impacto en la investigación, diagnóstico, atención y prevención de la diabetes, en particular se han realizado estudios en algunos grupos étnicos sobre la prevalencia de la Diabetes Mellitus Tipo 2, estudio que sirvió para estandarizar la metodología en el estudio de diabetes en el mundo y sobre todo para definir el punto de corte entre normal y anormal ³

Del campo en el año 2000 señala: “Que los factores de riesgo presentan situaciones identificables que se asocian con la Diabetes mellitus Tipo 2, es por ello que se utilizan como auxiliares para determinar, predecir o prevenir el desarrollo de la enfermedad o de sus complicaciones con varios años de anticipación”. Los problemas derivados de la práctica alimentaria en los niveles basales de glucosa tienen mucha relación con el impacto que tienen sus complicaciones en la calidad de vida de las personas que padecen enfermedad de diabetes mellitus tipo II y de los familiares de quienes padecen la enfermedad, entre algunos de los determinantes de la salud se encuentran la obesidad como primera complicación de la morbilidad estudiada, sus prácticas alimentarias tienen mucha relación con las condiciones socioculturales y económicas que condicionan al paciente diabético, la falta de información adecuada y oportuna genera hábitos post diagnóstico inadecuados que con frecuencia se convierten en prácticas diarias de malnutrición.

Por estas razones, el presente trabajo de investigación pretende establecer la relación existente en la práctica alimentaria habitual de una persona diagnosticada con diabetes mellitus tipo II y los niveles de glucosa trastornos metabólicos del colesterol y triglicéridos y el estrés. En personas adulta.

Teniendo en cuenta las situaciones planteadas se formula la siguiente interrogante.

1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema Principal

¿Cuál es la alimentación habitual de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el servicio de geriatría del policlínico de Chosica en el primer trimestre 2013?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el servicio de geriatría del policlínico de Chosica en el primer trimestre 2013?
- ¿Cuál es la alimentación habitual en la dimensión alimentos excesivo en azúcar de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el servicio de geriatría del policlínico de Chosica en el primer trimestre 2013?
- ¿Cuál es la alimentación habitual en la dimensión registro de alimentación diaria cualitativa (adecuados e inadecuados) de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el servicio de geriatría del policlínico de Chosica en el primer trimestre 2013?
- ¿Cuál es la alimentación habitual en la dimensión registro de alimentación diaria cuantitativa (N° de comidas y horario) de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el servicio de geriatría del policlínico de Chosica en el primer trimestre 2013?

1.3.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

Determinar la alimentación habitual de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el servicio de geriatría del policlínico de Chosica en el primer trimestre 2013

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el servicio de geriatría del policlínico de Chosica en el primer trimestre 2013
- Identificar la alimentación habitual en la dimensión alimentos excesivo en azúcar de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2
- Identificar la alimentación habitual en la dimensión registro de alimentación diaria cualitativa (adecuados e inadecuados) de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el servicio de geriatría
- Identificar la alimentación habitual en la dimensión registro de alimentación diaria cuantitativa (N° de comidas y horario) de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el servicio de geriatría

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene como propósito fundamental describir la alimentación habitual de los adultos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que son atendidos en el servicio de geriatría del policlínico Chosica, en el primer trimestre 2013

Considera que la situación socioeconómica es determinante en las prácticas alimentarias, se justifica desde el punto de vista teórico, porque permite identificar con más detalle las potenciales causas y consecuencias que ocasiona a la población en general, la Diabetes así como el impacto que tienen sus complicaciones en la calidad de vida de las personas y de los familiares de quienes padecen la enfermedad. Es importante la investigación ya que nos ayuda a identificar los causantes de las complicaciones de la diabetes mellitus tipo II en cuanto a su alimentación habitual alterando su glucosa y siendo predominante a complicaciones en la salud, considera que la mitad de los afectados

desconocen su situación por padecer la enfermedad en grado leve y que cerca del 40 % de las personas obesas y el 60% de personas adultas de 40 a 60 años sufre diabetes sin saberlo, las personas desde una edad de 40 años empiezan a tener un desorden en su alimentación que provoca un exceso de peso, dejan de hacer ejercicio físico o padecen algún otro tipo de enfermedad que no les permite realizar diferentes actividades.

Partiendo de esta situación, debemos pensar que un diabético no recibe información de su enfermedad debido a que en principio hay dos culpables de ello, una es que el médico cuando da el diagnóstico debe explicarle al paciente todo acerca de la enfermedad y la segunda es que el paciente, quien es el que está padeciendo dicha enfermedad no pregunta nada.⁴

Pero debe existir un equipo de salud que esté llevando el control del paciente en cuestión, alguno de ellos le debe hacer llegar la información requerida, de manera oportuna y eficiente, amparando al paciente en el programa del adulto mayor del policlínico Chosica por tanto, la presente investigación se enfocará en el diseño de estrategias para un plan de sensibilización en cuanto al manejo de los factores de riesgo que inciden en el desarrollo de la Diabetes en adultos mayores con edades a partir de los cuarenta años en adelante que acuden al servicio de geriatría del policlínico Chosica en el primer trimestre 2013

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.

Poco acceso a las Historias Clínicas de los Pacientes citados.

Falta de facilidades para la entrevista a los pacientes que asisten al programa de Adulto Mayor del Policlínico Chosica.

Tiempo cortó para entrevista a los pacientes del policlínico Chosica.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDO

2.1.1. Antecedentes Nacionales

Alarcos León, Walter Albert: Influencia de la diabetes mellitus tipo 2 en los resultados clínicos a corto y largo plazo tras revascularización coronaria percutánea 2013. Resumen: La diabetes mellitus modifica la historia natural de los pacientes con cardiopatía isquémica. Existen resultados contradictorios de la influencia de la diabetes en los resultados clínicos tardíos de la revascularización coronaria. Determinar los resultados clínicos a corto y largo plazo en pacientes diabéticos respecto a los no diabéticos sometidos a revascularización coronaria percutánea. Hemos analizado de manera retrospectiva una población no seleccionada de 29 pacientes diabéticos a los que se realizó revascularización coronaria percutánea y como grupo control 125 pacientes no diabéticos sometidos a intervencionismo en el mismo período de tiempo. La muerte, el infarto no fatal, el ingreso hospitalario por angina inestable y la necesidad de nueva revascularización miocárdica se consideraron acontecimientos cardiacos adversos en un año de seguimiento. Se estudió la

existencia de variables predictores independientes para eventos cardiacos mayores en diabéticos y no diabéticos.

Los diabéticos presentaban un peor perfil clínico y angiográfico, incluyendo mayor edad, historia de hipertensión arterial, menor fracción de eyección y enfermedad multivaso. Los pacientes diabéticos presentaron una mayor mortalidad (el 17% frente al 3%; $p < 0.05$), pero la incidencia de infarto fue similar (el 3% frente al 2%; $p = 0.7$). Al año de seguimiento, la tasa acumulada de revascularización de la lesión diana fue del 24% en diabéticos frente al 3% en no diabéticos ($p < 0.001$) y la supervivencia libre de acontecimientos clínicos fue del 41% frente al 7,8% ($p < 0.001$), respectivamente. El análisis univariado determinó algunas variables clínicas relacionadas a mayor riesgo de eventos cardíacos al seguimiento, como son el uso de insulina, la presencia de trombo, lesión compleja y el no uso de inhibidores de glicoproteínas IIb/IIIa. El análisis de Cox sólo demostró a la diabetes mellitus per se y sobre todo al grupo de diabéticos insulino dependientes como de alto riesgo. Así por ejemplo, la tasa de supervivencia libre de acontecimientos cardiacos al año, fue del 78% en no diabéticos, 64.8% en los diabéticos no insulino dependientes y el 8.4% en los diabéticos insulino dependientes ($p = 0.001$).⁵

Hidalgo Carpio, Eva Victorio Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, octubre-diciembre 2009

Resumen.- La diabetes es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en el mundo; actualmente en el Perú se encuentra presente en 1 a 8% de la población en general. Encontrándose Piura y Lima como las ciudades con mayor incidencia de esta enfermedad. El presente estudio, titulado: "Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores

socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Octubre – Diciembre 2009”. Tiene como objetivo identificar las medidas de autocuidado que refieren realizar los pacientes diabéticos, así como los factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista e instrumento el cuestionario, el cual fue aplicado a una muestra de 100 pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Los resultados que se obtuvieron demuestran que la mayoría de pacientes diabéticos realiza las medidas de autocuidado, tales como alimentación, ya que consumen diariamente verduras y frutas e ínter diariamente carnes y harinas.. Entre los factores socioculturales que limitan el cumplimiento del autocuidado se encuentran: económico, enfermedad y ocupación; encontrándose con mayor incidencia el factor económico. Entre los factores socioculturales que favorecen se encuentran: el apoyo familiar, por cuanto la familia cumple un rol muy importante apoyando al paciente diabético en su autocuidado, y personales que es caracterizado por la responsabilidad que muestran los pacientes en participar en su autocuidado debido a que son responsables de las medidas de autocuidado que deben realizar⁶

Fenco A salde, Maritza Gamma Caroline Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión 2010 Lima- Perú. Resumen: El presente estudio titulado “Autopercepción de la Calidad de Vida del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus en el Hospital Daniel Alcides Carrión 2010”, tuvo como objetivo general determinar la autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor y como objetivos específicos identificar la autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en las dimensiones física, social y psicológica. El presente estudio

ayudará a fortalecer fundamentos del cuidado enfermero como la actitud humanitaria, el respeto y amor a este grupo de personas, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables para mejorar su calidad de vida. El estudio es de enfoque cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 50 adultos mayores del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. La técnica usada fue la entrevista y el instrumento el cuestionario. Los resultados fueron que la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores fue regular. En cuanto a la dimensión física muestran una autopercepción regular ya que realizan actividades diarias, tienen poca dificultad para cuidar de sí mismos, sin embargo muestran cierta aceptación frente a los cambios en la capacidad sexual y sueño. En la dimensión social mantienen una autopercepción regular, gracias a que mantienen buenas relaciones familiares y sociales, están satisfechos con las actividades de tiempo xi libre, no obstante presentan problemas económicos.⁷

Domínguez- Vásquez P., Olivares S., Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad Lima -2008 Resumen: La conducta alimentaria es el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Se acepta generalmente que los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales. Además de las Influencias sociales, se ha señalado que las influencias genéticas y de ambiente familiar compartido, tienen un impacto relevante sobre el patrón de ingesta, la conducta alimentaria y la obesidad infantil.

