

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“FACTORES EN PACIENTES CON DIFICULTAD DE LA ADHERENCIA
AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL”**

Estudio descriptivo realizado en pacientes mayores de 12 años
que consultaron a la clínica de nutrición en el Hospital Nacional
Pedro de Betancourt, Antigua Guatemala

agosto-septiembre 2009

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

Christian Herberth Wilhelm Mendizabal

Médico y Cirujano

Guatemala, octubre de 2009

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“FACTORES EN PACIENTES CON DIFICULTAD DE LA ADHERENCIA
AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL”**

Estudio descriptivo realizado en pacientes mayores de 12 años
que consultaron a la clínica de nutrición en el Hospital Nacional
Pedro de Betancourt, Antigua Guatemala

agosto-septiembre 2009

Christian Herberth Wilhelm Mendizabal

Médico y Cirujano

Guatemala, octubre de 2009

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

El estudiante:

Christian Herberth Wilhelm Mendizabal 200216013

ha cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de **Licenciatura**, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

“FACTORES EN PACIENTES CON DIFICULTAD DE LA ADHERENCIA
AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL”

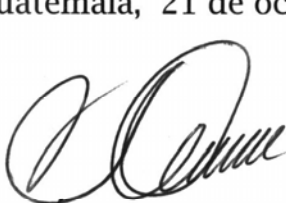
Estudio descriptivo realizado en pacientes mayores de 12 años
que consultaron a la clínica de nutrición en el Hospital Nacional
Pedro de Betancourt, Antigua Guatemala

agosto-septiembre 2009

Trabajo asesorado por la Dra. Maira Haydé Ruano Estrada y revisado por el Dr. Emerson Godínez López, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, 21 de octubre del dos mil nueve


DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO



Los infrascritos Director del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud y el Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

El estudiante:

Christian Herberth Wilhelm Mendizabal 200216013 ✓

ha presentado el trabajo de graduación titulado:

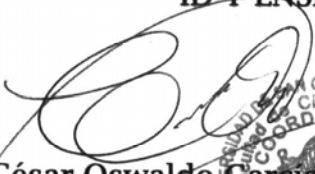
**"FACTORES EN PACIENTES CON DIFICULTAD DE LA ADHERENCIA
AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL"**

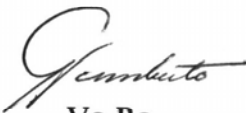
Estudio descriptivo realizado en pacientes mayores de 12 años
que consultaron a la clínica de nutrición en el Hospital Nacional
Pedro de Betancourt, Antigua Guatemala

agosto-septiembre 2009

El cual ha sido **revisado y corregido**, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el veintiuno de octubre del dos mil nueve.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. César Oswaldo García García
Coordinador Unidad de Trabajos de Graduación
UNIDAD DE TESIS


Vo.Bo.
Dr. Erwin Humberto Calgua Guerra
Director del CICS
Facultad de Ciencias Médicas
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS
CIENCIAS DE LA SALUD -CICS-
TEL. 2222 0000

Guatemala, 21 de octubre del 2009

Doctor
César Oswaldo García García
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que el estudiante abajo firmante,

Christian Herberth Wilhelm Mendizabal



Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**"FACTORES EN PACIENTES CON DIFICULTAD DE LA ADHERENCIA
AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL"**

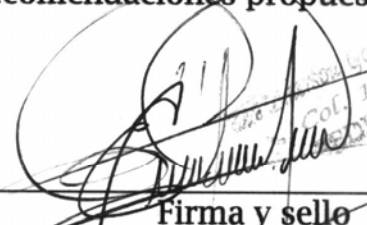
Estudio descriptivo realizado en pacientes mayores de 12 años
que consultaron a la clínica de nutrición en el Hospital Nacional
Pedro de Betancourt, Antigua Guatemala

agosto-septiembre 2009

Del cual como asesor y revisora nos responsabilizamos por la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y
de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.


Firma y sello
Asesor

Lda. Maira Hayde Ruano de García
Nutricionista
Colegiada No. 2930


Firma y sello
Revisora Reg. de Personal 20240181

Col. 10,743

RESUMEN

Objetivo: Describir los factores en pacientes que presentan dificultad de la adherencia al tratamiento nutricional. **Metodología:** Diseño descriptivo de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 100 pacientes mayores de 12 años, consultantes a la clínica de nutrición para adultos del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, realizado de agosto a septiembre del año 2009, agrupando los factores dentro de los 4 contextos de los conceptos de salud. **Resultados:** Los hábitos alimenticios previos incompatibles con la dietoterapia prescrita, se presentaron en 76 pacientes. El apoyo familiar no adecuado, como parte de los factores de la dimensión ecológica, se presentó en 40 pacientes. El ingreso mensual inadecuado, como factor en los estilos de vida se determinó en 71 pacientes. La información que el paciente maneja sobre la enfermedad que padece y aspectos relacionados, como factor de los servicios de salud se encontró como no adecuada en 77 pacientes. **Conclusiones:** Los hábitos alimenticios previos incompatibles con la dietoterapia, se presentan en un número muy elevado de pacientes. Existe un apoyo familiar inadecuado en buena parte de los pacientes evaluados. Una mayoría evidenció pobre nivel económico. Se encontró además, un pobre dominio de la información por los pacientes.

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	5
3. MARCO TEORICO	7
3.1 CONTEXTO DEL ESTUDIO	7
3.1.1 SITUACIÓN NUTRICIONAL EN GUATEMALA	8
3.1.2 SACATEPÉQUEZ	9
3.1.2.1 Geografía	9
3.1.2.2 Historia	10
3.1.2.3 Contexto Social	11
3.1.2.4 Contexto Económico	12
3.1.2.5 Situación Nutricional	13
3.1.3 HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETANCOURT	14
3.1.4.1 Objetivos del Hospital Pedro de Betancourt	15
3.1.4.2 Servicio de Nutrición del Hospital Pedro de Betancourt	16
3.2 CONCEPTO DE CAMPO DE SALUD	16
3.2.1 CARACTERÍSTICAS DEL CONCEPTO DE CAMPO DE LA SALUD	17
3.2.2 CUATRO DIMENSIONES DEL CAMPO DE SALUD Y VARIABLES IMPLICADAS	18
3.2.2.1 BIOLOGIA HUMANA	18
3.2.2.1.1 Variables Biológicas	19
3.2.2.2 ECOLÓGICO	20
3.2.2.2.1 Variables Ecológicas o Ambientales	21
3.2.2.3 ESTILOS DE VIDA	22
3.2.2.3.1 Variables de los estilos de vida	22
3.2.2.4 SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD	23
3.2.2.4.1 Calidad de los servicios de salud	23
3.2.2.4.2 Variables de la calidad de los servicios de salud	24
3.3 TRATAMIENTO	25
3.3.1 TRATAMIENTO NUTRICIONAL	25
3.3.1.1 Dietas Terapéuticas	26
3.3.1.1.1 Dietas con control de energía	26
3.3.1.1.2 Dietas con control de proteínas	27
3.3.1.1.3 Dietas con control lipídico	27
3.3.1.1.4 Dietas con control de carbohidratos	28
3.3.1.1.5 Dietas con control de sodio	28
3.3.1.1.6 Dietas para el manejo de intolerancias	28
3.3.1.1.7 Dieta con control de fibra y residuos	29
3.3.1.1.8 Dieta baja en carga bacteriana	29
3.3.2 ADHERENCIA TERAPÉUTICA	30
3.3.2.1 Adherencia al tratamiento nutricional	32
3.3.2.2 Variables implicadas en la adherencia terapéutica	33
3.3.2.2.1 Creencias del paciente	33
3.3.2.2.2 El tipo de enfermedad	34
3.3.2.2.3 Tratamiento establecido	35
3.3.2.2.4 Relación entre el paciente y el personal de salud	35

3.3.2.2.5	La información o conocimiento del paciente sobre la enfermedad y tratamiento	36
3.3.2.2.6	El apoyo social	37
3.3.2.2.7	Variables de organización	38
4.	METODOLOGÍA	41
4.1	TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	41
4.2	UNIDAD DE ANÁLISIS	41
4.3	POBLACIÓN Y MUESTRA	41
4.3.1	Población	41
4.3.2	Muestra	41
4.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	41
4.4.1	Criterios de inclusión	41
4.4.2	Criterios de exclusión	41
4.5	DEFINICIÓN DE VARIABLES	42
4.6	TÉCNICAS PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	44
4.6.1	Técnica	44
4.6.2	Procedimientos	44
4.6.3	Instrumentos	45
4.7	Aspectos éticos	45
4.8	PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS	46
4.8.1	Procesamiento de datos	46
4.8.2	Análisis de los datos	46
4.9	ALCANCES Y LÍMITES	46
4.9.1	Alcances	46
4.9.2	Límites	47
5.	RESULTADOS	49
6.	DISCUSIÓN	51
7.	CONCLUSIONES	55
8.	RECOMENDACIONES	57
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
10.	ANEXOS	65

1. INTRODUCCIÓN.

Para el adecuado abordaje de los problemas de salud se deben tomar en cuenta tres pilares terapéuticos ampliamente conocidos como lo son: el tratamiento médico específico, actividad física adecuada, y el abordaje nutricional; este último busca reducir los hábitos dietéticos que conducen a las enfermedades metabólicas principales así como a sus distintas complicaciones. Con el enorme desarrollo de la farmacoterapia, la Nutrición había quedado relegada a un segundo plano, a pesar de haber sido históricamente el único tratamiento posible de muchas enfermedades. Por otra parte, en las últimas décadas se ha producido un enorme desarrollo en las técnicas de alimentación, que nos permite nutrir de forma segura y eficaz, a todos nuestros pacientes, sea cual sea la vía de acceso de la fórmula o régimen dietético que utilicemos. (1).

Según estudios realizados en poblaciones europeas como el estudio realizado en España titulado “Preocupaciones, percepciones y hábitos en relación con el control de peso corporal en diversas poblaciones españolas” dirigido por la Dra. Rosa M. Ortega en el año 2007, el promedio de apego a este tipo de dieta es de 2.5 %, citando diferencias genéricas en los patrones al apego de la misma, y diferencias poco específicas sobre las razones de abandono, evidenciando la dificultad de cumplimiento para un tipo importante de intervención en salud. Otras publicaciones como la proporcionada por el periódico peruano “La Razón” describe en su publicación del 13 Noviembre de 2008, que el 80% de los pacientes a quienes se les prescribe un régimen alimenticio para controlar niveles séricos de glucosa deserta a tal tratamiento al poco tiempo, mencionando hábitos alimenticios “bien arraigados” como razón más frecuente. (1,2)

Durante la intervención de las enfermedades, la dietoterapia que consiste esencialmente en el establecimiento de un régimen alimenticio determinado según necesidades individuales de los pacientes, se deben tomar en cuenta: la entidad clínica presente, los hábitos alimenticios previos, la disponibilidad y la calidad de los alimentos a nivel local. Es de saber que el seguimiento adecuado de un régimen alimenticio incide sobre la evolución de las enfermedades, contribuye a su resolución y a su prevención. (3)

En la evolución de las enfermedades crónicas son evidentes las consecuencias de la no adherencia a la dietoterapia como parte integral del manejo de dichas entidades tal es

el caso de los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus, entidad en la cual la adecuación de la dieta resulta determinante en una evolución favorable de la enfermedad. La hiperglucemia mantenida asociada a otros factores como hiperlipidemia, hipertensión entre otros predispone al paciente a sufrir complicaciones severas como la nefropatía diabética, aumentando los costos de atención en salud pública. Lo anterior se respalda en múltiples artículos publicados como menciona el artículo “ La nefropatía diabética es la principal causa de enfermedad renal crónica terminal en el mundo” publicado en Julio de 2007 por la revista en línea “Buscasalud”; de la misma forma se demuestra la importancia de la dieta en pacientes con falla cardiaca por estudios como “Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardiaca” publicado en la revista “Redalyc” por la Universidad de la Sabana en Colombia publicado en Octubre de 2007, el cual incluye el conocimiento de la dieta adecuada como factor esencial de evaluación para el tratamiento y evolución ideal en estos pacientes. (3, 4, 5,6)

En el Hospital Nacional “Pedro de Betancourt” ubicado en La Antigua Guatemala, Sacatepéquez, se atiende anualmente un promedio de 1,300 pacientes en la consulta externa de nutrición, de estos pacientes el 90% presenta patología diagnosticada previamente, además se evidencia un aumento significativo de la demanda de atención del servicio proporcionado por dicha clínica.

En el año 2008 en dicho Hospital se manifestó un incremento del 89% de pacientes que asisten a consulta externa de nutrición para el abordaje dietético de problemas metabólicos con respecto a años anteriores; principalmente pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, Hipertensión Arterial, Sobrepeso y obesidad. Además los facultativos en el área de nutrición describen dificultad de la población local hacia el apego al tratamiento nutricional, así como abandono frecuente de los distintos regímenes dietarios.

Por lo descrito con anterioridad se plantearon las siguientes preguntas:

¿Cuáles son las características más frecuentes que se presentan en la población con dificultad de la adherencia al tratamiento nutricional prescrito en la clínica de nutrición para adultos del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt?

¿Cuál es la frecuencia de los factores biológicos asociados a la dificultad de la adherencia al tratamiento nutricional de los pacientes adultos que consultan a la clínica de nutrición del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt?

¿Cuál es el factor ecológico más frecuente en los pacientes adultos con dificultad a la adherencia al tratamiento, que consultan a la clínica de nutrición del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt?

¿Cuál es el factor de los estilos de vida más frecuente en los pacientes adultos con dificultad de la adherencia al tratamiento nutricional, que consultan a la clínica de nutrición del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt?

¿Cuál es el factor de los sistemas de salud más frecuentemente identificado en los pacientes adultos con dificultad a la adherencia al tratamiento nutricional, que consultan a la clínica de nutrición del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt?

En cuanto a las características de la población estudiada, se determinó que 71 pacientes se distribuyeron dentro del rango de edad de los 46 a los 84 años. A su vez, 60 pacientes pertenecen a un contexto urbano. Con respecto al nivel educativo de los pacientes, se determinó que 64 de los encuestados presentan estudios primarios incompletos. En la distribución por sexo de los encuestados, se identificó una mayoría femenina (82 pacientes), manifestándose además como enfermedad más frecuente la Diabetes Mellitus tipo II, presentada en 47 de los 100 pacientes evaluados.

Dentro de la dimensión Biológica, los hábitos alimenticios previos incompatibles con la dietoterapia prescrita presentan una frecuencia importante, estos se presentaron en 76 pacientes. El apoyo familiar no adecuado, como parte de los factores de la dimensión ecológica, se presentó en 40 de los pacientes evaluados.

Dentro de los estilos de vida, el ingreso mensual inadecuado, a su vez condicionante de otros factores, se encontró en 71 de los pacientes. Determinándose que para el contexto de los servicios de salud, la información que el paciente maneja sobre la enfermedad que padece y el abordaje nutricional de la misma no es adecuada en 77 de los pacientes encuestados.