Los estudios sobre ingesta de alimentos en obesidad se han centrado principalmente en determinar la cantidad y tipo de alimentos de la dieta habitual, presentando resultados

controversiales. También existe un interés creciente por explorar la relación entre la obesidad y la conducta de alimentación, medida a través de herramientas psicométricas que analizan diferentes dimensiones tales como la alimentación emocional, la alimentación sin control o la restricción cognitiva. Esta revisión aborda la influencia de la familia sobre la conducta alimentaria infantil en relación con la obesidad, tanto desde la perspectiva del ambiente familiar compartido como desde la herencia genética.⁸

Charo Barrios. Alimentación y diabetes. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Perú 2010 Resumen: Está claro que merece la pena alimentarse bien. Con mis apuntes del curso de la Fundación IDEHS y el libro de José E. Campillo “El mono obeso”, del que hablé en su día, me gustaría llamar la atención sobre la influencia de la alimentación en las enfermedades propias de nuestra época, como la diabetes.

¿Qué es la diabetes? Sencillamente la incapacidad de “metabolizar” la glucosa de la dieta, de los alimentos. Es de dos tipos: el tipo 2 es la más frecuente (90% de los casos) aparece sobre todo en las personas adultas, (alrededor de 60-65 años), aunque recientemente se observa que está apareciendo en jóvenes e incluso en niños. En principio esta diabetes no necesita tratamiento con hormona insulina, al menos en sus comienzos, aunque es necesario modificar la alimentación. La diabetes tipo 1, poco frecuente, es la diabetes aguda que afecta a niños y jóvenes y siempre requiere insulina para su tratamiento.

Ambos tipos de diabetes tienen causas diferentes, pero tienen en común que en las dos se produce una alteración de la asimilación de los azúcares, especialmente de la glucosa; este azúcar no puede metabolizarse de forma adecuada por las células del organismo y por eso se acumula en la sangre. El libro “El mono obeso” lo explica así de bien.

Pero si es cierto, que si la diabetes tipo 2 no se trata correctamente favorecerá el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, como el infarto de miocardio. En la aparición de este tipo de diabetes influyen una serie de factores como el exceso de peso, sedentarismo y abuso de azúcares). Sin embargo, la diabetes tipo 1 no se puede prevenir.⁹

2.1.2. Antecedentes Internacionales

Basterra Javier Influencia del sedentarismo y la mala alimentación en la obesidad y la diabetes: Universidad de Navarra 2009. Lugar de publicación: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Perú Resumen:

Una investigación demuestra que las personas que siguen una dieta mediterránea tienen un 83% menos de incidencia de diabetes. Investigador del departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Navarra, ha analizado en su tesis doctoral la influencia del sedentarismo y la mala alimentación en la obesidad y la diabetes. “Mediante el seguimiento a 12.000 participantes comprobamos que aquellos que disminuían su actividad física ganaban peso claramente; pero más llamativo fue el dato referido a la diabetes, ya que quienes tenían una elevada adherencia al patrón de dieta mediterránea presentaron un 83% menos de incidencia de la enfermedad”, aclara el científico.

En total, el trabajo analizó desde 1997 hasta 2003 datos procedentes de 49.000 voluntarios. Según explicó el médico, “esto permitió observar un incremento en los casos de diabetes autorreferidos en España; así como de obesidad en menores de 57 años, que alcanzaron porcentajes del 5,9 y el 13%, respectivamente”.

Sin embargo, Javier Basterra asegura que, de forma comparativa, el efecto de la dieta -ingerir más calorías de las que se necesitan- puede ser más determinante en el aumento de la obesidad que la falta de ejercicio. “De hecho, dejar de lado una dieta mediterránea

proporcionada, rica en frutas, verduras, aceite de oliva o pescado, justifica en parte la creciente prevalencia de diabetes mellitus tipo 2, según datos provenientes de 13.500 participantes a los que se ha seguido durante cuatro años” Ingerir menos calorías ¹⁰

Asimismo, el investigador de la Universidad de Navarra destaca la frugalidad como una característica propia, y muy beneficiosa, de la dieta mediterránea tradicional: “por ejemplo, en EE.UU. se estima que la industria alimentaria produce 3.800 kilocalorías por persona y día, cuando a la gente le basta con mucho menos -esta cantidad varía en función de edad, sexo, peso y talla, pero se sitúa en torno a las 2.000 o 2.200 kilocalorías

Garrido Orrantia Nerea. Alimentación en el paciente diabético. Figura de la enfermera como educadora en diabetes

A lo largo de este trabajo se expone la formación de la enfermera como educadora en diabetes en el ámbito nacional como internacional, así como sus funciones tanto en el ámbito especializado como fuera de él. Además se expone la relación de la enfermería con la educación dietética nutricional y una propuesta de programa educativo en alimentación para pacientes con diabetes.¹¹

2.2. BASES TEÓRICAS.

2.2.1. Historia de la Diabetes.

La palabra diabetes tiene su origen en el griego y significa “atravesar o discurrir a través”, mientras que mellitus proviene del latín y significa “dulce como la miel”.

El termino diabetes, fue acuñado hasta el siglo I por un médico turco, Aleteo de capadocia. Galeno, en el siglo II, interpreto que la diabetes era producida por la incapacidad del riñón para retener agua, y esta idea persistió hasta el siglo XVII, cuando Thomas Willis se atrevió a probar la orina de un diabético descubriendo, que la orina tenia sabor dulce.

2.2.2. DIABETES

Concepto:

La diabetes mellitus tipo 2 o diabetes sacarina de acuerdo es un síndrome orgánico multisistémico crónico que se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre (conocido medicamento como hiperglucemia) resultado de concentraciones bajas de la hormona insulina o por su inadecuado uso por parte del cuerpo que conducirá posteriormente a alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas. La poliuria (producción excesiva de orina), la polidipsia (incremento de sed), la pérdida de peso, algunas veces polifagia (aumento anormal de la necesidad de comer) y la visión borrosa son los síntomas cardinales de este padecimiento.

La elevación continua de la glucosa en sangre en pacientes diabéticos se asocia con complicaciones en los siguientes órganos: Ojos, riñones, nervios, corazón, sistema circulatorio (arterias y venas del cuerpo). Los pacientes diabéticos presentan anormalidades del metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y grasas, como resultado de la acción deficiente de la insulina, generalmente debido a que el páncreas no la secreta en cantidad suficiente o porque la insulina no lleva a cabo su función de manera adecuada.

2.2.3. FISILOGIA DE LA DIABETES

La diabetes mellitus se origina por deficiencia relativa o absoluta de la secreción de insulina por parte de las células beta. La deficiencia de dicha hormona, a su vez, disminuye la utilización de glucosa, aminoácidos y ácidos grasos por tejidos. La glucosa que se obtiene a partir de una dieta o por gluconeogénesis hepática, que ocurre a una tasa modesta, con la hiper insulinemia, se acumula en la circulación, lo que produce hiperglucemia, conformen aumentan las cifras plasmáticas de glucosa se excede la capacidad de las células de los tubos renales para resolver

glucosa a partir del ultra filtrado glomerular, lo que produce glucosuria.

En una persona no diabética, la secreción de insulina basal responde a las necesidades del sujeto y el páncreas segrega insulina adicional después de las comida. La insulina es una hormona poli peptídica sintetizada y liberada por las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas en el endocrino. El factor principal que estimula su síntesis y liberación es la glucosa que llega a dichas células. Varios otros factores, no obstante, pueden influir en la producción de la insulina.

CLASIFICACION DE LA DIABETES

1. Diabetes Mellitus tipo 1.
2. Diabetes Mellitus tipo2.
3. Diabetes gestacional.

2.2.4.1. La Diabetes Mellitus tipo I.-

Es una enfermedad caracterizada por la destrucción de la célula beta pancreática. Se presenta mayoritariamente durante la infancia y la juventud, y se caracteriza por la nula producción de insulina. Pero puede aparecer en cualquier década, incluso en mayores de 70 años. Estos pacientes de inicio tardío serían los llamados tipo LADA, que podrían ser hasta un 15% de los diabéticos diagnosticados actualmente como diabetes Mellitus tipo II.

El diagnóstico se realizaría por determinación de auto anticuerpos y se sospecharía clínicamente en pacientes menores de 30 años, delgados y con necesidad de insulina para evitar la cetosis, que es el aumento de los cuerpos cetónicos en la sangre, con producción de una acidosis metabólica que puede conducir al

coma. Se observa en ayunos prolongados, en la descompensación diabética, ciertas intoxicaciones y en trastornos hepáticos graves, los signos de cetosis son náuseas, vómitos y dolor gástrico.

La Diabetes Mellitus tipo 1 se define como un déficit absoluto de la secreción de insulina. Suele comenzar antes de los 40 años de edad, siendo el pico máximo de la incidencia a los 14 años.

Existen dos subtipos de Diabetes Mellitus tipo 1 que difieren en su etiología, forma de presentación y frecuencia.

2.2.4.2 .Diabetes Mellitus Tipo 2.

Se debe a una resistencia a la acción de la insulina y aun déficit relativo de la secreción de esta hormona. Por lo tanto, en fases iniciales, se genera una situación de hiperinsulinismo y generalmente, hiperglucemia. Es en este momento en el que puede existir un grado de hiperglucemia suficiente para causar cambios patológicos y funcionales en diferentes receptores tisulares macroangiopatía, pero sin causar sintomatología que permita el diagnóstico clínico. Durante este periodo asintomático es posible demostrar la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono mediante una determinación de la glucemia plasmática basal o de la realización de un test de tolerancia oral a la glucosa.