2. OBJETIVOS

2.1 General

- 2.1.1 Describir los factores en pacientes que presentan dificultad de la adherencia al tratamiento nutricional, prescrito en la clínica de nutrición del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en el periodo agosto-septiembre de 2009.

2.2 Específicos

- 2.2.1 Identificar la frecuencia de los factores biológicos asociados a la dificultad de la adherencia al tratamiento nutricional.
- 2.2.2 Identificar el factor ecológico más frecuentemente presentado en los pacientes adultos con dificultad a la adherencia al tratamiento nutricional.
- 2.2.3 Identificar el factor de los estilos de vida más frecuentemente presentado en los pacientes adultos con dificultad a la adherencia al tratamiento nutricional.
- 2.2.4 Identificar el factor de los sistemas de salud más frecuentemente presentado en los pacientes adultos con dificultad a la adherencia al tratamiento nutricional.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 CONTEXTO DEL ESTUDIO.

3.1.1 CONTEXTO GEOGRÁFICO Y SOCIOECONÓMICO DE GUATEMALA.

Guatemala se ubica en la región central del continente Americano, limita al norte con México, al oeste con Belice, Honduras y El Salvador; al sur el Océano Pacífico. La topografía característicamente se manifiesta por ser montañosa. Cuenta con un área territorial de 108.430 km². (8).

Étnicamente la población guatemalteca es predominantemente Mestiza (resultado de la mezcla racial entre españoles e indígenas mesoamericanos) comprende un 59.4% de la población, K'iche 9.1%, Kaqchikel 8.4%, Mam 7.9%, Q'eqchi 6.3%, otras etnias mayas comprenden un 8.6%, indígenas no Mayas 0.2%, otras etnias 0.1%.(8)

Del total de la población el 56.19% de guatemaltecos es pobre y el 15.59% es extremadamente pobre. La pobreza en indígenas es el 74% y pobreza en no indígenas del 38%. La población extremadamente pobre, el 24.3% representa a población indígena y el 6.5% a población ladina. (9)

El 54% de guatemalteca/os viven en el área rural y el 46 en el área urbana (de los cuales el 68% son indígenas y el 44% ladinos). En lo que respecta a la educación la tasa de alfabetismo, en el 2000 se estima que el 67.8% de la población estaba alfabetizada y el 2004 aumento a un 73%.(9)

El sector agrícola representa aproximadamente un decimo del Producto interno bruto (PIB) del país, dos quintos de las exportaciones, requiriendo la mitad de la totalidad de la fuerza laboral del país. El café, azúcar y bananos son los productos agrícolas principales. Con la firma de la paz en 1996 se eliminaron la mayor parte de obstáculos para la inversión extranjera. Estados Unidos es el socio comercial principal del país, recibiendo el 34% de las exportaciones y proporcionando un 41% de las importaciones. El sector público se encuentra reducido, con actividades comerciales limitadas a servicios públicos, puertos aeropuertos, y distintas instituciones financieras orientadas al desarrollo del país. (8,9,10).

3.1.2 SITUACIÓN NUTRICIONAL EN GUATEMALA.

En países como Guatemala se han identificado los principales factores condicionantes de los hábitos alimentarios entre los que se encuentran: Las características geográficas, la disponibilidad y elección de los alimentos, la disponibilidad económica, el nivel cultural, el marco educativo, social y familiar de la población; la publicidad, los tabúes religiosos, preferencias, la educación nutricional, tradiciones entre otros, todos estos factores son englobables en las distintas dimensiones del contexto de salud del modelo de Lalonde.(7)

Según datos de la Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación (FAO) los hábitos alimentarios en los países como Guatemala han experimentado cambios en el consumo de alimentos y composición dietética en el transcurso de 20 años (1981-2001). La magnitud de estos cambios se correlaciona directamente con el desarrollo económico de las áreas respectivas, por consiguiente son menores en aquellas áreas con un menor desarrollo. Estos cambios en muchos de los casos provocados por la difusión de tendencias impulsadas por una creciente globalización incitan a la población al consumir alimentos en cantidad y calidad inadecuada para mantener la salud, esto se ve reflejado en el aumento de enfermedad metabólica relacionada directa o indirectamente a la malnutrición. (7)

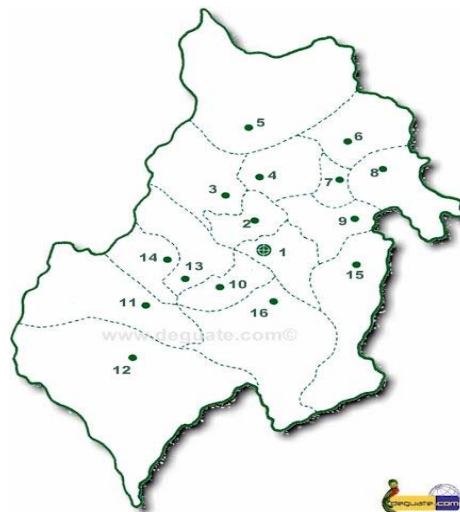
Con los evidentes cambios en los patrones alimenticios de la población han aparecido con mayor fuerza las enfermedades crónicas no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, hipertensión arterial, anemia, diabetes mellitus, osteoporosis y obesidad). Estos cambios en los hábitos alimenticios y el estilo de vida sedentario ha provocado un sobrepeso en los adolescentes de un 10 al 15% en diferentes áreas de la región en el istmo. (7)

Tomando en cuenta los cambios evidentes en la ingestión de nutrientes en años recientes, alimentos como los cereales, tubérculos y leguminosas ha prevalecido en las distintas poblaciones en nuestro medio constituyendo la base de nuestra alimentación hasta la actualidad. (11,12,13).

3.1.3 SACATEPÉQUEZ.

Cuenta con 16 municipios que son:

1. Antigua Guatemala 2. Jocotenango 3. Pastores 4. Sumpango 5. Santo Domingo Xenacoj 6. Santiago Sacatepéquez 7. San Bartolomé Milpas Altas 8. San Lucas Sacatepéquez 9. Santa Lucía Milpas Altas 10. Ciudad Vieja 11. San Miguel Dueñas 12. Alotenango 13. San Antonio Aguas Calientes 14. Santa Catarina Barahona 15. Magdalena Milpas Altas 16. Santa María de Jesús.



3.1.3.1 GEOGRAFÍA.

El Departamento de Sacatepéquez está situado en la región Central de Guatemala conocida como región V; encontrándose a 1530 metros sobre el nivel del mar, perteneciente al “Complejo Montañoso del Altiplano Central”. Limita al Norte, con el departamento de Chimaltenango; al Sur, con el departamento de Escuintla; al Este, con el departamento de Guatemala; y al Oeste, con el departamento de Chimaltenango. Su Cabecera departamental es Antigua Guatemala encontrándose a 54 kilómetros de la Ciudad Capital. (14,15)

El departamento de Sacatepéquez cuenta con una extensión territorial de 465 kilómetros cuadrados. Este departamento está nutrido por varios ríos mencionándose entre los principales: El

Guacalate, Los Encuentros, Pensativo, Las Cañas y Sumpango. Sacatepéquez cuenta con un clima templado y semifrío, con una topografía montañosa y volcánica, existiendo mesetas muy fértiles. (14,15)

3.1.3.2 HISTORIA.

Etimológicamente Sacatepéquez proviene de “Saca” que significa yerba; y tepet, cerro; que quiere decir cerro de yerba o zacate según lo escrito por el historiador Fuentes y Guzmán. Esta ciudad fue fundada el 21 de noviembre de 1542 en el Valle de Pancan o Panchoy, permaneciendo como la capital del Reino de Guatemala durante 232 años.

En el periodo colonial fue denominada como “Muy Noble y Muy Leal Ciudad de Santiago de los Caballeros” por Felipe II, considerada como una metrópoli que se había convertido en una gran fuente de riqueza para la Corona Española en la época, y de importancia dada la preocupación de sus habitantes por obtener un desarrollo social, cultural y económico originando nuevos valores en la ciencia, las letras y las artes.

En el año de 1773 ocurre el terremoto de Santa Marta, arruinando la mayoría de los hermosos edificios y viviendas de la ciudad, obligando su traslado a la nueva Guatemala de la Asunción, donde concluye el periodo colonial en 1821. Sacatepéquez y Antigua Guatemala eran 2 municipios pertenecientes al departamento de Chimaltenango. El 12 de Septiembre de 1839, la Asamblea Nacional Constituyente declaró a Sacatepéquez como departamento independiente y denominando a Antigua Guatemala su Cabecera.

El 11 de diciembre de 1879 se decretó a Sacatepéquez como departamento integrado inicialmente por 24 municipios, algunos reclasificados como aldeas, actualmente está formado por 16 municipios. (14,15).

NOMBRE	EXTENSION KM2
Antigua Guatemala	78
Jocotenango	9
Pastores	19
Sumpango	40
Santo Domingo Xenacoj	37
Santiago Sacatepéquez	15
San Bartolome Milpas Altas	7
San Lucas Sacatepéquez	5
Santa Lucia Milpas Altas	19
Magdalena Milpas Altas	8
Santa Maria de Jesus	34
Ciudad Vieja	51
San Miguel Dueñas	35
San Juan Alotenango	95
San Antonio Aguas Calientes	17
Santa Catarina Barahona	31
TOTAL	465

*Diccionario Municipal de Guatemala, Oficina de Comisionado Presidencial para la Modernización y Descentralización del Estado, Instituto de Estudios y Capacitación Cívica. 2002.

3.1.3.3 CONTEXTO SOCIAL

Sacatepéquez cuenta con una población de 276,769 habitantes, representando el 2.2% respecto a nivel nacional, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) para el año 2002. Dentro de los municipios con mayor densidad poblacional se encuentran La Antigua Guatemala con 46,278 habitantes que representa el 16.72%; Sumpango Sacatepéquez con 29,425 habitantes relativo a un 10.36%; siendo los de menor población, San Bartolomé Milpas Altas de 4,921 habitantes siendo un 1.78% siguiéndole Santa Catarina Barahona con 3,653 habitantes para un 1.31%. De esta población, el 51.23 % corresponde al sexo masculino y 48.77 % al sexo femenino. (16,14).

La población indígena se sitúa en 115,141 habitantes representando el 41.60 % de la población total, concentrándose este grupo en los municipios de Santiago Sacatepéquez, Sumpango Sacatepéquez y Santa María de Jesús, con el mayor porcentaje de población indígena en su mayoría de etnia Cackchiquel. Los municipios de la Antigua Guatemala, Ciudad Vieja y Jocotenango, son los que presentan el mayor porcentaje de población no indígena. En el departamento predomina la población de residencia urbana, que corresponde al 70.93 %. (16).

En un contexto general, Sacatepéquez se encuentra estadísticamente más favorecido según reflejan los porcentajes de pobreza a nivel nacional, en estudios realizados por el gobierno de Guatemala por parte de SEGEPLAN, Sacatepéquez presenta 33.45 % de pobreza y un 4.62 % de pobreza extrema, reflejando porcentajes inferiores a las estadísticas globales de la república correspondiendo estas a un 54.3 % y 22.77 %, respectivamente. Las áreas de mayor pobreza están lideradas por municipios como Santa María de Jesús con un 59.12 por ciento y Santo Domingo Xenacoj con un 58.27% según informe presentado por la Asociación de Investigación y estudios Sociales (ASIES) realizado en el año 2005, participando la Secretaría de planificación de programación de la presidencia (SEGEPLAN); el Instituto Nacional de Estadística (INE) y la Universidad Rafael Landívar con el apoyo del Banco mundial. En trabajos elaborados como la encuesta nacional de condiciones de vida ENCOVI-2006, realizada por el instituto nacional de estadística se evidencia un alta prevalencia de pobreza extrema entre el sector indígena de la población. (16,17).

3.1.3.4 CONTEXTO ECONÓMICO.

La principal fuente de ingresos, además del turismo, es la agricultura. Las tierras de este departamento son bastante fértiles, por lo que su producción agrícola es grande y variada, sobresaliendo el café de muy buena calidad, la caña de azúcar,

trigo, maíz, frijol, hortalizas en las zonas templadas, como el cultivo de zanahoria, ejote y arvejas; frutos como el durazno, pera y aguacate; en la actualidad es evidente el aumento de producción de flores entre los productos no tradicionales. Existiendo además producción pecuaria como la crianza de vacunos y Caballos. El 23% de la tierra del departamento tiene un alto potencial agrícola, pero el área de la tierra cultivada es superior al 50%.En cuanto a las artesanías populares, es uno de los departamentos mas importantes, pues se elaboran tejidos típicos como lo muestra la gran cantidad de trajes típicos usados por los pueblos indígenas, las mujeres son las que los conservan. La cerámica se puede dividir en vidriada mayólica y pintada; en la actualidad Antigua Guatemala es el principal productor de cerámica mayólica. (14, 17,18).

3.1.3.5 SITUACIÓN NUTRICIONAL.

Según investigaciones realizadas por el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) se ha establecido que el departamento de Sacatepéquez posee una vulnerabilidad nutricional moderada en relación a la situación nutricional. Se describe además una mejoría en cuando a estatura, masa muscular y desempeño de pruebas psicopedagógicas que los infantes que han padecido de desnutrición. (16,19).

Cuadro No. 3
Clasificación de Categoría de Vulnerabilidad Nutricional por Departamentos Según Prevalencia de Retardo en Talla o Desnutrición Crónica

BAJA (menor o igual a 30.7%)	MODERADA (entre 30.8 - 43.4%)	ALTA (entre 43.5 - 53.8 %)	MUY ALTA (mayor o igual a 53.9%)
Ciudad Capital (18.5%)	Zacapa (30.8%)	Baja Verapaz (45.6%)	Chimaltenango (53.9%)
Escuintla (25.3%)	Izabal (33.2%)	Ouetzaltenango (46.0%)	San Marcos (55.5%)
El Progreso (25.5%)	Retalhuleu (35.8%)	Jalapa (47.7%)	Huehuetenango (62.8%)
Jutiapa (28.1%)	Sacatepéquez (37.9%)	Chiquimula (50.5%)	Quiché (63.9%)
Santa Rosa (28.3%)	Petén (39.2%)	Alta Verapaz (51.7%)	Sololá (65.2%)
Resto de Guatemala (28.7%)	Suchitepéquez (41.5%)		Totonicapán (69.4%)

*Fuente: Ministerio de Educación; Secretaria de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN); "Tercer Censo Nacional de Talla" en Escolares del Primer Grado de Educación Primaria del Sector oficial de la República de Guatemala. Guatemala 4 al 8 agosto de 2008.

Estando ubicada la situación de Sacatepéquez en límites moderados no se limita la aplicación de políticas de seguridad alimentaria encaminadas a erradicar el 10.5 % de niños que se encuentran con retardo severo según análisis efectuado en la estrategia de reducción de la pobreza elaborados por SEGEPLAN para el año 2003. (16).

No. de niños censados	Clasificación del estado nutricional				
	Normal %	Moderado severo %	Retardo moderado %	Retardo severo %	Vulnerabilidad
6,292	55.00	45.00	34.50	10.50	moderada

*Fuente: Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, año 2001.