2.2.4.3. Diabetes Gestacional.

Se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se presenta durante el embarazo. Seis semanas después del parto, la paciente debe ser nuevamente evaluada, ya que en la mayoría de los casos las pacientes con diabetes gestacional retornan a valores normales de glucosa en sangre, pero en otras ocasiones pueden persistir con diabetes o intolerancia a glucosa, este tipo de diabetes se asocia, igual que ocurre con la diabetes tipo 2, con una menor sensibilidad de los tejidos periféricos a la

insulina. La razón es que las hormonas ováricas y placentarias, principalmente la gonadotrofina corionica, disminuyen la sensibilidad de los tejidos a la acción de la insulina, por lo que la madre debe segregar más insulina con el fin de mantener unos adecuados niveles de glucosa. Aproximadamente un y 2% de mujeres gestantes no tienen suficiente capacidad de reserva pancreática y desarrollan una diabetes gestacional. Normalmente esta situación desaparece tras el parto, aunque estas mujeres tienen una mayor propensión a desarrollar diabetes en sucesivos partos o en edades más tardías.¹²

2.2.4.4 .Otros tipos de diabetes.

1. Con anomalías genéticas de la célula beta. La denominada “Diabetes del tipo maduro de inicio en el joven” en la que aparece una hiperglucemia moderada habitualmente antes de los veinticinco años, la cual tiene una evidente base genética. La característica sobresaliente es una reducción de la secreción de insulina, con apenas alteración de sus efectos fisiológicos.
2. Por enfermedades del páncreas exocrino. Diversos procesos que afectan al páncreas en su totalidad o al exocrino en particular son capaces de provocar una diabetes mellitus.
3. Secundarias a endocrinopatías. Existen asimismo, aunque en mucha menor proporción, diabetes secundarias debidas a la presencia de cantidades anómalas de ciertas hormonas, las llamadas diabetes hormonales, o a la administración de ciertos medicamentos, en donde, en principio, la secreción de insulina es normal, pero hay hiperglucemia por una exagerada y anormal o de esos medicamentos, que tienen efectos metabólico contrarios a los de la insulina.
4. Inducida por fármacos o agentes químicos. Diabetes inducida por medicamentos como corticoides, diuréticos que generan pérdidas renales de potasio, agentes beta bloqueantes.

5. Con alteraciones genéticas en la acción de la insulina. Existen mutaciones en el gen receptor de la insulina o alteraciones post-receptor.

2.2.5. FACTORES DE RIESGO

- Raza/etnia. Las poblaciones de afroamericanos, hispanoamericanos e indígenas americanos tienen altos índices de diabetes.
- Edad superior a 45 años.
- Intolerancia a la glucosa identificada previamente por el médico.
- Presión arterial alta.
- Colesterol HDL de menos de 35 mg/dl o niveles de triglicéridos superiores a 250 mg/dl.
- Antecedentes de diabetes gestacional.

2.2.6. SINTOMAS

Hiperglucemia: La cantidad de azúcar en sangre suele ser entre 70 y 110 mg/dl, ya hay hiperglucemia, exceso de glucosa en la sangre.

Polifagia: Las células al no absorber los hidratos de carbono, quedan decaídas y esto produce un hambre continua, llamado "hambre tisular".

Poliuria: Exceso de orina, ya que el organismo intenta deshacerse del exceso de azúcar.

Astenia: Cansancio excesivo. Esta provocado por la mala utilización de la glucosa

Adelgazamiento

Purito: Picor localizado por la acumulación de glucosa en la piel.

8/1.000 habitantes año, y la DM tipo 1 en 11-12 casos por 100.000 habitante y año, y La de DM

2.2.7. Factores Demográficos

Entre los factores demográficos que influyen en el desarrollo de la Diabetes Tipo II, encontramos:

Edad.- Antes de los 30 años de edad son pocos los pacientes con diabetes tipo II, pero a manera que incrementa la edad, también incrementan los pacientes con la enfermedad, el promedio de edad al momento del diagnóstico es más bajo en grupos raciales (hispanos, entre otros), que tienen una alta carga genética para el desarrollo de diabetes.

Sexo.- A pesar de las inconsistencias en los estudios, los datos nacionales indican que la frecuencia de los pacientes diagnosticados con diabetes tipo II después de los 20 años de edad es similar entre mujeres y hombres de raza blanca no hispanos, (4.5 % y 5.2% respectivamente), pero es mucho mayor en las mujeres México Americanas (10.9%), que en los hombres mexicoamericanos (7.7%).

Raza.- Las personas de origen hispano tienen de 2 a 3 veces mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo II que las personas de origen caucásico .

Factores Genéticos

Ciertos grupos étnicos parecen especialmente expuestos a desarrollar diabetes, como por ejemplo los indios americanos, las comunidades de las islas del Pacífico, las poblaciones del sur de Asia, los aborígenes australianos, los afro-americanos y los hispanos. Se estima que las personas que tienen un hermano o un familiar con diabetes tipo II corre un riesgo de un 40% de desarrollar diabetes a lo largo de su vida. Estos factores de riesgo genéticos hasta el momento no se pueden modificar.¹³

Los estudios sobre gemelos aportan evidencias adicionales de la participación de factores genéticos en la diabetes tipo 2, los informes iniciales de éste estudio mostraron que había una

concordancia del 60 al 100% respecto a la enfermedad entre gemelos idénticos (de una única placenta). En concordancias de menos del 100%, se considera que existe una influencia de los factores no genéticos en el desarrollo de la diabetes tipo II.

Relacionados con el estilo de vida

Clasificación de la OMS del estado nutricional de acuerdo con el IMC Índice de Masa Corporal.

Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infra pesó	<18,50	<18,50
Delgadez severa	<16,0	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez no muy pronunciada	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18.5 - 24,99	18.5 - 22,99
		23,00 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00	≥25,00
Pre obeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obeso	≥30,00	≥30,00
Obeso tipo I	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obeso tipo II	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99

Obeso tipo III $\geq 40,00$ $\geq 40,00$

En adultos (20 a 60 años) estos valores son independientes de la edad y son para ambos sexos.

2.2.8. Tratamiento Dietético

El tratamiento dietético está dirigido a:

- Establecer una ingesta nutricional adecuada para lograr o mantener un peso deseado.
- Prevenir la hiperglucemia.
- Reducir el riesgo de arteriosclerosis y de complicaciones.

El cálculo de la dieta para los pacientes diabéticos se realizará de la forma siguiente:

Energía: El aporte energético de la dieta en relación con el requerimiento energético del individuo influye en el control metabólico a largo plazo. Un método muy preciso es el que tiene en cuenta el metabolismo basal. Ecuaciones para estimar la tasa metabólica basal (TMB) y el gasto energético diario a partir del peso corporal en kilogramo y el nivel de actividad física.

La distribución porcentual energética

Recomendada es:

- Hidratos de carbono: 55-60 %.
- Proteínas: 12-20 %.
- Grasas: 20-30 %.

Hidratos de carbono

De la distribución de los hidratos de carbono, al menos 66 % debe ser de lenta absorción, como vegetales, viandas, cereales y leguminosas. Estos hidratos de carbono no dan lugar a elevaciones bruscas de la glucemia después de su ingestión. Los hidratos de carbono simples de rápida absorción (monosacáridos, disacáridos, y oligosacáridos) deberán restringirse. La Asociación Británica de Diabetes (BDA) recomienda el consumo de 25 g de azúcar al día (alrededor de 5 cucharaditas), que son aproximadamente 5 % del total de los hidratos de carbono. En Cuba no es conveniente autorizar el consumo de sacarosa (azúcar), por el riesgo que sobrepase el 5 % antes señalado.

Hoy en día se sabe que las sustancias intercambiables no son necesariamente equivalentes, es decir, que muchos de los alimentos que contienen hidratos de carbono pueden elevar la glucemia. El índice glucémico sirve para medir esta diferencia de composición, los alimentos como el pan blanco y la papa, que tienen un alto índice glucémico, aumentan la glucemia más dramáticamente. Sin embargo, muchos factores influyen en la respuesta corporal a un alimento particular, incluida la cantidad, el tipo de grasas y fibra en la comida; la dosis y el tipo de las medicinas utilizadas; y la función del tracto digestivo.

Proteínas

La distribución recomendada por la American Diabetes Asociación es de 0,8 g/kg/d, con el propósito de disminuir la morbilidad de la nefropatía. El porcentaje de proteínas puede alcanzar 20 % en dietas de 1200 calorías o menos y puede descender a 12 % a niveles energéticos superiores. El pescado, el pollo, y los productos derivados de la leche, bajos en grasas, están entre las fuentes proteicas preferidas.

Fibra

Una dieta alta en fibra mejora el control de la glucemia, Diversos estudios han sugerido que el aumento de la ingestión de fibra dietética soluble puede producir disminución de la glucemia y glucosuria, junto con la reducción de las necesidades de insulina, Dentro de las fuentes de fibra soluble están las frutas, las leguminosas, la avena, las judías, las lentejas y los vegetales se recomienda

El efecto protector del ejercicio puede ser en la prevención de la resistencia a la acción de la insulina, y produciendo una mejor acción de la insulina en los tejidos muscular, adiposo (grasa) y hepático (hígado).

Insulina por la célula Beta, la que normalmente es secretada siguiendo un patrón bifásico caracterizado por una fase inicial aguda, seguida por una fase sostenida, hecho importante a resaltar, ya que uno de los aspectos a considerar en la diabetes mellitus es la pérdida temprana de este pico de liberación aguda y uno de los enfoques del tratamiento está orientado a restituirlo.

El mecanismo por el cual la glucosa estimula la liberación de la insulina requiere de la entrada inicial de glucosa en la célula a través de un transportador que está asociado a la glucosa que fosforila la glucosa y constituye el sensor esencial para que se libere insulina.

La Glucosa es transportada al interior de las células a través de la membrana celular por una familia de proteínas denominadas transportadoras de glucosa GLUT.

En la actualidad la insulina que se emplea para uso terapéutico es la sintética DNA recombinante similar a la humana. En solución diluida como se encuentra en la sangre, la insulina se presenta en forma de monómero. En solución concentrada y en cristales como los que contienen el gránulo secretorio de Insulina y los que se

presentan en los viales de insulina inyectable adopta la forma un hexámero por asociación espontánea de seis monómeros con dos iones de zinc.

Desde el punto de vista terapéutico este hecho explica la absorción lenta de la insulina desde el tejido celular subcutáneo ya que se necesita un tiempo determinado para que la insulina se disperse y disocie la forma manométrica de menor tamaño.

Normalmente la glicemia se mantiene dentro de límites estrechos por el balance entre la entrada de glucosa a la sangre desde el hígado y como consecuencia de la absorción intestinal después de las comidas y la captación de glucosa por los tejidos periféricos como el músculo. La insulina es secretada a un nivel basal bajo entre comidas y a un nivel estimulado más elevado durante las mismas. Así mismo, existe un perfil insulínico variable en las 24 horas del día; en las mañanas y en la primera parte de la tarde existe mayor sensibilidad por lo tanto menor necesidad basal de insulina, en la segunda parte de la tarde hay menor sensibilidad lo que indica mayor necesidad basal de insulina. En la primera parte de la noche la sensibilidad vuelve a aumentar, disminuyendo la necesidad basal de insulina y en la segunda parte de la noche se invierte la situación. Estos aspectos son importantes para graduar la dosis y el tipo de insulina a utilizar y son los responsables de la variabilidad de los niveles de glucosa durante las 24 horas y de la posible hiperglicemia o hipoglicemia que se pueda presentar.

El cerebro consume alrededor del 80% de la glucosa utilizada durante el reposo en ayunas, siendo su principal combustible, por lo que este depende críticamente del mantenimiento de niveles sanguíneos de glucosa normal.

Se necesitan cantidades relativamente bajas de insulina como las producidas por su secreción basal para suprimir la producción hepática de glucosa; a concentraciones más elevadas de insulina como las que suceden después de las comidas, la captación de

glucosa por los tejidos periféricos es estimulada en forma mediada por GLUT-4. Cuando existe niveles elevados de insulina como en el caso de la Diabetes mellitus tipo 2 y en la obesidad, se presenta una regulación por disminución del receptor lo que ocasiona un menor número de ellos a nivel de la superficie celular y por lo tanto una disminución en la sensibilidad a la insulina.

Otro problema frecuente son las prótesis desadaptadas que causan maltrato en la cavidad oral y dificultades en la masticación y trituración de los alimentos.

Estas deben revisarse con periodicidad, cambiarse cada cinco años y deben retirarse durante la noche para permitir a los tejidos su recuperación. Algunas personas ancianas sufren de sequedad oral, xerostomía, según algunos especialistas porque hay hipofunción de las glándulas salivares, produciendo menos saliva. Para otros este problema se produce más como un efecto colateral de los medicamentos consumidos, pues existen más de cuatrocientos de ellos como generadores de xerostomía sea cual sea la razón, la disminución en la producción de la saliva afecta el inicio de la digestión de los alimentos en la cavidad oral, la cual puede mejorarse un poco al acompañar el consumo de los alimentos con líquido en cantidades apropiadas.

Adicionalmente muchos adultos mayores tienen dificultades para tener buenos hábitos de higiene oral porque están impedidos, han perdido la habilidad manual, tienen temblor fisiológico en las manos, han suspendido el hábito o no tienen los elementos necesarios para realizarla. “En cuanto al sentido del gusto, se evidencia reducción de un 80% de las papilas gustativas anteriores, con la consiguiente pérdida de la habilidad para diferenciar sabores especialmente el dulce y el ácido, disminución en la sensación de calor o frío, lo que los hace susceptible a quemaduras en la mucosa oral por la tendencia a ingerir alimentos muy calientes, adicionalmente puede haber pérdida de la elasticidad de músculos y cartílagos laríngeos, sumado a la

atrofia de la mucosa oral y disminución de la sensibilidad del reflejo tusígeno y de la deglución”.

Lo cual altera la alimentación, Para superar o disminuir las dificultades mencionadas, los adultos mayores necesitan la ayuda de sus familiares, de la comunidad y de las personas del equipo de la salud, para que los comprendan, orienten y apoyen con conciencia y compromiso en sus limitaciones. Esta ayuda se manifiesta al modificar la preparación de los alimentos en consistencia, textura contenido y variedad o, en la orientación sobre estos cambios de acuerdo a cada caso. En general se recomienda evitar los excesos en el uso de sal, azúcar, grasas saturadas y tomar los alimentos no muy calientes.

Necesidades de nutrientes

Las necesidades de los nutrientes no cambian en la vejez a no ser que se tengan otras patologías de base. Las personas mayores de 60 años tienen necesidades de energía, nutrientes y alimentos especiales. Aunque existen pautas generales para orientar estos aspectos, cada anciano tiene su propia forma de envejecer, sus dolencias y sus patologías, y su forma de asumirse como viejo. La ignorancia sobre aspectos de alimentación y nutrición, las limitaciones económicas, el estilo de vida, las incapacidades físicas que interfieren con la compra, la preparación y el consumo de alimentos, la soledad, los trastornos mentales y el consumo de medicamentos que interfiere con la absorción de los nutrientes son aspectos que pueden afectar la nutrición. Se recomienda que las personas de la tercera edad realicen un número adecuado de comidas, entre 4 a 6, dependiendo de su salud, sus hábitos y cultura. Estas comidas deben llevar variedad de alimentos de todos los grupos: leche y derivados; carnes, pollo, pescado, huevo, leguminosas, mezclas vegetales; frutas y verduras; cereales y derivados, tubérculos, raíces, plátanos, grasas y azúcares. Estos alimentos pueden ir modificados en su contenido nutricional, por ejemplo, productos descremados o alimentos

fortificados o enriquecidos; modificados también en la preparación, con baja sal, poco dulce, poca grasa saturada; modificados en su consistencia, trozos pequeños, molidos, licuados, en sopas o purés. También se pueden dar suplementos nutricionales en casos necesarios.

Hábitos en personas adultas mayores.

Teniendo en cuenta el concepto definido por la Organización Panamericana de la Salud - (OPS), y basados en la esperanza de vida para la ciudad de Medellín- Colombia, se entiende como adulto mayor a toda persona de 65 años o más, la cual se encuentra en una etapa con presencia de deficiencias funcionales, como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionados por aspectos genéticos, estilos de vida y factores ambientales. Envejecer se constituye en un proceso cambiante tanto a nivel fisiológico como social. En un sentido más amplio, se puede asumir que el envejecimiento resulta de la suma de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en todos los organismos desde su concepción hasta su muerte.

Dichos cambios que el adulto mayor experimenta, pueden ser modificados por los patrones de alimentación y el estado nutricional. Se ha conocido como los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento lo que disminuye la calidad de vida de éste colectivo humano. Algunos cambios del envejecimiento que inciden en la alimentación y en el estado nutricional del adulto mayor son:

- Factores físicos como problemas de masticación, salivación y deglución, discapacidad y minusvalía, deterioro sensorial, hipofunción digestiva.

- Factores fisiológicos como disminución del metabolismo basal, trastornos del metabolismo de hidratos de carbono de absorción rápida, cambios en la composición corporal, interacciones fármacos - nutrientes, menor actividad física, soledad, depresión, aislamiento y anorexia.
- Factores psicosociales: pobreza, limitación de recursos, inadecuados hábitos alimentarios.

Estos aspectos contribuyen a la fragilización del individuo, entendida esta como una condición que se encuentra con frecuencia y genera una morbilidad y mortalidad importante. La alimentación, el estado nutricional y la actividad física que realiza cada individuo influyen en la evolución de la fragilización, la malnutrición por lo tanto puede ser el origen o la consecuencia de la misma. Los marcadores predictivos de fragilidad son los criterios médicos, funcionales y socio demográficos.

Para unos, el término de fragilidad lo marca la coexistencia de determinados procesos clínicos, para otros la dependencia en las actividades de la vida diaria y para otros la necesidad de cuidados institucionales, el concepto de fragilidad entendido de modo independiente a la incapacidad es un concepto multifactorial. El anciano frágil tiene aumentado el riesgo de incapacidad y muerte ante mínimos factores estresantes externos, deteriorantes del estado de salud.

El estado de salud física y mental de las personas mayores depende en gran parte de la forma de alimentarse en la infancia y la edad adulta. En la calidad de vida y longevidad influyen los hábitos de alimentación y otros factores de tipo psico-social que determinan la seguridad alimentaria y nutricional de este grupo de población como la soledad, la falta de recursos económicos, la baja disponibilidad de alimentos, la anorexia, las enfermedades crónicas entre otras, las cuales determinan el consumo de alimentos y el estado nutricional.

Además de los cambios físicos, la persona que envejece se enfrenta a cambios sociales que de manera directa o indirecta contribuyen al proceso de fragilización. Anteriormente la sociedad veía el adulto mayor con respeto, actualmente se han creado una serie de mitos alrededor de la vejez que la asocian con enfermedad, inutilidad y debilidad. Este punto de vista moderno hace que el adulto mayor asuma este estereotipo legitimado por la sociedad. Si bien la vejez genera limitaciones a los sujetos, también genera potenciales únicos y distintivos como la serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social.

Con el propósito de aportar a la comprensión de los aspectos mencionados anteriormente y de identificar procesos protectores y deterioran tes en salud, en este estudio se indagaron diferentes aspectos relacionados con la alimentación de este grupo de población.

Estilo de Vida

Aunque el interés por el estudio de los estilos de vida saludables ha tenido su punto más álgido en la década de los 80 del siglo pasado, el concepto de estilo de vida no constituye un ámbito de estudio nuevo. Por el contrario, desde hace ya mucho tiempo este concepto ha sido un tema de estudio abordado por disciplinas como la sociología y el psicoanálisis y desde hace ya relativamente menos por la antropología, la medicina y la psicología de la salud. En general, desde todas estas orientaciones se entiende el estilo de vida como "la forma de vida de las personas o de los grupos.