Entre los productos mayormente consumidos por la familia promedio rural en Sacatepéquez están principalmente Maíz, Frijol y legumbres, según disponibilidad local y económica cereales como arroz, actualmente se han incluido en la dieta el pan de manteca, otros productos en consumo ocasional como la leche, carnes blancas y rojas. A medida que la industria ha crecido en el territorio se incluyen muy frecuentemente dentro de la dieta comida chatarra, entre las que predominan frituras de maíz, y gaseosas según un artículo publicado en diario “elperiodico” sobre un libro realizado por norteamericanos que estudiaron hábitos alimentarios de varias poblaciones incluyendo familias indígenas de Sacatepéquez. (20, 21, 22, 23)

3.1.4 HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT

Ubicado en la Aldea de San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala; beneficiando a mas de 22000 personas por año. Inaurado en 1991, y un año más tarde inicia sus labores. Está construido en el sur oriente de la mencionada aldea, en un terreno de área de siete manzanas, terreno que fue cedido por el Ayuntamiento al Ministerio de Salud Pública y asistencia Social (MSPAS) en 1972, en dicho hospital funge la dirección de Área de salud del departamento.

La Administración del hospital está conformada por una Dirección ejecutiva, Comités de Apoyo, subdirección ejecutiva y subdirección administrativa financiera. De la primera subdirección se desprenden todos los servicios médicos y servicios técnicos de apoyo, de la segunda se desprenden la Jefatura administrativa y financiera de donde dependen todos los departamentos administrativos y el de recursos humanos.

3.1.4.1 OBJETIVOS DEL HOSPITAL PEDRO NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT.

Dentro de los objetivos del Hospital Pedro de Bethancourt están:

Atención primaria: Saneamiento del medio, educación Sanitaria, control del niño sano.

Atención secundaria: Atención de pacientes agudamente enfermos, Atención al paciente ambulatorio, educación para recuperar salud, atención a madre embarazada.

Rehabilitación: Educación para mantener salud, Integración al hogar, seguimiento en consulta externa o en la comunidad.

Los servicios del Hospital comprenden: Emergencia, Consulta Externa, Farmacia interna y externa, Ginecología, Pediatría, Nutrición de Niños, Nutrición de Adultos, Medicina Interna, Cirugía, Traumatología, Dermatología, Neurología, Odontología, Fisioterapia, Endoscopia, Radiología, Laboratorio, Ultrasonido, Servicio Social, Programa de Diabéticos, entre otros.(32).

Los recursos físicos, Equipo y Materiales disponen: En infraestructura se cuenta con cuatro niveles en donde se ubican los diversos servicios que brindan la atención necesaria a los pacientes que solicitan atención según su padecimiento. Cada nivel está provisto de oficinas donde fungen direcciones de servicios de áreas determinados, contando con un adecuado número de áreas de servicio sanitario destinado a pacientes y

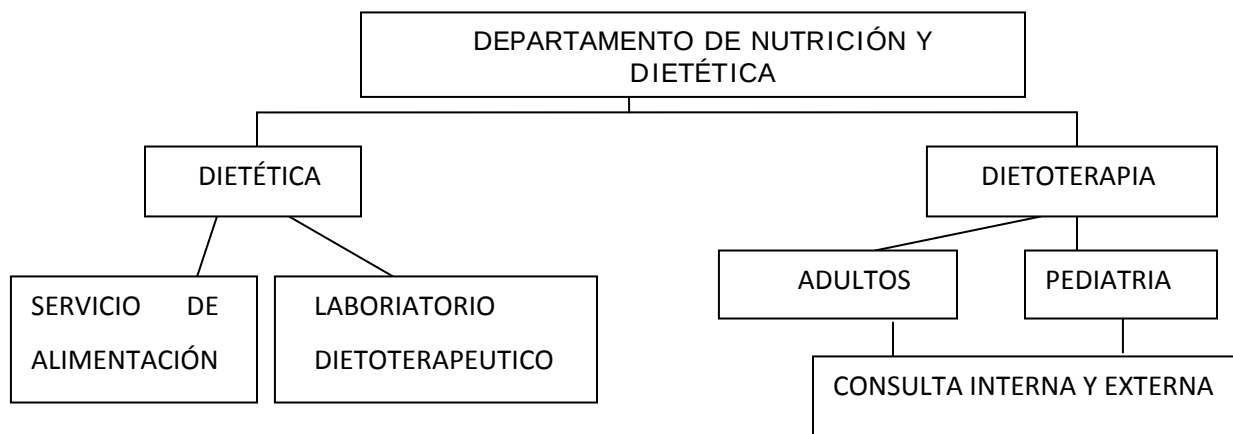
personal laboral. Existen áreas destinadas para llevar a cabo sesiones e impartir cátedras para la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. (32).

3.1.4.2 SERVICIO DE NUTRICIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETANCOURT

El servicio de nutrición o alimentación es una unidad del Hospital con una organización técnico administrativa, cuyo fin principal es proporcionar una adecuada alimentación a los pacientes de encamamiento y a pacientes con seguimiento en consulta externa.

Dicha unidad lleva a cabo actividades de: planificación, organización, control y evaluación de todos los aspectos relacionados con la adquisición, conservación, preparación y distribución de los alimentos para los pacientes. (24).

Este departamento se divide en: Sección de dietética que incluye al servicio de alimentación y laboratorio dietoterapéutico, sección de dietoterapia, la cual se divide en consulta interna (atención al paciente hospitalizado) y consulta externa de niños y adultos. (24, 25).



3.2 CONCEPTO DE CAMPO DE SALUD

Para el estudio de la problemática comunitaria en nuestro país se ha creado el instrumento llamado Análisis de situación de Salud (ASIS), con el objeto de delimitar los problemas de comunitarios que inciden en el proceso salud-enfermedad de las poblaciones, este documento prioriza los problemas dentro de los distintos contextos que se mencionaran posteriormente. Se ha tomado este modelo como base para el análisis del problema de adherencia al tratamiento nutricional, agrupando las variables dentro de cuatro dimensiones principales. (26).

Para el análisis del campo de la salud resulta necesario un marco conceptual que permita dividirlo en los principales elementos que interactúan con el ser humano dentro de tal contexto. (27)

Se considera que el campo de la salud puede dividirse en cuatro grandes elementos: Biología Humana, ambiente o ecología, estilos de vida y organización de los servicios de salud; los cuatro elementos mencionados fueron identificados luego de un examen de las causas y factores subyacentes a las condiciones de morbilidad y mortalidad de la sociedad canadiense, tratando de determinar el papel que cada elemento toma en el nivel de salud de Canadá. (27).

3.2.1 CARACTERÍSTICAS DEL CONCEPTO DE CAMPO DE LA SALUD. (LAS CUATRO DIMENSIONES DEL MODELO LALONDE).

El concepto de Campo de la salud posee varias características que lo convierten en una herramienta poderosa para el estudio de los problemas de salud y factores relacionados. Cualquier problema de salud puede relacionarse con uno o una combinación de varios elementos, esta característica de integralidad resulta fundamental dado que asegura que todos los aspectos de la salud y relacionados con la misma sean tenidos en cuenta. (27)

Una de las consecuencias evidentes del concepto ha sido el lograr llevar la Biología Humana, el Ambiente y el Estilo de Vida a un nivel categórico semejante al de los servicios de salud confiriéndole integralidad al momento de evaluar problemas e incluyendo la calidad

de los servicios en si como influyente en estos. Desde el ángulo del Análisis de Situación de Salud (ASIS) se conceptualiza la salud y sus elementos como producto del desarrollo armónico de la sociedad, implementando el concepto de salud, los beneficios para las comunidades han sido la identificación y priorización de los problemas en cualquiera de sus dimensiones permitiendo diseñar acciones específicas en salud pública. (26,27).

Se han identificado beneficios tangibles en la implementación del modelo de Lalonde con respecto a problemas comunitarios tales como: Muestra la situación y diferencias poblacionales, base para la planificación de la salud, normativa y participativa, instrumento para la evaluación de políticas, planes, programas y acciones, facilitación de la toma de decisiones, Identifica prioridades para la investigación. (26).

3.2.2 CUATRO DIMENSIONES DEL CAMPO DE SALUD Y VARIABLES IMPLICADAS.

3.2.2.1 BIOLOGÍA HUMANA.

Dimensión en la cual el objetivo principal es el cuerpo humano, concentrándose especialmente en la biología básica del ser humano como individuo; incluyendo todos aquellos aspectos de la salud física y mental, elementos que incluyen herencia genética del individuo procesos de crecimiento y envejecimiento. Siendo el cuerpo humano un organismo sumamente complejo, los elementos implicados en la salud de la Biología Humana son numerosos, variados y las cosas que pueden marchar erróneamente son vastas. De la misma forma los factores biológicos que varían de persona a persona resultan incidentes en la adherencia al tratamiento de las distintas situaciones mórbidas. (26,27).

En esta dimensión se contempla todo tipo de procesos patológicos, incluidos muchos procesos crónicos (Sobrepeso, Obesidad, Dislipidemia, Diabetes, Aterosclerosis, Cáncer etc.) y otros (desordene genéticos, malformaciones congénitas, retraso

mental). Los problemas de la biología humana que pueden incidir en los costos de atención de salud pública son abundantes. (26)

3.2.2.1.1 VARIABLES BIOLÓGICAS

Para objeto de este estudio se han considerado como factores de la biología humana o factores personales los siguientes:

- Diagnóstico (Diagnóstico Medico): En lo referente al arte de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos. Este factor resulta especialmente influyente en la adherencia a las distintas modalidades terapéuticas incluyendo la dietoterapia, pudiendo originar factores emocionales que dificulten el seguimiento y cumplimiento de un régimen dietético que se determina según el diagnóstico, de la misma forma se puede interrelacionar con consecuencias que invaliden al sujeto de manera física o mental para un adecuado cumplimiento. (28,29,30).
- Sexo: Se ha encontrado que existen diferencias genéricas en la adherencia a las modalidades terapéuticas especialmente la dietoterapia, fenómeno que se presenta asociado o no a otros factores influyentes. Como se cita en estudios de la percepción por género de los conceptos y objetivos de los regímenes dietéticos para el abordaje de la obesidad realizados en España, mostrando diferencias sustanciales en el concepto y razones de los hombres y las mujeres en relación a los regímenes dietéticos (28, 29,31).
- Edad: La edad junto a otros factores como nivel educacional, senectud, sexo, etc. está asociada a

distintos niveles de adherencia al tratamiento; existiendo estudios que demuestran que a mayor edad mejor adherencia a determinado tipo de dietas, además mencionando la predisposición de la temprana edad a ciertos hábitos alimentarios por ende a la poca adherencia a intervenciones de la dieta. (28,29, 31, 32)

- Estado Emocional: Es evidente que los estados emocionales negativos originados por la falta de aceptación al diagnóstico inciden en la motivación de los pacientes a seguir un régimen dietético determinado, estudios sobre psicología de la salud señalan la importancia de este tópico en relación a la adherencia a las distintas modalidades y partes de la terapéutica orientadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos. (28,29, 30,33).
- Hábitos Alimenticios Personales: Representan una serie de costumbres alimentarias y gustos personales instaurados previo al diagnóstico que motiva la intervención nutricional. Este es básicamente una de las causas más influyentes en la dificultad a la adherencia a regímenes nutricionales determinados, dado que los hábitos personales interrelacionados con aspectos contextuales atentan contra el cumplimiento de la Dieta. (34).
- Discapacidad: Cualquier situación que comprometa las capacidades físicas y cognitivas del ser humano pueden incidir en el correcto apego al tratamiento en el caso del abordaje de muchas enfermedades crónicas (28,29).

3.2.2.2 DIMENSIÓN ECOLÓGICA (Ambiental).

Este aspecto hace referencia a los hechos externos al cuerpo humano sobre los cuales el individuo tiene poco o ningún control. Originalmente conocido como Ambiente por Lalonde, menciona la condición de la poca influencia humana sobre la aseguración de la producción y disponibilidad de alimentos, medicamentos, abastecimiento de agua, etc. La transmisión de las enfermedades prevenibles, el adecuado manejo de excretas, plagas que afectan la producción agrícola de alimentos, se encuentran dentro de estos factores ecológicos. Existen factores contextuales que pueden incidir en el éxito de la adherencia al tratamiento, interfiriendo los hábitos alimentarios familiares y comunitarios bien arraigados, factores culturales dados por elementos como la religión donde existen relativas restricciones hacia ciertos elementos nutricionales o grupos alimenticios. (26,27).

3.2.2.2.1 VARIABLES ECOLÓGICAS O AMBIENTALES.

Para objeto de este estudio se han considerado como factores ecológicos, ambientes o familiares los siguientes:

- Ambiente: Existiendo diferencias perceptibles en los distintos contextos del hábitat humano en relación a la disponibilidad, calidad y costos de distintos tipos de alimentos. Existen estudios que señalan las diferencias contextuales en relación a la adherencia al tratamiento, relacionándoles con otros factores tales como nivel socioeconómico y educacional en mayor medida. (35).
- Apoyo familiar: Sensaciones de culpabilidad y otras emociones negativas que pueden originarse del contexto familiar, así como falta de hábitos saludables como ausencia de horario regulares de

comida, pueden relacionarse con una deficiente adherencia a la dieta dificultando un adecuado tratamiento integral para el abordaje de distintas enfermedades relacionadas o no con la dieta (28).

- Disponibilidad local de elementos de la dieta prescrita: En muchos contextos geográficos y culturales, la disponibilidad de cierto tipo de alimentos es limitada, incidiendo en la dificultad de adherencia al tratamiento nutricional prescrito. (35).

3.2.2.3 ESTILOS DE VIDA.

En el campo de la salud el concepto de estilo de vida, comprende la suma de todas aquellas acciones que realiza el ser humano que afectan la salud sobre las cuales, tiene un grado determinado de control. Proyecta riesgos autogenerados por factores como: Determinantes culturales, hábitos y formas de conducta individual y colectiva. Así mismo los estilos de vida se ven regidos por factores de poder adquisitivo asociados a modelos de consumo en las distintas poblaciones. (27)

Actualmente se establecen tres categorías: riesgos inherentes al ocio, a los modelos de consumo y ocupacionales. (26)

3.2.2.3.1 VARIABLES DE LOS ESTILOS DE VIDA.

Para objeto de este estudio se han considerado como factores de estilos de vida los siguientes:

- Ingreso Mensual: Según el nivel económico del individuo se priorizan las situaciones relacionadas con la salud dificultando la intervención terapéutica que dicta la adquisición de determinado tipo de alimentos y/o medicamentos, en Guatemala el salario mínimo es de Q.52 diarios en contextos agrícolas y no agrícolas,

siendo mensualmente de Q.1560. para la subsistencia de un núcleo familiar de 5 personas.

- Escolaridad: Este aspecto es determinante de la estructura mental del individuo la cual a su vez juega un rol importante al momento de la comunicación con el personal de salud tratante, determinando la calidad de la comunicación, entre mejor calidad mejor adherencia al tratamiento. Este afecta a variables como el ingreso mensual de manera directa agregando otro factor de importancia a la adherencia (30).
- Religión: Existen diversas religiones que promueven el consumo de ciertos grupos de alimentos, restringiendo otros tipos de alimentación e intervenciones pertinentes para la salud del individuo (29).
- Identidad Cultural: Junto a otros elementos por lo general contextuales resultan influyentes en el éxito de la adherencia a distintos regímenes dietéticos debido a patrones alimenticios inminentemente culturales.