En el enfoque sociológico se consideraba que las variables sociales eran los principales determinantes de la adopción y del mantenimiento de un estilo de vida determinado, mientras que desde el psicoanálisis los determinantes se desplazaron desde la sociedad al individuo y a su personalidad. A mediados del siglo

XX, la antropología abordó el estudio de los estilos de vida desde un enfoque cultural y la medicina desde un enfoque biologicista, defendiendo que las personas tienen estilos de vida sanos o insanos por su propia voluntad, recayendo por lo tanto la responsabilidad sobre las personas y no sobre las instituciones en la 31 sesión del comité regional de la OMS para Europa, se ofreció una definición del estilo de vida que lo describía como "una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales" Aunque no se introdujo una definición concreta para el término de estilo de vida saludable, esta conceptualización de estilo de vida en general ha servido de base a los investigadores para clarificar este término.

A pesar de no existir una definición unánime, la mayoría de los autores definen los estilos de vida saludables como un "conjunto de patrones conductuales que poseen repercusiones para la salud de las personas". En lo que ya no todos coinciden es si estos patrones conductuales son elegidos voluntaria o involuntariamente por las personas. Mientras que el modelo médico ha defendido el carácter exclusivamente voluntario de tal elección, los autores de orientación psicosocial entienden la elección como involuntaria en cierta medida ya que reconocen la influencia de las variables psicosociales en la adquisición y mantenimiento de los estilos de vida.

En resumen, desde los modelos psicosociales podemos definir el estilo de vida saludable como un "conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud". Por patrones conductuales entendemos formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que se pueden entender como hábito cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones estos hábitos se aprenden a lo largo del proceso de

socialización del individuo y una vez adquiridos son difíciles de modificar.

Calidad de vida. El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

Los indicadores sociales y económicos permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos.

La expresión "Calidad de Vida" comienza a definirse, como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional), a mediados de los 70 y comienzos de los 80. Transcurridos 25 años, aún existe una falta de consenso sobre la definición del constructo y su evaluación. Así aunque históricamente han existido dos aproximaciones básicas: aquella que lo concibe como una entidad unitaria y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios, todavía en 1995, encontraron diversos modelos conceptuales de calidad de vida ha sido definida como "la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida es definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y

expectativas". Para ello, han estudiado diferentes indicadores: Sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.); Psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); Ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente) y Enfoques Cualitativos que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

A pesar de esta aparente falta de acuerdo entre los investigadores sobre la definición de calidad de vida y la metodología utilizada para su estudio, el concepto ha tenido un impacto significativo en la evaluación y planificación de servicios durante los últimos años.

Por tanto, el concepto calidad de vida es relativo, como lo son otros (bienestar, felicidad, etc.

Resulta evidente que hay muchos condicionamientos que influyen en este aspecto (físicos, psíquicos, sociales, espirituales, culturales, filosóficos, médicos, etc.) y que tienen mucho que ver con la valoración que la persona haga sobre sí misma. La calidad de vida, pertenece al ámbito de la subjetividad, pero tiene mucho que ver con el mapa de la objetividad que envuelva a la persona

El profesional Nutricionista

Realizara el Diagnostico Nutricional a través de la evaluación antropométrica índice de masa corporal según criterios de OMS, circunferencia de cintura y la ingesta habitual del paciente. A punto de partida de dicho diagnóstico planteará los objetivos de tratamiento focalizando en los siguientes aspectos

- Recuperar o mantener el Estado Nutricional

- Mantener un perfil lipídico que reduzca el riesgo de enfermedades vasculares.
- Mantenimiento de los niveles de PA que reduzcan riesgo para la enfermedad vascular

2.2.9. La alimentación

Es lo importante de nuestra vida, pues nos mantiene activos y con energía, es por esta razón que debemos cuidar todo lo que ingerimos para que no nos haga daño, es por este motivo que en el presente trabajo que pongo a consideración, vamos a saber si todos los alimentos que ingerimos trae beneficios o perjuicios para nuestra salud.

Alimentarse bien es imprescindible para la vida diaria. La cantidad de proteínas, grasas, azúcares, vitaminas y otros nutrientes es básica para que nuestro cuerpo funcione correctamente.

La calidad de la alimentación depende mucho de dos factores que son lo económico y lo cultural, por eso en la actualidad hay personas que están al borde de la muerte por haber consumido alimentos no beneficiosos para su salud por no tener una buena situación económica

La alimentación consiste en proporcionar al cuerpo los nutrientes que necesita no solo para estar en forma sino, ante todo, para vivir. Las tres principales clases de nutrientes son: las proteínas, las grasas y los carbohidratos, todos los cuales dan energía al cuerpo y le permiten crecer y subsistir; hay que comerlos a diario y en cantidad considerable para mantener una buena salud.

Pero hay que escogerlos con muy buen juicio, lo cual no siempre es fácil, puesto que muchas ideas tradicionales han sido modificadas o incluso radicalmente cambiadas conforme la ciencia ha adelantado en su conocimiento acerca de cómo el organismo los utiliza.

Por ejemplo, hasta hace poco se consideraba que la carne era una excelente fuente de proteína y que, para una buena alimentación, había que comer mucha carne de res. Hasta cierto punto no se carecía de razón, dado que las proteínas son indispensables y la carne de res las contiene de la mejor calidad y en abundancia; pero, por otra parte, es difícil comerla en gran cantidad sin ingerir al mismo tiempo mucha grasa animal, que es perjudicial.

Además, los especialistas en nutrición han hallado que no tiene caso suministrar al organismo más de las proteínas que necesita; y como las proteínas de ciertas gramíneas y legumbres no son de segunda clase, como a veces suele decirse, sino de primera calidad cuando se combinan en la forma adecuada, resulta que es mucho más saludable comer una mezcla equilibrada de proteínas animales y vegetales que comer en cantidad preponderante las de origen animal.

2.2.9.1. LAS PROTEINAS

El cuerpo humano está hecho de proteínas y los componentes de las células que impiden que éstas se desintegren y que les permite realizar sus funciones, constan básicamente de proteína. Para una explicación sencilla, podría decirse que cada tipo de proteína está formado por una serie específica de “tabiques” estos se denominan aminoácidos. El cuerpo humano necesita unos 22 aminoácidos para formar todas las proteínas de que se compone, en sus células se fabrican 14 tipos de aminoácidos, pero los restantes, llamado aminoácidos esenciales, tiene que obtenerlos de la comida. Gran parte de la actividad química del organismo consiste en deshacer las series de tabiques presentes en los alimentos y reordenarlas para formar otras series, es decir, otras proteínas.

2.2.9.2. LOS CARBOHIDRATOS

Los carbohidratos son los nutrientes más menospreciados, pero proporcionan energía al organismo, lo ayudan a regular la desintegración de las proteínas y lo protegen de las toxinas.

La glucosa, por ejemplo, es el principal combustible del cuerpo humano, en cuyas células también pueden utilizar otros combustibles, entre ellos grasas, la glucosa es uno de los carbohidratos llamados monosacáridos, es decir, sustancias de sabor dulce, compuestas de una sola molécula.

Los polisacáridos, de los cuales el más importante es el almidón, suelen denominarse carbohidratos completos y constan de muchas moléculas de monosacáridos, el organismo los descompone en dos o más carbohidratos simples. Se hallan en las frutas, verduras y gramíneas y son muy nutritivos, pues, además de los monosacáridos, se componen de vitaminas, minerales, proteínas y fibra. Los polisacáridos son relativamente lentos de digerir por eso quitan la sensación de hambre.

2.2.9.3 .LAS GRASAS

Las grasas son parte indispensable de la alimentación, pero no todas son saludables si se ingieren en cantidad excesiva.

Todas las grasas comestibles se componen de ácidos grasos: largas moléculas de carbono, hidrogeno y oxígeno; permiten obtener más del doble de energía que los carbohidratos, y contienen vitaminas A, D, E, y K. El organismos necesita las grasas para crecer y restaurarse, y además las almacena en los tejidos para mantenerse a una temperatura constante y para protegerse de la intemperie y de las contusiones.

En nutrición, la principal característica de las grasas es su grado de saturación, que se refiere a su estructura molecular. Las grasas insaturadas no propician tanta acumulación de colesterol en la sangre como las saturadas, como el exceso de colesterol en

la sangre puede causar trastornos cardiacos, lo más aconsejable es comer pocas grasas saturadas. En general se recomienda que la ingestión de grasa se reduzca a un 30 por ciento o menos del total de calorías ingeridas, y que las grasas saturadas no excedan del 10 por ciento de dicho total.

Todas las grasas comestibles son una mezcla de ácidos grasos saturados e insaturados, pero por lo regular las de origen animal son mas saturadas que las de origen vegetal; las excepciones son las carnes de ave y el pescado, cuyas grasas tienden a ser insaturadas, y el aceite de coco, que aun siendo de origen vegetal contiene abundantes ácidos grasos saturad

2.2.9.4. EL COLESTEROL

El colesterol es una sustancia cerosa y compleja que forma parte de las membranas celulares. El organismo lo aprovecha también para producir vitamina D, hormonas, acido biliar y para formar tejido nervioso. Es transportado en el torrente sanguíneo por las lipoproteínas, es decir, proteínas que contienen lípidos o grasas. Según ciertos estudios al aumentar en la sangre la cantidad de colesterol, es mayor el riesgo de sufrir enfermedades cardiacas.

El colesterol se encuentra en los alimentos, pero solo el 15 por ciento de todo el colesterol presente en la sangre procede de la comida, lo cual significa que si se reduce al mínimo la ingestión de colesterol, de todas formas el efecto que ello tendrá en la sangre será casi insignificante dado que en su mayor parte éste lo produce el propio organismo en el hígado. Por otra parte, se considera que la excesiva ingestión de grasas saturadas estimula la producción de colesterol en el hígado.

El tipo de lipoproteína que transporta al colesterol en el organismo desempeña un papel importante entre los factores que hacen aumentar el riesgo de sufrir una trombosis coronaria. La mayor parte del colesterol sanguíneo se enlaza químicamente a

lipoproteínas de baja densidad, y éste es el peligroso en cuanto al estado de salud.

En cambio, otra parte del colesterol sanguíneo se enlaza a lipoproteínas de alta densidad y parece ayudar a prevenir la trombosis coronaria, por lo cual se considera que cuanto mayor sea su presencia en la sangre, tanto mejor será su efecto para la salud.

Desde el punto de vista de la alimentación, lo que conviene hacer es tratar de que aumente la cantidad de colesterol benéfico y que disminuya la de colesterol dañino. Por ejemplo, si habitualmente se ingieren entre 450 y 500 mg diario de colesterol, habrá que reducir esa cantidad 300 mg, que según muchos cardiólogos es el límite máximo aconsejable. Para lograrlo bastara moderar la ingestión de huevos y vísceras; además, convendría hacer ejercicio, lo cual ayuda a incrementar en cierta medida la cantidad de colesterol benéfico.

Por último, es recomendable hacerse cada año un análisis de nivel de colesterol presente en la sangre, sobre todo en el caso de los hombres a partir de la edad madura.

El organismo necesita obtener de los alimentos alrededor de 40 nutrientes esenciales: vitaminas, minerales, proteínas y grasa que no pueden producir por sí mismo, o no en cantidad suficiente.

Para satisfacer la necesidad de nutrientes hay que comer gran cantidad de alimentos. Por lo general, cada alimento contiene varios nutrientes, pero ninguno los contiene todos; además el tipo y cantidad de nutrientes contenidos en determinado alimento pueden ser escasos. Por ejemplo, la leche contiene proteínas, grasas, carbohidratos, calcio, fósforo, riboflavina y otras vitaminas del grupo B y vitaminas A y D, pero en cambio tiene muy poco hierro y muy poca vitamina C. La falta de un nutriente no puede compensarse con una sobre indigestión de otro.

2.2.9.5. LOS MINERALES

Los minerales son sustancias inorgánicas, que el cuerpo necesita para formar los huesos, dientes, y glóbulos rojos, para secundar las reacciones químicas celulares y para regular los líquidos corporales. Los minerales esenciales (o indispensables para la vida del organismo) se clasifican en dos grupos: los micro minerales- calcio, cloro,

EL PAN Y LOS CEREALES

Los alimentos pertenecientes a este grupo engordan mucho menos de lo que suele creerse (lo que sí engordan son los azúcares y las grasas que generalmente se le añaden). Todos los alimentos de este grupo contienen vitaminas B y hierro; y además, si son del tipo integral, aportan al organismo fibra, magnesio, zinc y ácido fólico.

LAS VERDURAS Y LEGUMBRES.

El término verduras se refiere no solo a las hortalizas de color verde sino a muchas otras, como los tomates, la remolacha, la coliflor, los rábanos, el nabo, las cebollas, las papas, las zanahorias, etc. Por su parte, el término legumbres incluye los frijoles, habas, alubias, lentejas, garbanzos, y otros frutos y semillas que crecen en vainas.

En general, en nuestro país es rica la variedad en ciertas legumbres pero bastante escasa en verduras, que suelen ser relegadas a un segundo plano, meramente decorativo en ocasiones. Y lo cierto es que hay que comer muchas verduras para conservar la buena salud. Por ejemplo, las zanahorias y el tomate que contienen mucha vitamina A, al igual que las verduras de hojas verdes y de color verde oscuro que contienen hierro y calcio. Por su parte, las hortalizas crucíferas, tales como la coliflor y el brócoli, parecen ayudar a prevenir ciertos tipos de cáncer.

Por su parte, las legumbres contienen carbohidratos, fibra, vitaminas C y B6, hierro y magnesio. El fríjol, los garbanzos y los chícharos secos contienen proteínas, ácido fólico, fósforo y zinc.

LAS FRUTAS

Todas las frutas, es especial los cítricos, contienen vitamina C, ácido fólico, potasio y otros nutrientes; en cambio, aportan calorías, sodio y grasas. Aquellas cuyas semillas y piel son comestibles proporcionan bastante fibras.

CARNES, PESCADOS Y HUEVOS

Estos alimentos son muy ricos en proteínas y contienen fósforo, niacina y en menor cantidad, hierro, zinc y otros minerales y vitaminas B6 y B12. Algunas carnes (la de cerdo y ciertos cortes de carne de res) contienen mucha grasas y calorías, pero otras (aves) las contienen en cantidad moderada.

LA LECHE Y LOS LACTEOS

La leche, la crema, el yogur, el queso y la mantequilla, son la principal fuente de calcio en la alimentación. También contienen bastantes proteínas y vitaminas A, B2 (riboflavina), B6 y B12. La leche entera y sus derivados contienen más grasas y calorías que la leche descremada y sus derivados.

GRASAS, POSTRES PREPARADOS Y ALCOHOL

Aunque tentadores a la vista y al paladar, estos alimentos contienen muchas calorías y casi nada más, su ingestión debe apegarse a las necesidades calóricas de cada persona que los consume.

LA ALIMENTACION Y EL AGUA.

El agua se ingiere no solo al beber sino también al comer, pues casi todos los alimentos la contienen en abundancia: las frutas y verduras contienen 80% de agua; el arroz y las pastas hervidos, un 70%, y el pan alrededor de 35%. Por tanto, generalmente no

se necesita beber más de 6 a 8 vasos de agua por día (es decir, alrededor de unos dos litros).

Es raro que el organismo padezca por falta de agua. Los atletas y quienes hacen ejercicios vigorosos pierden sodio, potasio y cloro, además de agua pero por lo común la alimentación normal permite reponerlos; además, los riñones tienen capacidad para regular los niveles de aguas, sodio y potasio en la orina cuando la ingestión de dichos elementos sufre alteraciones o cuando se suda intensamente. No se necesita tomar pastillas de sal, ni bebidas, polvos o alimentos especiales para deportistas; en realidad, aun cuando dichos productos son dulces y apagan la sed, tienden a ser de la persona beba menos agua lo cual es más perjudicial que beneficioso. Si una persona bebe demasiada agua, no tiene por qué inquietarse: los riñones se encargaran de eliminar el exceso; además, en realidad el agua no engorda puesto que no contiene calorías. En cambio, los refrescos, las bebidas alcohólicas, las limonadas, los jugos y las malteadas son muy ricos en calorías.

A veces las dietas alteran el equilibrio de los líquidos corporales; las dietas drásticas para adelgazar, por ejemplo engañan al hacer que el cuerpo pierda agua, pero solo por corto tiempo. Las bebidas alcohólicas, el café, el te y algunos refrescos hechos a base de cola producen cierto efecto diurético que, en casos extremos, puede provocar deshidratación al afectar al sistema cardiocirculatorio y dificultar la eliminación del calor corporal excesivo, la deshidratación grave ocurre cuando el cuerpo pierde más de 2% de su peso; hace que aumente la temperatura corporal y la frecuencia cardiaca y provoca fatiga, apatía y mal desempeño físico.

En la vejez, como en todas las etapas de la vida, la alimentación

EL APARATO DIGESTIVO

Para que el organismo obtenga provecho de los alimentos tiene que someterlos a una serie de cambios físicos y químicos. La función del aparato digestivo es desbaratar las complejas moléculas de proteínas,

carbohidratos y grasas en moléculas reducidas, asimilar las que el cuerpo necesita y expeler los residuos.

Lo anterior supone que diversos procesos mecánicos y químicos, por ejemplo, la masticación es un proceso mecánico, al igual que los movimientos musculares del estómago y los intestinos; en cambio, las hormonas provocan la secreción de otras sustancias químicas - ácidos, enzimas y bilis - que ayudan a descomponer las partículas y moléculas alimenticias y a extraer los nutrientes.

La mala alimentación puede ocasionar diversos trastornos, desde caries hasta cálculos biliares y quizás incluso cánceres del aparato digestivo. El estrés y los trastornos afectivos también perjudican la función digestiva y pueden ocasionar úlceras gástricas y la nutrición juega un papel fundamental para la salud y el bienestar. No significa solo una fuente de nutrientes, sino un vínculo al placer, a la vida social y afectiva, a la comunicación, a la cultura, a las costumbres, a los hábitos y a la vida familiar y comunitaria. No alimentarse adecuadamente conlleva al riesgo de tener problemas de malnutrición, tanto por excesos como por deficiencias, alteraciones del sistema inmunológico, aislamiento social, tristeza, pérdida de las ganas de vivir y de disfrutar

Características que afectan la alimentación y la nutrición en la Vejez Salud bucal.- Lo ideal sería que los seres humanos llegaran a la vejez con la dentadura natural en buen estado, este puede ser un buen propósito para cuidar la salud oral desde la gestación, pero la realidad es que en la mayoría de los casos los ancianos, y especialmente los que están en situación de pobreza, tienen la dentadura en mal estado, con ortodoncia total o parcial que limita

la masticación adecuada, especialmente de alimentos duros, y exige cambios en la consistencia de los mismos (puré, molidos, flanes, sopas, coladas, jugos, gelatinas.

TEÓRICAS QUE DAN SUSTENTO A LA INVESTIGACIÓN

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender

Se cree conveniente citar el modelo teórico de la enfermera Nola Pender que a continuación se pasa a detallar:

El modelo de promoción de la salud se basa en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, que postula sobre la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta. Identifica en el individuo factores cognitivo-perceptuales, que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud cuando existe una pauta para la acción.

Los siguientes factores son factores cognitivo-perceptuales y se definen como “mecanismos motivacionales primarios” de las actividades relacionadas con la promoción de la salud:

- Importancia de la salud. Los individuos que conceden gran importancia a su salud es más probable que traten de conservarla.
- Control de la salud percibido. La percepción que el individuo tiene de su propia capacidad para modificar su salud, puede motivar su deseo de salud.
- Autoeficacia percibida. La convicción por parte del individuo de que una conducta es posible pueda influir la realización de dicha conducta.
- Definición de la salud. La definición del individuo sobre lo que significa la salud, que puede ir desde la ausencia de enfermedad

hasta un alto nivel de bienestar, puede influir las modificaciones conductuales que este intente realizar.

- Estado de salud percibido. El encontrarse bien o encontrarse enfermo en un determinado momento puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas promotoras de la salud.
- Beneficios percibidos de las conductas. Los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de la salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altos.
- Barreras percibidas para las conductas promotoras de la salud. La creencia del individuo de que una actividad o una conducta son difíciles o inviable puede influir su intención de llevarla a cabo.