3.2.2.4 SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD.

En referencia a la organización de los servicios de salud, incluyendo la cantidad, calidad, disposición, naturaleza y relaciones entre la población y los recursos para la provisión de cuidados en salud. (26,27)

Comprendiendo la disponibilidad y calidad de la práctica profesional del personal de salud, hospitales, establecimientos, equipo especializado, medicamentos, servicios privados, servicios especializados etc. (27).

3.2.2.4.1 CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Referencia a la utilidad objetiva para el individuo que tiene el abordaje de determinado problema prestado por una institución o persona en lo referente a lo cualitativo y cuantitativo de consumo de alimentos y sus hábitos.

Existen distintos métodos para la medición objetiva de la calidad de los servicios de salud basados en resultados de diseños o protocolos para tal propósito, permitiendo una estratificación relativa de los mismos con el objetivo de mejorar dicha atención hacia los pacientes.

3.2.2.4.2 VARIABLES DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Para objeto de este estudio se han considerado como factores de calidad de los servicios de salud a los siguientes:

- Calidad de la atención Prestada por personal de Nutrición: Existen estudios que demuestran que la implementación de distintos programas de educación en salud mejoran significativamente la adherencia al tratamiento, dentro de este, el pilar nutricional refleja en muchas ocasiones el resultado de las habilidades de comunicación interpersonal del dietista o Medico. (30).
- Conocimiento del paciente sobre su diagnostico y beneficios del abordaje nutricional: Se describe este factor como altamente determinante en el nivel de adherencia al tratamiento, este factor en múltiples estudios se le adjudica al paciente en sí, pero una atención adecuada por el personal de salud, como la resolución de dudas, tiempo prudencial en las

consultas, calidad del plan educacional, educación en salud etc., son elementos en poder del personal de salud que influyen en el conocimiento del paciente. (36,37,38)

3.3 TRATAMIENTO

Defínase tratamiento como el cuidado y atenciones prestadas a un paciente con el objeto de combatir, mejorar o prevenir una enfermedad, trastorno morbo o lesión traumática. Existen distintos tipos o modalidades de tratamiento dentro de las cuales figuran el tratamiento activo el cual está encaminado a la curación, el paliativo trata de aliviar los dolores u otros síntomas, el profiláctico intenta prevenir la instauración de la enfermedad, el causal aborda el agente etiológico. Puede ser farmacológico, utilizando medicamentos, quirúrgico, aplicando técnicas de esa índole, de apoyo ayudando al mantenimiento del paciente y nutricional condicionando de manera sustractiva, aditiva o de modificación de hábitos de la alimentación del paciente. (28,29).

En cualquier enfermedad, el tratamiento depende de cambios fundamentales en el comportamiento, como cambios en la dieta, hacer ejercicio, dejar de fumar y reducir el consumo de bebidas alcohólicas y agregar un régimen completo de medicamentos. Muchos pacientes con problemas médicos, incluso aquellos con acceso a cuidados no buscan los apropiados o pueden abandonarlos antes de tiempo, otras razones radican en trastornos psiquiátricos, incertidumbre acerca de la efectividad del tratamiento, falta de conocimiento sobre las consecuencias de la mala adherencia, complejidad del esquema de tratamiento y efectos colaterales del mismo.(39).

3.3.1 TRATAMIENTO NUTRICIONAL.

La relación entre los hábitos dietéticos y enfermedad, está actualmente demostrada. El abordaje nutricional tiene una capacidad de prevención en gran número de patologías que son cada día más prevalentes en nuestros países así también la prescripción dietética en nutrición sirve a los mismos fines descriptivos que la prescripción medicamentosa en la farmacia. Designando el tipo, cantidad y frecuencia de los alimentos

basada en el proceso patológico de la persona y los objetivos del tratamiento. (3,40).

Con el término de dietética se refiere a la alimentación modificada que se utiliza para el tratamiento de determinadas patologías y cuyo objetivo es conseguir un buen estado nutricional mediante un aporte de nutrientes adecuado a las necesidades del paciente. Muchas de estas modificaciones introducidas a la alimentación normal del individuo pueden ser la base del tratamiento de determinadas patologías, cabiendo citar errores congénitos del metabolismo, intolerancia al gluten, o ser coadyuvantes en el tratamiento de diversas enfermedades crónicas. (3).

Actualmente la dietética o tratamiento nutricional forma una parte importante de la terapéutica moderna, siendo la disciplina que relaciona los alimentos con las necesidades humanas por medio de la aplicación de los principios nutricionales a la regulación de la dieta en relación con la salud y la enfermedad. La dietoterapia utiliza esta relación para tratar las necesidades en caso de enfermedad o trastorno relacionado con la alimentación. (28,41).

3.3.1.1 DIETAS TERAPÉUTICAS.

Son aquellas dietas destinadas para el tratamiento de determinadas enfermedades y que sirven para intervención de las mismas, como coadyuvantes y en muchos casos como medida terapéutica única. (41).

3.3.1.1.1 DIETAS DE CONTROL DE ENERGÍA:

La cualidad especial de este tipo de dietas es la reducción del aporte calórico total, con el objeto de conseguir un balance energético negativo y reducir el peso corporal del paciente. Desde el punto de vista nutricional se procura que sean equilibradas aunque incompletas por su bajo valor calórico, debiendo realizarse durante periodos de tiempo cortos, bajo estrecha vigilancia médica, recomendándose la

administración concomitante de suplementos vitamínicos y minerales cuando el contenido calórico es menor a 1000 Kcal. (42).

Estas dietas tienden a ser hiperproteicas y deben contener al menos 50g de carbohidratos para evitar un balance nitrogenado negativo. Se ven limitadas en la dieta cualquier alimento con alto contenido calórico o graso: aceites, mantequilla, margarina, frutos secos, frutas grasas, quesos curados, carnes grasas, pan blanco y pasteles, bebidas alcohólicas y refrescos.

3.3.1.1.2 DIETAS CON CONTROL DE PROTEÍNAS:

Están indicadas en pacientes con insuficiencia renal y encefalopatía hepática en fase aguda. Este grupo de dietas se caracteriza por ser normocalóricas, bajas en proteínas, debiendo administrarse preferentemente de origen animal para cubrir las necesidades de aminoácidos esenciales. Conllevan restricción en sodio y fósforo pueden ser deficitarias en riboflavina, calcio, tiamina, niacina y ácido fólico. Puede existir una relativa restricción de líquidos según sea personalizado al paciente. (42).

3.3.1.1.3 DIETAS CON CONTROL LIPIDÍCO.

Indicada en procesos como la hiperlipoproteinemias, tipo I y IIa, colecistopatías además de procesos que involucran malabsorción de las grasas. Una dieta normocalórica, con un aporte lipídico entre un 20-22% sobre el valor calórico, predominando ácidos grasos mono y poliinsaturados sobre los saturados y un decremento del aporte de colesterol menor de 300mg.

Diferenciando las condiciones patológicas de cada paciente existen distintos tipos de la misma tales como: Dieta

hipolipídica y Dieta de protección bilio-pancreática. (42).

3.3.1.1.4 DIETAS CON CONTROL DE CARBOHIDRATOS.

En mayor medida estas dietas están destinadas al control de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo I y tipo II que requieran indicaciones energéticas entre 1500 y 2500 Kcal. Existen distintos códigos que son adaptables según las necesidades adecuadas a cada paciente, con variación de las raciones proteicas, grasas y de carbohidratos. (42).

3.3.1.1.5 DIETAS CON CONTROL DE SODIO.

Este tipo de régimen comprende varios niveles de restricción. Indicadas en su mayoría a pacientes diagnosticados con Hipertensión arterial, insuficiencia renal, insuficiencia Cardíaca, hepatopatías, tratamiento crónico con esteroides. Pueden conllevar otras restricciones y modificaciones dietéticas dependiendo la gravedad de la patología. Los regímenes hiposódicos menos restrictivos suprimen la adición de sal a los alimentos, tanto durante la elaboración de los mismos y en su consumo en la mesa. (42).

3.3.1.1.6 DIETAS PARA MANEJO DE INTOLERANCIAS.

Este tipo de dietas están diseñadas a manera sustractiva de los elementos que contengan factores de intolerancia para el paciente, pudiendo estar combinadas con los regímenes anteriores según sea la necesidad personal del paciente. Dentro de las más comunes existen:

- Dieta exenta de lactosa: En pacientes con déficit total o parcial de lactasa la lactosa llega intacta al colon

provocando distensión abdominal causado por la microbiota indígena al procesar el disacárido, pueden producirse diarreas acidas debidos a la irritación física y osmótica producido por las bacterias.

- Dieta exenta de gluten: Siendo el gluten una proteína que se encuentra en algunos cereales de consumo humano común la enfermedad celiaca es un problema observable en muchos pacientes, esta proteína está conformada por dos fracciones proteicas, la gliadina y la gluteína, siendo de ellas la primera la causante de la enfermedad.

3.3.1.1.7 DIETA CON CONTROL DE FIBRA Y RESIDUOS.

Prescribiéndose las siguientes variantes:

- DIETA SIN RESIDUOS O BAJA EN FIBRA: Este régimen dietético pobre en fibra insoluble y baja en lactosa. Desde el punto de vista nutricional se considera incompleta dando lugar a establece niveles de progresión en función de la evolución del paciente. Indicada en enteropatías diarreicas agudas o crónicas, pre y post-operatorios del tramo intestinal o posterior a la utilización de preparados para la exploración radiológica del sistema gastrointestinal. (42).
- DIETA RICA EN FIBRA: La fibra insoluble compuesta por celulosa, siendo este un polisacárido no catabolizable por la mayor parte de mamíferos careciendo de contenido enzimático para tal propósito. La fibra dietética se encuentra en los alimentos de origen vegetal, por tanto en alto contenido existente en frutas, legumbres, verduras, pan y pastas integrales. Nutricionalmente se el considera una dieta completa y equilibrada. Indicadas

esencialmente en el tratamiento del estreñimiento crónico y en la prevención de enfermedades intestinales.

3.3.1.1.8 DIETA BAJA EN CARGA BACTERIANA.

Estas dietas están prescritas esencialmente a los pacientes que han sido trasplantados, como coadyuvantes para la prevención de la infección. Debiendo ajustarse a tres principios generales:

- Evitar en el contenido bacterias gramnegativas y levaduras.
- Practica de técnica segura de manipulación y preparación de los alimentos.
- Evitar alimentos contaminados con microorganismos.

3.3.2 ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Una de las definiciones mas aceptadas la que define adherencia terapéutica como una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado. (43).

La adherencia terapéutica comprende numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar las preparaciones farmacéuticas prescritas. En el año 2001 los participantes en la reunión sobre adherencia terapéutica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) llegaron a la conclusión que definir la adherencia terapéutica como: “el grado en el que el paciente sigue las instrucciones médicas” era un punto de partida conceptualmente útil. Sin embargo, el término reservado solo al personal médico era insuficiente dado que no contemplaba la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas. Denotando además la palabra “instrucciones” al paciente como receptor pasivo. (38)

La evaluación del comportamiento de la adherencia terapéutica es necesaria para el diseño de abordajes más efectivos y eficientes, logrando cambios en los resultados de salud que puedan atribuirse a un régimen recomendado. De manera indiscutible, no existe ningún patrón de oro para la medición del comportamiento de la adherencia terapéutica. (38).

Un enfoque válido de medición radica en solicitar a los tratantes y pacientes sus calificaciones subjetivas sobre el comportamiento de adherencia. En este modelo se ha encontrado que al momento que los tratantes evalúan el grado en que los pacientes siguen sus recomendaciones existe una sobreestimación de la adherencia. Se mencionan además otros modelos de medición de adherencia terapéutica tal como lo son los cuestionarios estandarizados administrados a los pacientes. No se ha demostrado la existencia de rasgos específicos y estables en los pacientes que prediga de manera fiable la adherencia terapéutica. Aun así, los cuestionarios que evalúan comportamientos específicos que se relacionan con recomendaciones médicas específicas como cuestionarios sobre la frecuencia de consumo de alimentos, para medir el comportamiento alimentario, pueden ser mejores factores predictivos del comportamiento de adherencia terapéutica. (38).

En muchos estudios se ha encontrado que en los países industrializados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas promedia solo el 50%. Suponiendo que la magnitud y las consecuencias de la adherencia terapéutica deficiente en los países en desarrollo son aún mayores, dada la escasez de recursos en salud pública y la accesibilidad a los servicios de salud. Las consecuencias de la deficiente adherencia terapéutica se expresa en diversas esferas de la vida del paciente, en diversos componentes del sistema de salud y en los cuadros de morbilidad y mortalidad de la población, incidiendo las consecuencias médicas de la falta de la adherencia de determinada modalidad terapéutica necesaria para el abordaje en el aspecto económico y social del individuo, los beneficios económicos de la buena adherencia terapéutica se expresan en los ahorros generados por la disminución del uso de los servicios de salud, además de el ahorro que

representa la disminución por progresión de la enfermedad, crisis o recaídas. (36, 37,44).

La falta de apego al tratamiento puede generar grandes pérdidas desde el punto de vista personal. Las complicaciones que puedan suscitarse y las secuelas que trae consigo determinada enfermedad que no se aborde de forma integral o sin existir una adecuada adherencia a las modalidades terapéuticas necesarias pueden presentar una carga de sufrimiento físico, que puedan afectar de modo significativo la calidad de vida y la capacidad laboral representando un costo social. (37,44).

3.3.2.1 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL.

Al igual que el tratamiento farmacológico y otras modalidades terapéuticas la son identificables una amplia gama de factores que intervienen en la adherencia a la intervención nutricional prescrita para el abordaje de muchas enfermedades crónicas o no crónicas.

Existe una diversidad de estudios que abordan la adherencia al tratamiento en diferentes situaciones patológicas, se han evidenciado claramente variables intervinientes en estudios comparativos de adherencia al tratamiento de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en contextos Urbanos y Rurales, implicando una serie de elementos de tipo conductual, cognoscitivo y emocional que parecen estar condicionados por elementos culturales además de algunos “estilos”, según se menciona, de atención medica propia de determinados contextos geográficos. Además de demostrar que como parte de una atención médica de calidad es prescindible contar con programas educativos para el manejo de patologías crónicas que requieran intervención nutricional. En estos trabajos se ha determinado que solo el 25% a 50% de los pacientes acogen específicamente las recomendaciones dietéticas prescritas. Estos estudios demuestran la existencia de

elementos sobre el conocimiento de la enfermedad, vinculadas condiciones socioculturales, de acceso y calidad de los servicios de salud. (35,45).

Además de implicar una diversidad de conductas y cambios de conducta, la adherencia al tratamiento nutricional puede ocurrir en cualquier momento (al inicio, durante o al finalizar un programa terapéutico) o circunstancialmente (el paciente se adhiere bien a la recomendación de no consumir alcohol cuando está en casa pero los fines de semana la incumple) o a ciertas prescripciones o recomendación pero no a otras (por ejemplo, un diabético insulín dependiente se puede adherir bien a las inyecciones de insulina pero no hacerlo a la dieta prescrita).(34)

3.3.2.2 VARIABLES IMPLICADAS EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

Las tendencias actuales radican en la explicación de la adherencia al tratamiento a través de variables implicadas. Haynes llegó a determinar más de doscientas variables que se pueden relacionar a la adherencia. Ortego Mate en el estudio “la Adherencia al tratamiento. Variables implicadas” estableció siete grandes grupos:

1. Creencias del Paciente;
2. El tipo de enfermedad;
3. Tratamiento establecido;
4. Relación entre el paciente y personal de salud;
5. La información o conocimiento sobre enfermedad-tratamiento;
6. El apoyo social;
7. Variables de Organización.

(34,36).

3.3.2.2.1 CREENCIAS DEL PACIENTE.

Las creencias de los pacientes hacen referencia al conjunto de conocimientos sobre la enfermedad y tratamiento, además de temores que pueden repercutir sobre la adherencia. Es imperativo recordar que el paciente no visualiza el tratamiento tal y como

el Consultado le prescribe, por el contrario, tiene sus propias representaciones de los procesos de salud-enfermedad a los cuales esta sujeto, planificando y actuando según los procesos y los temores que le acompañan. Estos temores y representaciones se originan de fuentes tales como: amigos, familiares, medios de comunicación, síntomas corporales, de origen psicológico e información que ofrece el profesional de salud. (34).

Parte de las creencias que se deben explorar, ya que está comprobada su participación en la adherencia, están: las metas esperadas del tratamiento, la motivación, la severidad percibida, la vulnerabilidad percibida y la autoeficacia percibida. (34).

3.3.2.2.2 EL TIPO DE ENFERMEDAD.

Los niveles más bajos de adhesión se presentan en pacientes con enfermedades crónicas, en las cuales no se presenta malestar o riesgo evidente, en aquellas que requieren cambios en estilo de vida. Como se menciona con anterioridad este problema es evidente en pacientes diabéticos, donde la enfermedad exige muchas demandas que requieren cambios en los estilos de vida, lo cual dificulta la adherencia. (34).

La sintomatología de la enfermedad debe tomarse como un conjunto de claves para la acción y reforzadores de la adherencia. En lo relativo a las claves para la acción se debe tomar en cuenta la presencia de determinados síntomas (dolor, mareos, malestar) pudiendo constituir un potente indicador para poner en práctica una prescripción terapéutica concreta. Utilizando como reforzadores, como el alivio inmediato o mediano de las manifestaciones de la enfermedad padecida al adherirse a la terapéutica

establecida, teniendo así mayor probabilidad de desarrollar un buen nivel de adherencia. Cuando el paciente presenta una enfermedad asintomática, no dispone de señales internas para tomar acciones concretas, no recibiendo refuerzo para la conducta de seguimiento, con lo cual la adherencia disminuye. (34).

3.3.2.2.3 TRATAMIENTO ESTABLECIDO.

Ortego Mate describe en este apartado variables implicadas a regímenes farmacológicos determinados siendo aplicables a un régimen dietético las siguientes:

- Duración del régimen terapéutico. Según mencionan distintos estudios, las tasas de adhesión se deterioran con el tiempo. De la misma forma las conductas de adhesión a estilos de vida se ven afectadas cuando existen enfermedades crónicas a tratar.
- Complejidad del régimen terapéutico. Se observa que la probabilidad de fallo o problemas de adherencia se incrementa a medida que aumentan los cambios que son exigidos en las actividades habituales de la vida cotidiana del paciente, cuanto más incompatibles sean estos cambios de vida a los hábitos existentes, se observara una mayor dificultad.

3.3.2.2.4 RELACIÓN ENTRE LOS PACIENTES Y EL PERSONAL DE SALUD.

Existen muchas deficiencias en habilidades sociales que son identificables en los profesionales de la salud. Estas deficiencias van a repercutir de manera negativa sobre el recuerdo y la comprensión de la información que el personal de salud proporciona al paciente. El grado de satisfacción de la atención

recibida, es un factor claramente influyente en la adherencia al tratamiento. (30, 34, 35,45).

Se hace necesario que los profesionales de salud cuenten con habilidades sociales destinadas a mejorar la relación que se establece con sus pacientes. Con esto se hace evidente la necesidad existente para la capacitación adecuada del personal de salud en este aspecto, la mala adherencia terapéutica crea un círculo vicioso en el cual se desarrolla un sentimiento de insatisfacción creando problemas de relación entre el profesional y el paciente. (34)

3.3.2.2.5 LA INFORMACIÓN O CONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO.

La comprensión es el elemento básico para recordar la información y adherirse a los tratamientos. Se ha observado que la proporción de información con el fin de alcanzar un mínimo de comprensión contribuyendo a mejorar las tasas de adherencia. Siendo esta muchas veces la estrategia exclusiva a utilizar por los profesionales de salud. (34, 27).

La mala comprensión de la información, muchas veces el paciente no alude a ello, impidiendo que el profesional obtenga información acerca de las dificultades del mensaje y pueda rectificar subsiguientes comunicaciones. Con este fin se deben estipular estrategias destinadas a verificar la comprensión de la información con fines terapéuticos. (34).

3.3.2.2.6 EL APOYO SOCIAL.

Los lazos sociales pueden actuar como soporte para mantener la salud además de amortiguar los efectos negativos que sobre la salud pueden producir determinados acontecimientos de la vida. Se describe que un familiar muy intrusivo o sumamente crítico pueden provocar un efecto que resulte en un deterioro de la condición del paciente y en un aumento de la falta de adhesión terapéutica. De la misma forma, la falta de interés y el rechazo que pueden manifestar personas significativas al paciente, puede representar un gran obstáculo. (34).

Existen beneficios que el paciente puede obtener de los cuidados dispensados por la familia, incluyendo además los asociados al cambio de elementos de estilo de vida familiar relacionándose también con la adherencia. Estudios han demostrado que aquellos pacientes percibían una actitud de irritación o disgusto por parte de la familia hacia ellos tenían un pronóstico adverso en lo referente a la adherencia al tratamiento. (34)

Los regímenes extensos de autocuidados, afectan no solo al paciente, sino también a su familia. Las familias en la mayor parte de casos tienen desconocimiento sobre las formas de abordar diferentes situaciones que implican el régimen terapéutico, sintiéndose cansadas, dudosas al respecto sobre lo adecuado de sus acciones como apoyo. Las familias de los pacientes que han recibido algún tipo de entrenamiento o asesoramiento, mejoran su adaptación a la situación, mejorando a su vez la adherencia terapéutica de los pacientes. (34).

Otro tipo de apoyo sustancial, son los grupos de apoyo. Estos pueden ser utilizados por los pacientes

como sus allegados. Existen diversidad de grupos para diferentes poblaciones clínicas, como los denominados “Club de Diabéticos”, “Club de Hipertensos”, etc. (34).

3.3.2.2.7 VARIABLES DE ORGANIZACIÓN.

Existen variables identificadas de la organización de los servicios de salud que se ha demostrado como facilitadoras o obstáculos para la adherencia al tratamiento tales como: La continuidad en la atención prestada, la programación de citas y la posibilidad de supervisión de la conducta de adherencia. Como cabría esperar, cuanto mayor sea la continuidad de la atención que se ofrece al paciente mayor resultara su adherencia. (34).

La deficiente adherencia a las prescripciones de salud se ven asociadas a una serie de consecuencias negativas, las cuales Ortego agrupa en cuatro apartados: Incremento de los riesgos, la morbilidad y mortalidad, Aumento de la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y tratamiento, Crecimiento en los costos sanitarios, desarrollo de sentimientos de insatisfacción y problemas de relación que se establece entre el personal de salud y el paciente. Cada vez son mas lo profesionales en la salud que dan importancia a la falta de adhesión de sus pacientes, son varios los estudios que señalan que los profesionales sobreestiman, la adherencia al tratamiento. De esta forma los profesionales son los últimos en conocer la falta de adherencia terapéutica de sus pacientes, dado que los pacientes no revelan tal información o los procedimientos para evaluar la adhesión al tratamiento son poco fiables, además de evitar preguntar o interferir al respecto. (30, 34,45).

Los esfuerzos enfocados al incremento de la adherencia terapéutica están contemplados como tarea de todo un equipo, parte de estos esfuerzos radica en la identificación y valorización de los factores que se relacionan a la dificultad a la adherencia permitiendo formular acciones facilitadoras de las diferentes modalidades terapéuticas (34).

4. METODOLOGÍA.

4.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: Descriptivo, Transversal.

4.2 UNIDAD DE ANÁLISIS:

Información que proporcionaron los pacientes adultos que consultaron a la clínica de nutrición para adultos del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt periodo comprendido entre el 17 de agosto al 29 septiembre de 2009.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

4.3.1 POBLACIÓN:

La población de la investigación estuvo conformada por todos los y las pacientes adultos que consultaron a la Clínica de nutrición del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, siendo para el periodo estipulado aproximadamente el número de consultantes entre cien y ciento veinte.

4.3.2 MUESTRA:

Por medio de un muestreo no aleatorio de conveniencia, se seleccionaron 100 pacientes adultos consultantes a la Clínica de nutrición de la consulta externa del Hospital Nacional Pedro de Betancourt que refirieron dificultad a la adherencia al tratamiento nutricional y/o a quienes el personal de nutrición identificó con dificultad o incumplimiento.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

4.4.1 Criterio de inclusión:

Pacientes adultos que consultaron a la Clínica de nutrición de la Consulta externa del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt que presentaron cualquier tipo de dificultad a la adherencia al tratamiento nutricional.

4.4.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes que no hablaban español.
- Pacientes que no desearon participar en el estudio.
- Pacientes que consultaron por primera vez en las últimas dos semanas del trabajo de campo.
- Pacientes que consultaron por primera vez en las primeras 5 semanas que no asistieron a cita posterior.

4.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES.

DIMENSIÓN	VARIABLE	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Instrumento
Biológica	Sexo	Clasificación de los hombres o mujeres, teniendo en cuenta numerosos criterios, entre ellos las características anatómicas y cromosómicas. En lo referente a la condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres sexuados	Condición genérica referida por documento de identificación legal o datos de expediente clínico nutricional y/o medico. (Masculino o Femenino).	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Boleta de Recolección de datos.
	Edad	Período o espacio de tiempo el cual ha transcurrido desde el nacimiento expresándose para los niños en horas días o meses, edad de los jóvenes y adultos que se expresa en años. En lo referente al tiempo transcurrido en la vida de un organismo.	Tiempo de vida del paciente determinable por el documento de identificación legal o expediente clínico nutricional y/o medico expresado en años.	Cuantitativa	Razón.	Boleta de recolección de datos.
	Diagnóstico	Identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de pruebas analíticas y otros procedimientos.	Enfermedad que el paciente refiera tener. Determinable por el tratamiento médico instaurado. Según tratamiento Nutricional o tipo de dieta prescrita.	Cualitativa Politómica	Nominal	Boleta de recolección de Datos
	Estado Emocional	Estado de ánimo producido por impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos que con frecuencia se traduce en gestos actitudes u otras formas expresión. En lo referente a un aspecto afectivo de la conciencia en contraposición con la volición y la cognición, acompañada de cambios orgánicos de origen innato, influida por la experiencia y que tiene la función adaptativa.	Todo paciente que no refiera sentirse bien emocionalmente y/o conforme con su tratamiento y/o diagnóstico. (Favorable-Desfavorable)	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Boleta de recolección de Datos.
	Hábitos alimenticios personales	Serie de costumbres alimentarias y gustos personales instaurados previo al diagnóstico que motiva la intervención nutricional.	Existencia de gustos alimentarios hábitos alimentarios del paciente que atenten contra el régimen dietario prescrito. (ej.: si es Diabético, consumo previo frecuente de pasteles o dulces, etc.) (Si o No)	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Boleta de recolección de Datos.
	Discapacidad	Perdida o reducción de capacidad la física o mental. En lo referente a la incapacidad adquirida o congénita para ciertos trabajos, movimientos, deportes etc.	Referencia del paciente o familiares de presentar discapacidad física y/o mental. (Si o No)	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Boleta de Recolección de Datos.

Ecológica	VARIABLE	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo Variable de	Escala de Medición	Instrumento
	Ambiente	Conjuntos de elementos físicos, y sociales entre los cuales se desarrolla el individuo. Referencia del paciente al conjunto de elementos contextuales con relación al estilo de vida, laboral, ecológico en el que se encuentra el paciente viviendo.	Área donde el paciente refiera vivir. (Urbano o Rural)	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Boleta de Recolección de Datos.
	Apoyo Familiar	Tratamiento sensible y comprensivo ofrecido por la familia que conoce el diagnóstico del paciente con lo que contribuye a aceptar y sobrellevar su enfermedad dentro del contexto del proceso salud-enfermedad incluyendo cambios de hábitos alimentarios de la familia que facilita la intervención nutricional del paciente.	Paciente refiere o no apoyo. Si existen hábitos alimentarios nuevos en el núcleo familiar a raíz de su diagnóstico. (Satisfactorio, parcialmente satisfactorio, sin apoyo.)	Cualitativa Politémica	Nominal.	Boleta de recolección de datos.
	Disponibilidad local de elementos de la dieta prescrita.	Existencia física en la localidad de los elementos que conforman determinada dieta.	Posibilidad que el paciente tiene para conseguir los elementos de la dieta prescrita en su comunidad. (Sí o No)	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Instrumento de Recolección de datos.
Estilos de Vida	VARIABLE	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo Variable de	Escala de Medición	Instrumento
	Ingreso Mensual	Cantidad de dinero devengada mensualmente por núcleo familiar o persona, con el fin de suplementar de elementos de necesidad básica en una familia determinada.	Cantidad de ingreso económico en Quetzales que percibe a nivel familiar/individual mensualmente, denotado según el salario mínimo actual. (< Q.1,560 no adecuado, > Q.1,560 adecuado.) (Adecuado o Inadecuado)	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Boleta de recolección de datos.
	Escolaridad	Nivel educativo alcanzado por determinado individuo.	Nivel de educación que el paciente refiere haber completado. (DESFAVORABLE: Primaria Incompleta, Primaria completa, secundaria incompleta. FAVORABLE: secundaria completa, estudios de diversificado o superior. *tomando como secundaria: 1ro a 3ro básico) (Favorable o Desfavorable)	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Boleta de recolección de datos.
	Religión	Elemento de la actividad humana que suele componerse de creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.	Referencia del paciente sobre existencia de prácticas religiosas propias que puedan interferir con la dieta prescrita por el personal de Nutrición. (Sí o No)	Cualitativa Dicotómica	Nominal.	Boleta de Recolección de Datos.
	Identidad Cultural	Población humana en la cual los miembros se identifican entre ellos, en el contexto religioso, místico y folklórico.	Apreciación personal del paciente sobre su identidad cultural y/o lengua materna maya. (Indígena o No Indígena)	Cualitativa Dicotómica	Nominal.	Boleta de Recolección de Datos

Servicios de Salud	VARIABLE	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo Variable de	Escala de Medición	Instrumento
	Calidad de la atención prestada por el personal de Nutrición.	Percepción por el paciente de la actitud personal y de servicio con la cual se presenta el/la Nutricionista al momento de la entrevista incluyendo la calidad de la información, actitud del profesional, proporcionado por este ultimo al paciente con relación al tratamiento prescrito, incluyendo la implementación de distintos programas de educación en salud	Referencia al paciente sobre la actitud del personal al momento atención recibida además de inclusión o invitación a grupos de charlas en las cuales se aborda temas sobre la alimentación adecuada para el manejo de su enfermedad. (Adecuada o Inadecuada).	Cualitativa Dicotómica	Nominal.	Boleta de Recolección de Datos.
	Conocimiento del Paciente sobre su diagnóstico y beneficios de el abordaje nutricional.	En lo referente al conocimiento adecuado o inadecuado sobre la enfermedad que padece, consecuencias a largo plazo, y los beneficios de la adecuada adherencia a la prescripción dietética.	Conocimiento del paciente de al menos 2 complicaciones de su enfermedad, incluyendo conocimientos del beneficio del tratamiento dietético prescrito. (Adecuado o Inadecuado).	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Boleta de recolección de datos.