Otros factores modificantes, como son la edad, el sexo, la educación, la ingesta, el peso corporal, los patrones familiares sobre las conductas en cuanto a cuidados sanitarios y las expectativas de los allegados desempeñan también un papel importante en la determinación de las conductas respecto a los cuidados sanitarios. Estos factores modificantes se consideran como una influencia indirecta sobre la conducta, mientras que los factores cognitivo-perceptuales actúan directamente sobre ella.

La salud se considera como un estado altamente positivo. Se considera que el individuo sigue una trayectoria dirigida hacia la salud. La definición de salud para sí mismo del individuo, tiene más importancia que un enunciado denotativo general sobre la salud. ⁽²⁵⁾

MADELEINER LEININGER

“Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales” Considera que los cuidados son el tema central de la atención de la ciencia y ejercicio profesional de enfermería.

Definió como el área de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte. Los cuidados sirven para mejorar o perfeccionar la situación o las formas de vida de los individuos. Esta teoría contribuye en la investigación porque permitirá comprender la naturaleza cultural de las cuidadoras.

2.3. DEFINICION DE TÉRMINOS

Alimentación:

Es el proceso mediante el cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos con el objetivo de recibir los nutrientes necesarios para sobrevivir.

Habitual

Se refiere a aquello que se realiza, tiene o sufre de manera continuada o con frecuencia.

Diabetes

Enfermedad crónica e irreversible del metabolismo en la que se produce un exceso de glucosa o azúcar en la sangre y en la orina; es debida a una disminución de la secreción de la hormona insulina o a una deficiencia de su acción.

Cuantitativa

Es un adjetivo que está vinculado a la cantidad. Este concepto, por su parte, hace referencia a una cuantía, una magnitud, una porción o un número de cosas.

Cualitativa

Hace referencia a las cualidades específicas que tiene un objeto o una persona. Se refiere a la calidad de dicho objeto y se usa para describir

cómo es el objeto. Por ejemplo: bueno, malo, aburrido, oscuro, claro, suave, sucio, feo, bello.

2.4.- HIPOTESIS

Ha.-La alimentación habitual de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el servicio de geriatría del policlínico de Chosica, es adecuada en cantidad y calidad

H°.-La alimentación habitual de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el servicio de geriatría del policlínico de Chosica, no es adecuada en cantidad y calidad

2.5. VARIABLES

Es univariable

Alimentación Habitual de los pacientes adultos mayores

2.5.1.- Definición conceptual de variable

Se entiende por Alimentación Habitual a los alimentos que generablemente consumen según sus preferencias y/o según su patología.

2.5.2. Definición operacional de variables

Será teniendo en la elección señalada por consumo diario en:
Adecuada e inadecuada

CAPITULO III: MATERIAL Y METODO

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Tipo Cuantitativo

Porque no manipula ninguna de las variables de estudio solamente se utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y se confía en la medición numérica.

Nivel de la Investigación.

Es de nivel, **descriptivo** porque describe y/o estudia a la variable tal como se presenta en la realidad.

Es de corte Transversal:

Porque la información se obtiene en un determinado espacio y tiempo.

3.2.- DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se llevó a cabo en el servicio de geriatría del policlínico de Chosica donde se atienden los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 donde se desarrolló el marco situacional, marco teórico conceptual, diseño, problema, variables, indicadores y trabajo de campo cualitativo, población, muestra, grupo homogéneo, estudio estadístico, análisis de resultados o análisis cualitativos

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

Población

En el servicio de Geriátría del policlínico de Essalud - Chosica, fueron atendidos 30 pacientes por patología considerada como Diabetes Mellitus Tipo II

Muestra

Fue de manera no probabilística e intencional ya que se consideró al total de la población como muestra de 30 adultos mayores que se atienden en el servicio de geriatría del policlínico Chosica. Considerando los criterios de inclusión y exclusión.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas

Se hizo uso de herramientas de recolección de información acorde a las necesidades de la investigación, partiendo del uso de un registro único de los pacientes diagnosticados con diabetes y la medición de antropométrica de los mismos, además, se considera que el diagnóstico sea personalizado, es decir, contar con una base de datos individualizada que recoja los aspectos socioeconómicos y de hábitos alimentarios de cada persona, para ello se diseñará y aplicará una encuesta Instrumentos

Se utilizó como guía de evaluación un cuestionario de 25 preguntas que es la escala de Likert.

3.5.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

3.5.1.-Validez Delfos o de jueces

Para validar el contenido de los instrumentos del presente estudio fueron sometidos a un juicio de expertos, a quienes se les planteó una serie de cuestiones en cuanto al contenido del instrumento y a su estructura. A cada juez se le proporcionó una documentación respectiva: oficio, hoja de instrucciones, constancia de validación, matriz de consistencia y los respectivos instrumentos, con la finalidad de realizar la validez del contenido de cada uno de ellos,

emitiendo su punto de vista con respecto a las dimensiones y reactivos del instrumento. Las recomendaciones se usarán para mejorar el instrumento. Se aplicará la prueba binomial para determinar la significancia de los reactivos.

3.5.2.-Validez de confiabilidad

Para determinar la confiabilidad del instrumento se empleó el Alfa de Crombach, esta prueba estadística permite estimar la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados.

3.6.- PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

- Se solicitó la autorización y los permisos respectivos para la ejecución del estudio, a través de dirección y el policlínico
- Capacitación al equipo de encuestadores para la aplicación de los instrumentos.
- Aplicación de instrumentos en base a las fechas programadas. Luego de la aplicación de los mismos se agradecerá la participación de la muestra en estudio..
- El control de calidad de los instrumentos de recolección de datos será continuo durante todo el estudio de investigación.
- Revisión de los datos. Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección para el control de calidad.
- Codificación de los datos. Se codifico los datos en la etapa de recolección para poder diferenciar los diferentes tipos de datos y variables en estudio.
- Clasificación de los datos. Se clasifico los datos en variables cualitativas y cuantitativas.
- Procesamiento de los datos. Para dicho procedimiento se utilizará el programa SPSS 22 for Windows.

- Plan de tabulación. Con la base de los datos que se obtenga y para responder al problema y objetivos planteados en el presente proyecto de investigación, se tabularán los datos en tablas de frecuencia y porcentajes, para la parte descriptiva de la investigación, lo cual facilitará la observación de las características de ambas variables.
- Presentación de los datos. Se presentaran los datos en tablas académicas y en gráficos para su respectivo análisis e interpretación.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA: 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO II ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA

CARACTERÍSTICAS	TOTAL	
	N	%
EDAD		
65 a 75 años	20	67
76 a 80 años	10	33
81 a más	--	--
TOTAL	30	100
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Secundaria incompleta	6	27
Secundaria Completa	22	73
TOTAL	30	100
ESTADO CIVIL		
VIUDA	10	33
SOLTERA(0)	8	27
CONVIVIENTE	12	40
TOTAL	30	100
GENERO		
Femenino	18	60
Masculino	12	40
TOTAL	30	100

Interpretación: El 67%(20) pacientes tienen 65 a 75 años, seguida por el 33%(10) de 76 a 80 años. Asimismo el 73%(22) tienen secundaria completa y el 27%(6) secundaria incompleta, respecto al estado civil el 40%(12) es conviviente, el 33%(10) son viudas. Según la edad se observa que 60%(18) son de género femenino y el 40%(12) son de género masculino

TABLA: 2

**ALIMENTACIÓN HABITUAL EN LA DIMENSIÓN
REGISTRO DE ALIMENTACIÓN DIARIA CUALITATIVA
(ADECUADOS E INADECUADOS) DE LOS PACIENTES
ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO II**

Alimentación habitual	N°	%
- Adecuados	20	67
-Inadecuados	10	13
Total	30	100

Interpretación: Se observa que en la dimensión registro de alimentación diaria cualitativa el 67% (20) tienen una alimentación diaria de calidad y el 13%(4) no tienen una alimentación adecuada es decir no eligen calidad sino cantidad

TABLA: 3

ALIMENTACIÓN HABITUAL EN LA DIMENSIÓN REGISTRO DE ALIMENTACIÓN DIARIA CUANTITATIVA (N° DE COMIDAS Y HORARIO) DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

NIVEL	N°	%
-Inadecuada	11	37
-Adecuada	19	63
Total	30	100

Interpretación: Según la alimentación habitual en la dimensión registro diario cuantitativa (N° de comidas y horario) se encontró que el 63%(19) es adecuada y en el 37%(11) es inadecuada

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

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 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 revisando los resultados de este estudio podemos ver que predomina también la enfermedad en el 60% de las mujeres cuyas edades fluctúan entre los 65 a 75 años que han cursado secundaria completa y actualmente el 33%(10) son viudas y el 42%(12) son convivientes

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. El logro de un peso corporal adecuado va y debe ir de la mano con el cuidado en la elección y cantidad de alimentos ingeridos por los pacientes que ya saben que el control de su vida depende de ellos mismos y que el objetivo de este estudio es reconocer la alimentación habitual de los pacientes encontrando que en el registro de alimentación habitual en la dimensión registro diario cuantitativa (N° de comidas y horario) es en el 63%(19) es adecuada y en el 37%(11) es inadecuada. Asimismo en el registro alimentario de índole cualitativo se encuentra que el 33%(10) también es inadecuado poniendo en riesgo su vida ya que deben estar consiente que el control y poder convivir con su enfermedad depende de ellos

CONCLUSIONES

- ✓ Entre las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 es que predomina el género femenino, el 67%(20) pacientes tienen 65 a 75 años, seguida por el 33%(10) de 76 a 80 años. Asimismo tienen secundaria completa y el 27%(6) secundaria incompleta, respecto al estado civil el 40%(12) es conviviente, el 33%(10) son viudas.

- ✓ La alimentación habitual de los pacientes es adecuada en el mayor porcentaje de adultos mayores pero hay un mínimo pero significativo porcentaje de ellos que no consideran la calidad y cantidad de alimentos que consumen para poder convivir con su enfermedad.

- ✓ En la dimensión registro de alimentación diaria cualitativa el 20%(6) el 67% tienen peso y talla adecuados para su edad, el 20%(6) tienen desnutrición leve y 13% (4) tienen desnutrición crónica.