4.6 TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

4.6.1 TÉCNICA

La técnica utilizada para recolección de datos fue la entrevista, la cual permitió documentar los diferentes contextos factoriales, en los cuales radica la dificultad al apego de la prescripción dietética según la literatura revisada.

4.6.2 PROCEDIMIENTOS

Para el objeto del presente estudio se agruparon los distintos factores asociados a la dificultad a la adherencia al tratamiento nutricional, según el modelo Lalonde de concepto de salud, evidenciando la frecuencia dentro de los 4 contextos establecidos en pacientes con dificultad a la adherencia de la dietoterapia ambulatoria, e identificando a los más incidentes.

Se procedió a asistir por la mañana (8 A.M) a la clínica de nutrición en consulta externa, abordando a los y las pacientes posterior a la atención de problemas y prescripción de intervención dietética con el personal de nutrición con el cual se determinó de manera objetiva resultados del régimen dietético instaurado según corresponda, se solicitó al paciente

que atendiera la solicitud de participación al estudio por medio del llenado del instrumento estadístico inmediatamente concluida su consulta, explicando el objetivo del estudio se pidió su participación voluntaria cuestionándole sobre existencia de dificultad a la adherencia. No teniendo el/la participante dudas u objeciones a la participación, se procedió a la entrevista.

4.6.3 INSTRUMENTOS

Al inicio se adjudicó a el/la paciente el numero que le corresponde como parte de la población a estudio.

La primera parte constó de una sección de identificación con los datos generales del paciente (Nombre, sexo, edad etc.), todos los instrumentos fueron debidamente numerados e identificados.

La segunda parte del instrumento comprende la entrevista propiamente, la cual está dividida a su vez en cuatro secciones correspondientes a las cuatro dimensiones del concepto de salud de Lalonde (Biológico, Ecológico, Estilos de Vida y Servicios de Salud.) Estas secciones individuales contienen preguntas en su mayoría cerradas para la nominación de las variables.

Las preguntas a realizar se plantearan en el orden establecido en el instrumento de recolección de datos. Y las respuestas se anotaran en un sistema de preguntas cerrado en su mayoría. Aquellos pacientes que durante las primeras 5 semanas de trabajo de campo asistan a la consulta externa de nutrición se le citara a la semana siguiente, donde se procederá como se describe anteriormente.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS:

El presente estudio es clasificado como tipo I debido que no presentó modificación o intervención sobre las variables, respetándose la intimidad del paciente. Se tomó en cuenta los aspectos bioéticos, los cuales son:

Beneficencia: Debido a que el estudio brinda información que permite a los pacientes evitar incumplir su tratamiento nutricional.

Respeto por las personas: Previo, durante y posterior al procesos de recopilación de información se trató a los y las participantes con respeto (verbal, psicológico y físico).

Justicia: El trato a los/las pacientes fue justo debido a que en ningún momento se les discriminó por factores genéricos, culturales, socioeconómicos etc.

4.8 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS

4.8.1 PROCESAMIENTO DE DATOS.

Se tabuló manualmente la información en papel, la cual fue ingresada electrónicamente a una hoja de cálculo en el ámbito del programa Excel de Microsoft Office. Expresando numéricamente las tendencias específicas en conjunto y por tipo de intervención. Los resultados se expresaron en frecuencia presentándolos en cuadros y tablas, apoyándose para tal efecto en el programa anteriormente mencionado. Exponiendo las diferentes variables con sus tendencias correspondientes.

4.8.2 ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Se realizó un análisis descriptivo de los resultados obtenidos. Cuantificando los factores relacionados con los distintos contextos del campo de salud del modelo Lalonde. Dichos resultados agrupados según el contexto perteneciente, presentados como se menciona anteriormente.

4.9 ALCANCES Y LIMITES.

4.9.1 ALCANCES:

- Dado que se realizó una entrevista al paciente se pudo proceder a ser claro especificando y resolviendo dudas en las preguntas.

- Se obtuvo información que permitió la identificación de factores asociados a la dificultad de adherencia al tratamiento nutricional en los pacientes evaluados y por ende al fallo de la misma adherencia.
- Con lo anterior se dio paso a la eventual iniciativa de la creación de acciones e instrumentos específicos, con el objetivo de aminorar las dificultades de los pacientes que se someten a un régimen dietético determinado para el tratamiento de los distintos estados patológicos.
- Se determinó la frecuencia de los distintos factores en los pacientes con dificultad a la adherencia al tratamiento nutricional, lo cual permitirá una posible mejoría de la calidad de la atención de los servicios de salud en la consulta externa de nutrición.

4.9.2 LÍMITES:

- Una limitación del estudio es que estuvo supeditado a una metodología subjetiva para determinar las características de la población con dificultad a la adherencia del tratamiento nutricional.
- Solo se tomó en cuenta a los pacientes que consultan a la consulta externa de nutrición del Hospital Nacional Pedro de Betancourt obviando a los que no reconsultan.

5. RESULTADOS.

Los resultados que se presentan a continuación pertenecen a 100 pacientes identificados con dificultad a la adherencia nutricional, consultantes a la clínica de nutrición para adultos del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Antigua Guatemala.

CUADRO 1

CARACTERÍSTICAS MÁS FRECUENTES DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN DIFICULTAD A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL. HOSPITAL PEDRO DE BETANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA. AGOSTO A SEPTIEMBRE DE 2009. GUATEMALA, OCTUBRE DE 2009.		
CARACTERÍSTICA		PACIENTES
EDAD	46-84 años	71
SEXO	Femenino	84
ETNIA	No indígena	82
PROCEDENCIA	Urbana	60
ESCOLARIDAD	No adecuada	64
ENFERMEDAD PREVALENTE	Diabetes Mellitus tipo II	47
REGIMEN DIETÉTICO	Dieta Hipograsa	46
RELIGIÓN	Cristiana	96
		n= 100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

CUADRO 2

DISTRIBUCIÓN DE FACTORES FRECUENTEMENTE IDENTIFICADOS EN LA DIFICULTAD A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL. HOSPITAL PEDRO DE BETANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA. AGOSTO A SEPTIEMBRE DE 2009. GUATEMALA, OCTUBRE DE 2009.	
<i>BIOLÓGICO</i>	
Factor	Pacientes
HÁBITOS ALIMENTICIOS PERSONALES	76
<i>ECOLÓGICO</i>	
Factor	Pacientes
APOYO FAMILIAR NO ADECUADO	40
<i>ESTILOS DE VIDA</i>	
Factor	Pacientes
INGRESO MENSUAL NO ADECUADO	71
<i>SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA SALUD</i>	
Factor	Pacientes
CONOCIMIENTO NO ADECUADO SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y BENEFICIOS DEL ABORDAJE NUTRICIONAL.	77
n= 100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

6. DISCUSIÓN.

A manera de describir las características generales de los pacientes evaluados es necesario mencionar que 71 de estos, oscilaban entre los 46 y 84 años. En el estudio *“Gender, age, socio-demographic and lifestyle factors associated with major dietary patterns in the Spanish”* elaborado por la universidad de Navarra en el 2003, se evidenció que a una mayor edad de los pacientes se asociaba un mayor nivel de adherencia al tratamiento nutricional. En este estudio el grupo etario predominante de los pacientes con dificultad a la adherencia esta comprendido por pacientes mayores. Esto puede responder a que en nuestra población, tal como se identifico en el cuadro 1, las enfermedades crónicas son las que predominan, estas a su vez son las que presentan una mayor prevalencia en este grupo de edad (anexo cuadro 1). Otro factor probablemente influyente es el nivel de dependencia al cual están sujetas nuestras personas mayores en Guatemala a diferencia de otras poblaciones, donde los sistemas político-sociales son un tanto más favorables en cuidados para la salud. (32).

La enfermedad más prevalente dentro de este grupo de pacientes es la Diabetes Mellitus tipo II, presentada en 47 pacientes en el cuadro 1, siguiendo la hipertensión arterial y obesidad, manifestadas en 38 y 5 pacientes respectivamente (Anexo cuadro 1). Estos pacientes a la fecha se encuentran bajo regímenes dietéticos diversos, encontrando entre las más frecuentes modalidades: dieta Hipograsa en 46 pacientes, la dieta hiposódica y la dieta hiocalórica-hipograsa en 38 y 23 pacientes respectivamente (anexo cuadro 3).

Con respecto a la Enfermedad predominante, los datos encontrados en el estudio *“Factores psicosociales que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II”* (30), demostró que en este grupo de pacientes existen otros elementos altamente incidentes en su nivel de adherencia terapéutica; como la cronicidad de la enfermedad, situaciones emocionales, la relativa falta de manifestaciones inmediatas que indiquen al paciente un cuidado especial de su condición, exigiendo además cambios en estilos de vida, el tipo de dieta (30). Lo anterior además es compatible con otras entidades clínicas que le siguen en frecuencia (Anexo cuadro 1). Por lo descrito anteriormente es evidente que la enfermedad que presenta el paciente es influyente en su nivel de adherencia al tratamiento nutricional.

Predominó el grupo femenino (84 pacientes), con respecto al género estos resultados son compatibles con estudios sobre adherencia a la dieta, tal y como se cita en estudios de la percepción por género de los conceptos y objetivos de los regímenes dietéticos para el abordaje de la obesidad realizados en España. Destacan publicaciones como “La mujer hace peores dietas que el varón cuando quiere perder peso” publicada por la revista Española “El Mundo”, mostrando diferencias sustanciales en el concepto, en las razones de los hombres y las mujeres relacionadas a los regímenes dietéticos (31). Aún así, esta situación podría radicar en el hecho de que la mayor parte de consultantes a los servicios de salud en nutrición de la institución visitada son de sexo femenino.

Se encontró que 82 pacientes de esta muestra pertenecen al grupo no indígena. Manifestando un predominio de procedencia Urbana encontrándose 60 pacientes en este contexto (Anexos, cuadro 2). Esto responde a que la población no indígena en su mayor parte, presenta en la actualidad estilos de vidas poco saludables originando hábitos alimenticios inadecuados. Pudiendo además estar relacionada la procedencia urbana en la mayoría del grupo no indígena teniendo, en este ambiente, un mayor riesgo de exposición a los estilos de vida inadecuados.

En aspectos de escolaridad se determinó que 64 de los pacientes tenían un nivel educativo deficiente (primaria incompleta, anexo gráfica 3). Estos resultados pueden deberse a una deficiente relación entre la comprensión de un plan educacional determinado y el nivel educativo del paciente. Así mismo, a la poca habilidad a la cual se suscribe el personal de salud al momento de dar indicaciones, no adecuando el vocabulario al nivel de comprensión de cada paciente en particular y/o a la insuficiencia de esta información para motivar al paciente a una adecuada adherencia. Estudios como Factores psicosociales que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II (30), La adherencia al tratamiento, variables implicadas (34) citan los aspectos mencionados como influyentes en la dificultad de la adherencia al tratamiento, asociados a su vez al nivel de habilidad que el tratante debe tener en la relación Médico-Paciente.

Se encontró que 70 pacientes presentaban un estado emocional favorable para adherirse a la terapéutica instaurada (Anexo cuadro 4), sin embargo el restante número resulta importante, dado que el estado emocional si puede ser incidente en los niveles de adherencia al tratamiento nutricional. El estudio “Factores psicosociales que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II”

describe que el estado emocional tiene una función importante en los niveles de adherencia terapéutica (30). Sin embargo, los resultados obtenidos pueden deberse a la manera subjetiva en la cual se determinó esta característica. Y en la población, la respuesta de favorable o no, pudo verse influida por la inseguridad de los paciente durante la entrevista.

De los pacientes 96 profesaban religión Cristiana (Católica o Evangélica), lo cual no confería ningún tipo de intervención en la dietoterapia prescrita los restantes 4 eran Testigos de Jehová (Anexo Cuadro 5), en su totalidad no profesaban religión que atentara contra el consumo de algún elemento de la dietoterapia dificultando la adherencia.

En relación a la dimensión biológica, hábitos alimenticios personales, los resultados demuestran que 76 de los pacientes determinados con dificultad a la adherencia terapéutica nutricional presentan hábitos alimenticios previos (Cuadro 2). En tanto solo 24 pacientes no hacen referencia a tal situación. Los resultados obtenidos reflejan que básicamente esta es una de las causas más influyentes en la dificultad a la adherencia a regímenes nutricionales establecidos, dado que los hábitos alimenticios previos influyen en el cumplimiento de la dieta. Estos resultados son similares a los evidenciados en el estudio Español “la Adherencia al tratamiento. Variables implicadas” publicado por la Universidad de Cantabria (34). Con esto se demuestra que los hábitos en la alimentación previa a una dietoterapia, deben ser atendidos de manera especial, dado que estos están muy arraigados demostrando que son en muchos casos pueden ser divergentes al tipo de modalidad dietética instaurada.

En relación a la dimensión ecológica, los resultados manifiestan que en 60 de los pacientes determinados con dificultad de la adherencia al tratamiento nutricional existe un nivel de apoyo familiar satisfactorio, de los evaluados en 27 se percibió como parcialmente satisfactorio, y en 13 de los pacientes estudiados se determinaron con un nivel de apoyo insatisfactorio (ver anexo gráfica 1.). A este factor no se le resta importancia dado que 40 de estos pacientes se determinan con un apoyo no adecuado por parte de sus familias. La importancia del apoyo familiar se evidencia también en otros estudios de adherencia. En el estudio “La adherencia al tratamiento, variables implicadas” menciona que se presenta un pronóstico negativo en la adherencia a aquellos pacientes a los cuales se les determina un nivel de apoyo bajo por parte del contexto familiar, citando que en los pacientes cuyas familias han recibido algún tipo

de entrenamiento o asesoramiento, no sólo mejoran su adaptación a la situación, sino que también favorecen la adherencia al tratamiento. Concluyendo a que los esfuerzos orientados a la capacitación de las familias en el contexto del presente estudio deben elevarse para disminuir los niveles que baja adherencia. (34).

En relación a los estilos de vida, los resultados manifiestan que 71 pacientes pertenecientes a la muestra estudiada presenta ingresos económicos no adecuados en el límite establecido según estándares económicos (Cuadro 2), mientras que 29 presentan un nivel satisfactorio para tal parámetro. Lo anterior refleja que el poder adquisitivo puede ser altamente incidente en la adherencia al tratamiento y sus distintas modalidades. Estos datos difieren de los evidenciados en el estudio titulado “Factores psicosociales que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II” en el que no se identifica al bajo nivel económico como causal exclusivo de adherencia terapéutica deficiente (30).

Al observar lo determinado en los servicios de salud, el cuadro 2 presenta que 77 de los pacientes determinados con dificultad en la adherencia al tratamiento nutricional no poseen conocimientos adecuados sobre su enfermedad y beneficios del abordaje nutricional. Se estableció como inadecuado el hecho que los pacientes no pudieran mencionar al menos dos complicaciones de la enfermedad que padecen o no conocieran en concreto los beneficios de la intervención terapéutica para el manejo de la enfermedad (Anexo, cuadro 11 y 12).

Lo descrito con anterioridad refleja que el nivel de conocimiento sobre determinada enfermedad por parte de los pacientes puede ser incidente en los niveles de adherencia terapéutica. Los resultados son compatibles con otros estudios tal como “Factores psicosociales que intervienen en la adherencia al tratamiento, en pacientes con diabetes mellitus tipo II” (30) que determina que el nivel de comprensión del paciente sobre el problema de salud que padece, es un reforzador de conducta positiva para la adherencia la terapéutica y cambios de estilos de vida; al igual que en el estudio Español “La adherencia al tratamiento. Variables implicadas” (34) se resalta la importancia del nivel de comprensión del paciente sobre su diagnóstico como factor relacionado a la adherencia, mencionando además cierta dificultad para determinar dicha comprensión al momento de la consulta y el hecho de que el personal de salud cae en el error de asumir que los pacientes han comprendido en un 100% las indicaciones.

7. CONCLUSIONES.

- 7.1 Dentro de la dimensión Biológica, los hábitos alimenticios previos incompatibles con la dietoterapia prescrita, se presentaron en 76 pacientes determinados con dificultad de la adherencia al tratamiento nutricional.
- 7.2 El apoyo familiar no adecuado, como parte de los factores de la dimensión ecológica, presentó una incidencia de 40 pacientes.
- 7.3 Dentro de los estilos de vida, el ingreso mensual inadecuado se presentó en 71 pacientes.
- 7.4 En relación al contexto de los servicios de salud, la información que el paciente maneja sobre la enfermedad que padece y el abordaje nutricional de la misma, se encontró como no adecuada en 77 pacientes.

8. RECOMENDACIONES.

8.1 Al personal de Nutrición del Hospital Nacional Pedro de Betancourt:

- 8.1.1 Realizar un estudio que permita determinar la relación de la edad, procedencia y nivel educativo de los pacientes con la dificultad a la adherencia al tratamiento nutricional.
- 8.1.2 Elevar los esfuerzos por adecuar los regímenes nutricionales a los gustos personales del paciente.
- 8.1.3 Realizar un estudio que permita determinar a qué modalidad dietoterapéutica tiene más dificultad el paciente para adherirse, encontrando al mismo tiempo los hábitos alimenticios específicos que puedan interferir con el adecuado cumplimiento de la dieta prescrita.
- 8.1.4 Evaluar el diseño de sistemas de educación en salud que permitan la inclusión del grupo familiar del paciente con el fin de mejorar su adherencia al tratamiento nutricional.
- 8.1.5 Evaluar la modalidad de grupos de apoyo implementada actualmente, reestructurándola si fuera necesario con el fin de asegurar su efectividad y constancia, haciendo uso de un sistema multidisciplinario para tal proceso.

8.2 Al personal de Psicología del Hospital Nacional Pedro de Betancourt:

- 8.2.1 Analizar las posibles diferencias de sexo en relación a la dificultad de la adherencia al tratamiento nutricional de la población estudiada.

8.3 Al personal Médico del Hospital Nacional Pedro de Betancourt:

- 8.3.1 Mejorar de manera sustancial en el plan educacional dado al paciente en el momento de la consulta, enriqueciendo el conocimiento del mismo sobre la enfermedad que padece, procesos relacionados tales como las posibles complicaciones de la misma y los beneficios de las distintas modalidades terapéuticas.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Gil Candala I. La práctica de la Nutrición en atención primaria. En: Jarpyo Editores. Nutrición en Atención Primaria. Madrid: NOVARTIS; 2001: p. 3-6.
2. Ortega RM, Preocupaciones, percepciones y hábitos en relación con el control de peso corporal en diversas poblaciones españolas. [monografía en línea] . Madrid: Departamento de Nutrición de la Universidad Complutense de Madrid. 2008; [accesado el 15 de Marzo de 2009]. Disponible en: <http://www.tupsicologo-online.es> .
3. Gómez Candela C, Iglesias Rosado A, Dietas Terapéuticas. En: Hospital Universitario La Paz. Manual de Nutrición Clínica. 2 ed Madrid: Unidad de Nutrición Clínica y Dietética; 199? : p. 13-14
4. Martin Gonzales IC, Concepción Plasencia D, Gonzales Pérez T. Consideraciones dietéticas en los estados patológicos del adulto. En: Manual de dietoterapia. La Habana: Ecimed. 2001; p. 40-42.
5. Sánchez Hernández R. La nefropatía diabética es la principal causa de enfermedad renal crónica terminal en el mundo. Buscasalud [revista en línea] 2007 [accesado el 15 de Marzo de 2009] 1(4) [2 pantallas] disponible en: <http://www.fundaciondiabetes.org>
6. Achury Saldaña D. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardiaca. Rev Aquichan (Chile). 2007; oct. 7(2): 139-160.
7. Díaz R, Reig C, Díaz Lorenzo T. Hábitos alimentarios y estado nutricional de Centroamérica y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba: Instituto de Nutrición e Higiene de los alimentos. 2005. (CP 10300).
8. Cia.gov The World Factbook library: Guatemala. [Sede Web], Washington D.C.: 2007 [Actualizado semanalmente; accesado el 12 de Marzo de 2009]. Disponible en <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/gt.html>
9. Segeplan.gob.gt Guatemala: Guatemala un País pluricultural. [Sede Web]. Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN); c2008 [Actualizado el 25 de Febrero de 2009; accesado el 12 de Marzo de 2009]. Disponible en www.segeplan.gob.gt
10. adesh.org San Sebastián de los Reyes: República de Guatemala. [Sede Web], Guatemala: Fundación para el Fomento y Desarrollo de Hispanoamérica; c2009 [Actualizado el 21 de Enero de 2009; accesado el 12 de Marzo de 2009]. Disponible en <http://www.adesh.org/index.html>

11. Who.int A global agenda for combating malnutrition. [Sede Web], Ginebra: World Health Organization. c2001 [accesado el 14 de Marzo de 2009]. Nutrition [94 páginas] Disponible en <http://www.who.int/mip2001/files/2231/NHDprogressreport2000.pdf>
12. Chávez A, Muñoz de Chávez M. La seguridad alimentaria y nutricional como estrategia de combate a la pobreza. 2001. Ciudad de Guatemala. Reunión Científica LII Aniversario INCAP Mimeo: Aunando esfuerzos, medio ambiente y seguridad alimentaria para el logro de desarrollo sostenible. Guatemala 2001
13. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá and US Agency for International Development. Hemispheric Conference on Disaster risk reduction. San José, Costa Rica, December 4-6, 2001. Mimeo: Guatemala City, Guatemala. Institute of Nutrition of Central American and Panama (INCAP). Costa Rica 2001.
14. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta nacional de condiciones de vida: Sacatepéquez. Ciudad de Guatemala: ENCOVI-2006: 2006. Informe de resultados, Sacatepéquez año 2006. Guatemala: INE, 2006.
15. Aquiguatemala.net Guatemala. datos generales de Sacatepéquez [Sede Web]. . Guatemala: <http://www.aquiguatemala.net> , Electrónica 2000. [accesada el 15 de mayo]. Disponible en http://www.aquiguatemala.net/datos_sacatepequez.html
16. Secretaria de Planificación y Programación (SEGEPLAN). Estrategia de reducción de la pobreza departamental: Sacatepéquez. Guatemala: Oficina Departamental de Planificación Agosto de 2003. (Serie de informes técnicos; I, 10)
17. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Nacional de Condiciones de vida. ENCOVI-2006. Ciudad de Guatemala: ENCOVI-2006:2006 Resultados por departamento año 2006.
18. Prensalibre.com Cultura Material: Departamento de Sacatepéquez. [Sede Web]. Guatemala: <http://www.prensalibre.com> . Edición Francisco Rodríguez Rouanet. [accesada el 15 de mayo]. Prensa Libre. Disponible en <http://www.prensalibre.com/app/especiales/ME/tradiciones/saca3.htm>
19. Guatemala. Ministerio de Educación (MINEDUC), Secretaria de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN). Tercer Censo Nacional de talla en escolares de primer grado de educación primaria del sector oficial de la República de Guatemala. Guatemala: Ministerio de Educación. Febrero de 2009. Resumen ejecutivo informe final. (Serie de Informes técnicos; 3, 4)
20. Instituto de Nutrición de Centroamérica y panamá (INCAP). Estudios de hábitos dietéticos en poblaciones de Guatemala: Santo Domingo Xenacoj. Sacatepéquez. Guatemala: INCAP; 196? (Serie de Informes técnicos; 1,1)

21. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP). Estudios de hábitos dietéticos en poblaciones de Guatemala: San Antonio Aguas Calientes. Sacatepéquez. Guatemala: INCAP; 196? (Serie de Informes técnicos; 1,1)

22. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP). Estudios de hábitos dietéticos en poblaciones de Guatemala: Magdalena Milpas Altas. Sacatepéquez. Guatemala: INCAP; 196? (Serie de Informes técnicos; 1,1)

23. Redacción Domingo. Que comen y cuanto Comen. El Periódico. Domingo 4 de enero del año 2009; Domingo: 34

24. Ramírez Ávila KY. Propuesta de organización y funcionamiento del servicio de alimentación del Hospital Nacional Pedro de Betancourt de Antigua Guatemala: Organización. [tesis Licenciatura en Nutrición]. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. Escuela de Nutrición 2005

25. Zambrano H. Diagnóstico del Hospital Pedro de Betancourt de Antigua Guatemala: Funcionamiento [tesis Licenciatura en Nutrición] Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. Escuela de Nutrición 1998

26. Barrientos H. Análisis de situación de salud. Ciudad de Guatemala: Área de Salud Pública, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. (Documento de Apoyo EPSR; 1,3)

27. Minister of National Health and Welfare. A new perspective of health of Canadians: the health field concept. Quebec: Minister of Supply and Services Canada; 1981 (Informe técnico, 1,?)

28. Diccionario de Medicina Océano Mosby. 4a ed Barcelona: Editorial Océano. 2001.

29. Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la lengua española. [CD-ROM]. 21 ed Madrid: Espasa Calpe; 2005

30. Ayala Herrera A. Factores psicosociales que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II. [monografía en línea]. Durango: Facultad de Psicología Universidad Autónoma de Durango. 2007 [accesada 26 de mayo de 2009] disponible en <http://www.monografias.com/trabajos67/factores-psicosociales/factores-psicosociales.shtml>

31. Rodríguez A. La mujer hace peores dietas que el varón cuando quiere perder peso. El mundo. (Madrid) 2007. Jun. 4(176): 7

32. Sánchez Villegas A, Delgado Rodríguez M, Martínez González M, de Irala Estévez J. Gender, age, socio-demographic and lifestyle factors associated with major dietary patterns in the Spanish. EJCN (Pamplona). 2003. Ene. 10(1038): 285-292
33. Saavedra P. Diccionario básico de términos psicológicos. [CD-ROM]. 3 ed. Rancagua: Graneros; 2008.
34. Ortego Mate MC. La Adherencia al tratamiento variables implicadas. [monografía en línea]. Universidad de Cantabria: Santander. Departamento de enfermería. 2004 [accesada 26 de mayo de 2009]. Disponible en http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2004/08/8022.pdf
35. Quiroz Morales D, Villalobos Pérez A. Adherencia al tratamiento en Diabetes Mellitus tipo II entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica. Rev UnPsyc (Bogotá). 2007 Sep-Dic. 6(3): 68-79
36. Cochrane Collaboration. Intervention for helping patients to follow prescriptions of medications. Oxford: John Wiley & Sons, Ltd; 2005. Reprint of the Cochrane review published in The Cochrane Library 2005, Issue 3
37. Alfonso L. Aplicaciones de la Psicología en el proceso Salud Enfermedad. Rev Cubana SP. 2003; 29(3): 275-281
38. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004.
39. Pignone M. Enfoque general del paciente, conservación de la salud y prevención de la enfermedad: Enfoque general al paciente diagnóstico clínico y tratamiento. En: Mcphee JS, Tierney Jr L, Papadakis MA. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. 41 ed México: Manual Moderno; 2006: p. 1-3
40. Brilinsky C. revisora. Proceso de atención Nutricional. En: Mahan L, Kathleen M, Escott-Stump S. Nutrición y Dietoterapia de Krause 9ª ed México: McGraw-Hill Interamericana; 1998: p. 427-434
41. Abcdietas.com Tipos de Dietas Terapéuticas [sede Web]. Madrid: Universidad de Barcelona; 2007 [Actualizado el 25 de Mayo de 2009/ accesado el 23 de Junio de 2009]. [13 pantallas]. Disponible en: http://www.abcdietas.com/articulos/dietoterapia/definicion_dietoterapia.html
42. Gabaldón J, Martínez Vals JF, Mesejo A, Jiménez A, Oliver V, et al. Dietética y dietoterapia: Características de los diferentes tipos de dieta: Dietas Terapéuticas. En: Blasco Cortes ML, Gabaldón Coronado J, García Vila A, Giménez Sierra. Manual Básico de Nutrición Clínica y Dietética. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2000: p. 72-82

43. Ferrer VA. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas, Conceptos y factores implicados. Rev Psic Salud (Alicante) .1995; 7(1):35-61.
44. Alfonso LM. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev Cubana SP. 2006; 3(32): p. 21-32
45. Padilla G, Arauz AG, Rosello M. Metodología para evaluar la adherencia a la dieta en diabetes mellitus no insulino dependiente. Rev Costarric Cienc Méd (San José) 1997 Dic; 18(4): p. 15-28

10. ANEXOS.

ANEXO 1

Enfermedades identificadas en los pacientes determinados con dificultad a la adherencia al tratamiento nutricional.