- ✓ En la alimentación habitual en la dimensión registro diario cuantitativa (N° de comidas y horario) se encontró que el 67%(20) es adecuada y en el 33%(10) es inadecuada

RECOMENDACIONES

- ✓ Elaborar material informativo sobre lo significativo que es el cuidado que deben de tener en la elección y cantidad a seguir en su alimentación los pacientes y entregarlos en cada control de su salud

- ✓ Se recomienda seguir y/o ser más insistentes en promocionar mensajes saludables sobre la prevención de la diabetes y sus complicaciones, a través de medios de comunicación, boletines informativos.

- ✓ Se recomienda que los profesionales de enfermería verifiquen que la consejería nutricional es decir el mensaje haya sido comprendido, mediante encuestas o simples entrevistas a los pacientes.

- ✓ Realizar talleres y sesiones educativas para diabéticos aparte de la consejería individualizada y realizar un monitoreo del paciente diabético para reconocer su adherencia al régimen alimentario considerando sus costumbres e idiosincrasia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Referencias: OMS|Diabetes, Katzung, Bertram G. (2007). «Chapter 41. Pancreatic Hormones & Antidiabetic Drugs.». Basic & Clinical Pharmacology (9 edición). McGraw-Hill. Mohr, Klaus (2004) (en español). Atlas de farmacología. Elsevier, España. pp. 268. Jennifer Mayfield (15 de octubre de 1998). American Academy of Family Physicians (ed.): «Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus: New Criteria.
2. Estudio de prevalencia de Diabetes en el Uruguay. Sociedad de Diabetología y Nutrición .
3. del Uruguay. Asociación de Diabéticos del Uruguay. Dra. Rita Ferrero, Dra. Virginia García.
4. Archivos de Medicina
5. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.
6. MSP junio 2007.
7. Consenso Hipertensión Arterial 2005 .
8. Guía Clínica de DM2 MINSAL , Chile 2006 .
9. Actualización de los estándares de manejo en diabetes ADA 2008. Traducción .
10. Modelo de atención nutricional en clínica. UDELAR ENYD AUDYN 2006 .
11. Programa Nacional de Salud Bucal –MSP- Año 2007. Antibióticos en cirugía buco maxilar
12. Dr. Claudio Jiménez. Cátedra de patología UDELAR-FO material de apoyo.
13. Diabetes al día, julio 2007. Martínez de Jesús. F. Pie Diabético. Atención Integral.
14. McGraw Hill. 2003 .
15. Viadé. J. Pie Diabético. Guía práctica para la prevención, evaluación y tratamiento.
16. Panamericana 2006.
17. Aragón Sanchez.F. Lázaro Martínez.J. Atlas de manejo práctico del pie Diabético.
18. GUIAS ALAD DE DIAGNOSTICO, CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES
19. MELLITUS TIPO 2 .
20. Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. Edición Extraordinaria. editado por Wael Yamil Ali Salloum en 16:54 .
21. FORRESTER, T. (1998). The experience with chronic cardiovascular diseases. Emergence of Western diseases in the tropical world: Br Med Bull ;54:463-473.

22. BUSTOS, P. (2006). Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos jóvenes. Chile: Rev. Méd de Chile.
23. López , P. (2007). Alimentación y nutrición en dislipidemias. México: Oikos-Tau.
24. ÁLVAREZ, C. (2006). Epidemiología de las enfermedades cerebro vasculares en la población cubana. Cuba: Rev. Médica. Cubana de Medicina Interna, , vol. 31.
25. CASTILLO, C. (2007). Guías de alimentación para la población chilena con dislipidemias. Santiago de Chile: Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA).
26. LÓPEZ, J. (2005). Dislipidemias en personas mayores de 60 años. Cuba: Rev. Médica Cubana. Cardiología, vol. 21, No. 3.
27. Comité de Educación Continua de la Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. (2009). Normas para el Diagnóstico y Tratamiento de las Dislipidemias. Chile: Autor.
28. F. (2003). Relación de tabaquismo como factor de riesgo para el tipo de evento coronario aguda (IAM vs. Angina inestable) en 1592 paciente. Colombia: Rev. Médica. Colombiana. Cardiología vol. 10, No. 7.
29. MONTERO, C. (2007). Epidemiología de la Obesidad en siete países de América. Argentina: Rev. Médica Argentina, vol. 5, No. 6.
30. MORALES, R. (2006). El Infarto es la primera causa de muerte en Latinoamérica y su principal factor las dislipidemias. Latino América: Foro de Profesionales Latinoamericanos de Seguridad. Artículo 8031.
31. PONCE, V. (2008). Guía para el diseño de proyectos. México: Autor
32. SOUKI, A., ARIAS, N y ZAMBRANO, N. (2003). Comportamiento del perfil lipídico en una muestra de población adulta de la ciudad de Maracaibo. Colombia: Universidad de Colombia.
33. http://www.scielo.org.ve/scielophp.script=sci_arttext&pid=s798-02642003000100007&Ing=en&nrm=iso
34. ZOSI, M.(2006). Prevalencia de factores de riesgo en la población general. Argentina: Rev. Méd. Argentina. Cardiol, vol. 35, no. 1, p.21-30.
- PanamSalud Pública. (2008). Cambios demográficos y epidemiológicos en América Latina; Dislipidemias: Autor.

ANEXOS

MATRIZ DE CONCISTENCIA

ALIMENTACIÓN HABITUAL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA DEL POLICLINICO DE ESSALUD - CHOSICA EN EL PRIMER TRIMESTRE 2013

Planteamiento Del problema General	Objetivos General	Hipótesis General	Variables	Dimensiones e Indicadores	Instrumento	Métodos
¿Cuál es la alimentación habitual de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el servicio de geriatría del policlínico de Chosica en el primer trimestre 2013?	Determinar la alimentación habitual de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el servicio de geriatría del policlínico de Chosica en el primer trimestre 2013	Ha.-La alimentación habitual de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el servicio de geriatría del policlínico de Chosica, es adecuada en cantidad y calidad H°.-La alimentación habitual de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el servicio de geriatría del policlínico de Chosica, es inadecuada en cantidad y calidad	Alimentación habitual	-Características sociodemográficas - Cuantitativamente - Cualitativamente Obesidad: -Peso -Índice de masa corporal. -Ulcera Sedentarismo. -Físico Desequilibrio nutricional. -Tabaquismo. Estrés -Miedo -Ansiedad -Depresión.	Cuestionario	Tipo de Investigación: Básico cuantitativo Nivel de descriptivo Métodos de la Investigación: No experimental Corte :Transversal Técnicas: Observación y recolección de datos. Instrumentos: Cuestionario
Especifico	Especifico					
¿Cuál es la influencia de la obesidad en la glicemia en adultos de 40 a 60 años atendidos en el servicio de geriatría del policlínico Chosica en el primer trimestre 2013.	☐ Identificar las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el servicio de geriatría del policlínico de Chosica en el primer trimestre 2013					
¿Cuál es la influencia del sedentarismo en la glicemia en adultos de 40 a 60 años atendidos en el servicio de geriatría del policlínico Chosica en el primer trimestre 2013	☐ Identificar la alimentación habitual en la dimensión registro de alimentación diaria cualitativa (adecuados e inadecuados) de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el servicio de geriatría del policlínico de Chosica en el primer trimestre 2013					
¿Cuál es la influencia de la estrés en adultos de 40 a 60 años atendidos en el servicio de geriatría del policlínico Chosica en el primer trimestre 2013 en la glicemia	c) Identificar la alimentación habitual en la dimensión registro de alimentación diaria cuantitativa (N° de comidas y horario) de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el servicio de geriatría del policlínico de Chosica en el primer trimestre 2013					

CUESTIONARIO:

ALIMENTACIÓN HABITUAL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA DEL POLICLINICO DE ESSALUD - CHOSICA EN EL PRIMER TRIMESTRE 2013

A cargo de la licenciada: Milagros Velásquez Chirinos

Cada pregunta marcar con (x)

1. ¿Usted hace alguna dieta? Si () No ()
2 ¿Usted fue asesorado por nutrición? Si () No ()
3 ¿Qué tipo de productos para cuidar tu salud buscas? Sin azúcar () Deslactosados () Sin Gluten () Sin maní o nueces () Otros ()
4.- ¿Compras o consumes productos sin azúcar? Si () No ()
5.- ¿Qué tipo de productos para cuidar tu salud buscas? Sin azúcar () Deslactosados () Sin Gluten () Sin maní o nueces () Otros ()
6.-¿Compras o consumes productos sin azúcar? Es imprescindible que conteste a esta pregunta(*) Si () No ()
7.- ¿Qué productos para diabéticos (a parte de las medicinas) no consigues con facilidad? () Mezclas para postres () Edulcorantes o Sustitutos de Azúcar () Galletas () Caramelos () Bebidas () Tabletas de Glucosa () Cereales () Barras nutritivas () Productos energizantes () Golosinas () Libros de cocina () Productos para el cuidado de la piel () Glucómetros () Estuches para insulina, bombas, glucómetros Identificadores

Otro (Por favor especifique)

8. ¿Qué productos sin azúcar son los que más te gustan?

Mezclas para postres()

Edulcorantes o Sustitutos de Azúcar()

Galletas()

Caramelos()

Bebidas()

Tabletas de Glucosa()

Cereales()

Barras nutritivas()

Productos energizantes()

Golosinas()

Otro (Por favor especifique) _____

Encuesta de situación actual

Investigación de pacientes con Diabetes.

Consentimiento del Entrevistado (a)

Somos estudiantes De La Universidad Alas Peruanas de Facultad De Medicina Humana Y Ciencias De La Salud Escuela Académico Profesional De Enfermería, estamos realizando un estudio de las prácticas alimentarias a personas que asisten a la consulta externa de, adultos de 40 a 60 años atendidos en el servicio de geriatría del policlínico Chosica en el primer trimestre en el año 2013. Diagnosticados con Diabetes.

Esta encuesta tendrá una duración aproximada a 15 minutos. La información que usted nos dé, será usada solo para este estudio y no será proporcionada a ninguna otra persona.