CUADRO 1

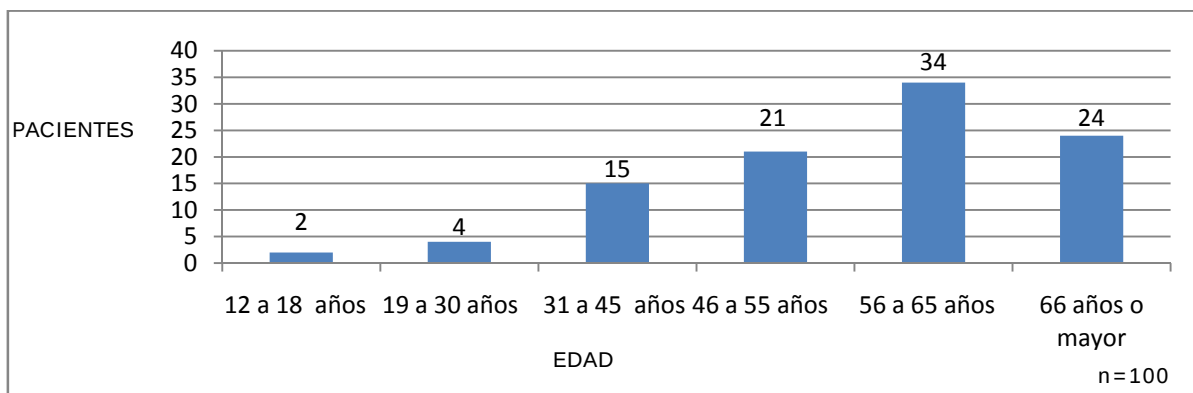
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON DIFICULTAD A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL SEGÚN ENFERMEDAD. HOSPITAL PEDRO DE BETANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA AGOSTO A SEPTIEMBRE DE 2009. GUATEMALA, OCTUBRE 2009.	
ENFERMEDAD	PACIENTES
DIABETES MELLITUS TIPO II	47
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	38
OBESIDAD	5
SOBREPESO	2
HIPRETRIGLICERIDEMIA	2
COLON IRRITABLE	1
HIPERURICEMIA	1
GASTRÍTIS	1
DIABETES MELLITUS TIPO I	3
n= 100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Edades de los pacientes con dificultad a la adherencia al tratamiento nutricional.

GRÁFICA 1

DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS PACIENTES CON DIFICULTAD A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL.
HOSPITAL PEDRO DE BETANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA
AGOSTO A SEPTIEMBRE DEL 2009.
GUATEMALA, OCTUBRE 2009.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Procedencia e identidad cultural de los pacientes con dificultad a la adherencia al tratamiento nutricional.

CUADRO 2

DISTRIBUCIÓN POR PROCEDENCIA E IDENTIDAD CULTURAL DE LOS PACIENTES CON DIFICULTAD A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL. HOSPITAL PEDRO DE BETANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA. AGOSTO A SEPTIEMBRE DE 2009. GUATEMALA, OCTUBRE DE 2009.	
IDENTIDAD CULTURAL	PACIENTES
Indígena	18
No Indígena	82
PROCEDENCIA	PACIENTES
Urbana	60
Rural	40
n= 100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Modalidades Dietéticas prescritas en los pacientes determinados con dificultad a la adherencia al tratamiento nutricional.

CUADRO 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DETERMINADOS CON DIFICULTAD A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR MODALIDAD DIETOTERAPÉUTICA HOSPITAL PEDRO DE BETANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA AGOSTO A SEPTIEMBRE DE 2009. GUATEMALA, OCTUBRE 2009.	
TIPO DE DIETA	PACIENTES
HIPOGRASA	46
HIPOSÓDICA	38
HIPOCALÓRICA- HIPOGRASA	13
HIPOCALÓRICA	2
HIPERCALÓRICA	1
n= 100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Estado emocional identificado en los pacientes determinados con dificultad en la adherencia al tratamiento nutricional.

CUADRO 4

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DETERMINADOS CON DIFICULTAD A LA ADHERENCIA AL TRATEMIENTO NUTRICIONAL POR ESTADO EMOCIONAL. HOSPITAL PEDRO DE BETANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA AGOSTO A SEPTIEMBRE DE 2009. GUATEMALA, OCTUBRE 2009.	
ESTADO EMOCIONAL	PACIENTES
Favorable	70
Desfavorable	30
n=100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Existencia de prácticas religiosas de los pacientes evaluados incidentes en la dificultad a la adherencia al tratamiento nutricional.

CUADRO 5

EXISTENCIA DE RELIGIÓN INCIDENTE EN LA DIETOTERAPIA PRESCRITA A LOS PACIENTES CON DIFICULTAD A LA ADHERENCIA AL TRATEMIENTO NUTRICIONAL. HOSPITAL PEDRO DE BETANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA AGOSTO A SEPTIEMBRE DE 2009. GUATEMALA, OCTUBRE 2009.	
EXISTENCIA DE RELIGIÓN INCIDENTE	PACIENTES
Si	4
No	96
n=100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Frecuencia de discapacidad Física o Psíquica determinada en los pacientes que presentan dificultad a la adherencia al tratamiento nutricional.

CUADRO 6

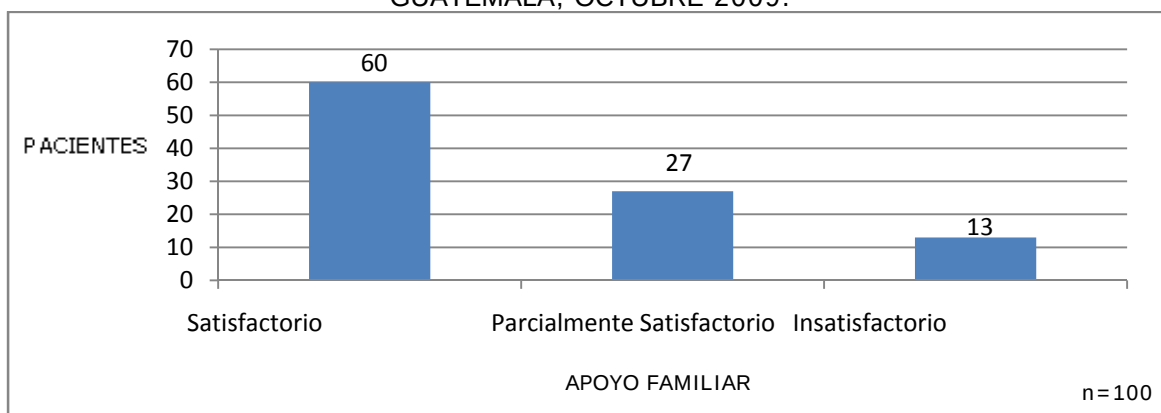
DISCAPACIDAD PRESENTADA EN PACIENTES CON DIFICULTAD A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL. HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA. AGOSTO A SEPTIEMBRE DE 2009. GUATEMALA, OCTUBRE 2009.	
DISCAPACIDAD	PACIENTES
Física	8
Psíquica	0
Ninguna	92
n= 100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Apoyo familiar referido por los pacientes con dificultad a la adherencia al tratamiento nutricional.

GRÁFICA 2

APOYO FAMILIAR REFERIDO POR LOS PACIENTES CON DIFICULTAD A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL. HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA, AGOSTO A SEPTIEMBRE DE 2009. GUATEMALA, OCTUBRE 2009.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Disponibilidad local de los elementos de la dieta prescrita referida por los pacientes.

CUADRO 7

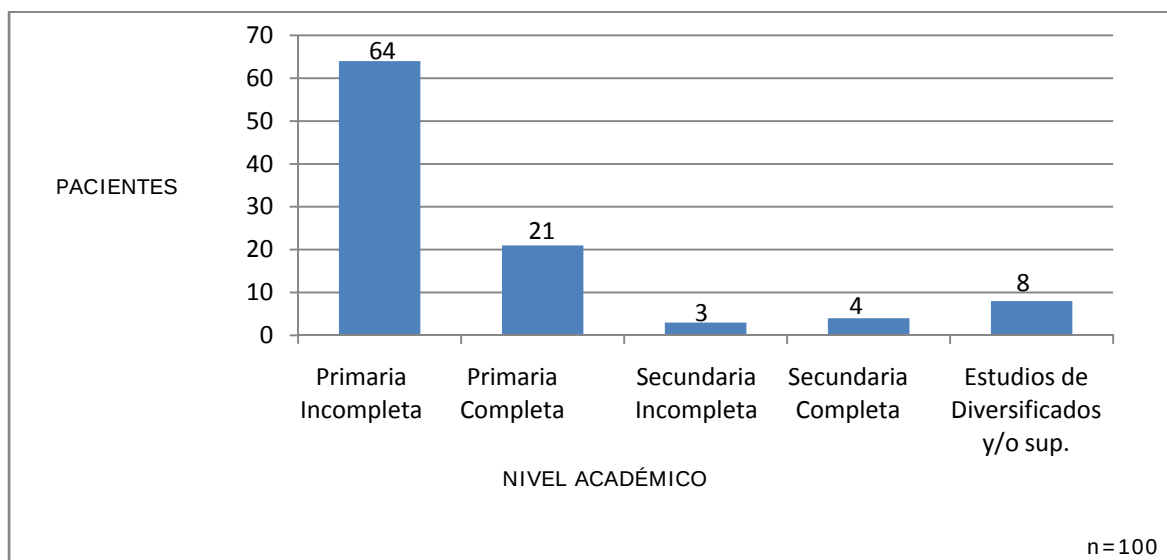
DISPONIBILIDAD LOCAL DE ELEMENTOS DE LA DIETA PRESCRITA REFERIDA POR LOS PACIENTES CON DIFICULTAD A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL. HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA. AGOSTO A SEPTIEMBRE DE 2009. GUATEMALA, OCTUBRE 2009.	
DISPONIBILIDAD LOCAL	PACIENTES
Disponible	87
No disponible	13
n=100	

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos.

Escolaridad de los pacientes determinados con dificultad a la adherencia a la dietoterapia.

GRÁFICA 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DETERMINADOS CON DIFICULTAD A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR NIVEL ACEDÉMICO CURSADO.
HOSPITAL PEDRO DE BETANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA
AGOSTO A SEPTIEMBRE DE 2009.
GUATEMALA, OCTUBRE 2009



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Ingreso mensual de los pacientes determinados con dificultad a la adherencia a la dietoterapia.

CUADRO 8.

INGRESO MENSUAL DETERMINADO EN PACIENTES CON DIFICULTAD A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL. HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA. AGOSTO A SEPTIEMBRE DE 2009. GUATEMALA, OCTUBRE 2009.	
INGRESO MENSUAL	Pacientes
Adecuado	29
No Adecuado	71
n = 100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Actitud del personal de nutrición al momento de la evaluación.

CUADRO 9

ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD EN LA EVALUACIÓN A LOS PACIENTES CON DIFICULTAD A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL. HOSPITAL PEDRO DE BETANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA. AGOSTO A SEPTIEMBRE DE 2009. GUATEMALA, OCTUBRE 2009	
ACTITUD PERCIBIDA	PACIENTES
Adecuada	92
Inadecuada	8
n=100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Conocimiento y/o asistencia a charlas grupales en la institución.

CUADRO 10

CONOCIMIENTO O ASISTENCIA A CHARLAS GRUPALES POR PARTE DE LOS PACIENTES CON DIFICULTAD A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL. HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA. AGOSTO A SEPTIEMBRE DE 2009. GUATEMALA, OCTUBRE 2009.	
CONOCIMIENTO O ASISTENCIA A CHARLAS GRUPALES	PACIENTES
Si	53
No	40
N/A *	7
n=100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Conocimiento del paciente de dos complicaciones de la enfermedad.

CUADRO 11

CONOCIMIENTO DE DOS COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD PADECIDA POR LOS PACIENTES CON DIFICULTAD A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL. HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA. AGOSTO A SEPTIEMBRE DE 2009. GUATEMALA, OCTUBRE 2009.	
CONOCIMIENTO	PACIENTES
Adecuado	23
Inadecuado	77
n=100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Conocimiento del paciente del beneficio del abordaje nutricional.

CUADRO 12

CONOCIMIENTO DE BENEFICIOS DEL ABORDAJE DIETÉTICO DE LOS PACIENTES CON DIFICULTAD A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL. HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA. AGOSTO A SEPTIEMBRE DE 2009. GUATEMALA, OCTUBRE 2009.	
CONOCIMIENTO	PACIENTES
Adecuado	27
Inadecuado	73
n= 100	

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

1. CONTEXTO BIOLÓGICO

1. a Edad: _____ 1. b Sexo: M F

1.c Diagnóstico Médico y/o Nutricional: _____

Dieta Prescrita: _____

Tratamiento Farmacológico: _____

1. d Estado Emocional FAVORABLE DESFAVORABLE

A raíz de su enfermedad y/o tratamiento, ¿Se considera Ud. Anímicamente Favorable para seguir las recomendaciones dietéticas prescritas?

SI

NO

1. e Hábitos Alimenticios Personales PRESENTES AUSENTES

¿Considera ud. Tener gusto específico y habituación previa al tratamiento por algún alimento que ya no pueda consumir debido a su dieta?

SI

NO

1. f Discapacidad

FÍSICA

PSÍQUICA

NINGUNA

2. CONTEXTO ECOLÓGICO

2. a Ambiente URBANO RURAL

2. b Apoyo Familiar SATISFACTORIO____ PARCIALMENTE SATISFACTORIO____
INSATISFACTORIO ____ N/A

¿Cuenta Ud. Con el apoyo moral y comprensión de su familia hacia la enfermedad que padece?

SI

NO

A raíz de su enfermedad y dieta prescrita, ¿Existen cambios familiares de la dieta u horarios de comida?

SI

NO

2. c Disponibilidad local de elementos de la dieta prescrita.

DISPONIBLE ____ NO DISPONIBLE____

¿Existen en su comunidad los elementos necesarios para seguir la dieta prescrita?

SI

NO

3. ESTILOS DE VIDA.

3. a Ingreso mensual. NO ADECUADO____ ADECUADO_____

El ingreso mensual en su hogar es de:

Menos de Q.1,560_____

Mas de Q.1,560_____

3. b Escolaridad NO FAVORABLE____ FAVORABLE____

Nivel de estudios completado:

Primaria Incompleta__

Primaria Completa____

Secundaria Incompleta__

Secundaria Completa__

Estudios de Diversificado o superior____

3. c Religión

¿Considera Ud. que la religión que practica no le permite adecuarse a la dieta prescrita?

SI__

NO__

3.d Identidad Cultural. INDÍGENA____ NO INDÍGENA____

¿Tiene Ud. Alguna lengua Maya como idioma materno?

SI

NO

4. SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD.

4. a Calidad de la atención prestada por el personal de nutrición.

ADECUADA____ NO ADECUADA____

¿Cómo considera ud. La actitud del personal de salud al momento de atenderle?

Adecuada_____

Inadecuada_____

Al momento de la entrevista con el personal de nutrición, ¿se le informo, ha asistido o sido invitado a charlas grupales sobre nutrición para el manejo de su enfermedad?

Si__

No____

4.b Conocimiento del paciente sobre su diagnostico y beneficios del abordaje nutricional.

ADECUADO_____ NO ADECUADO_____

Mencione al menos 2 complicaciones de su enfermedad.

Adecuado_____

Inadecuado_____

Mencione el/los beneficio(s) de la dieta que se le prescribe.

Adecuado_____

Inadecuado_____