

Tipo de alimentación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: una muestra de Monterrey (México)

Type of feeding in diabetes mellitus type 2 patients: A sample of Monterrey (Mexico)

Rafael Armando Samaniego Garay¹ y Javier Álvarez Bermúdez²

RESUMEN

El presente trabajo tuvo el propósito de realizar un análisis descriptivo de la frecuencia y tipo de alimentos que se consumen en un grupo de personas con este padecimiento. Se describen los resultados obtenidos en 94 pacientes con diabetes tipo 2 que asistían a un hospital universitario, encontrándose que el tipo de dieta que realizan no es la apropiada, que este recurso es menos utilizado que otras actividades de tratamiento para el control de la diabetes y que el nivel de glucemia en ayunas de los pacientes se encuentra por encima de los niveles aceptados.

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo 2; Tipo y frecuencia de consumo de alimentos; Control de la enfermedad.

ABSTRACT

The purpose of the present work was to carry out a descriptive analysis of the frequency and type of food ingested by a group of people suffering from diabetes type 2. The results obtained in 94 patients that attended a university hospital are described. Findings show that the kind of diet they consume is not the appropriate one, and this resource is lesser used than other treatment activities for the control of the diabetes, and that glucose levels fasting are above the accepted levels.

Key words: Diabetes mellitus type 2; Type and frequency of consumption of food; Control of the illness.

INTRODUCCIÓN

Al representar la diabetes mellitus uno de los problemas de salud con mayor incidencia y prevalencia en nuestro país, es relevante mencionar algunos datos del efecto que tiene hoy en día. De acuerdo a diferentes informes y reportes, este padecimiento ha ido aumentando en el mundo entero; de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002), se estima que ya en 1985 había 30 millones de personas con diabetes, y que en 1995, diez años después, el número de personas enfermas acreció a 135 millones, y a 176 millones en el año 2000. Dentro de las expectativas que se tienen en todo el mundo, el

¹ Unidad Académica de Psicología de la Universidad Autónoma de Zacatecas, Av. Preparatoria 301, Col. Hidráulica, 98068 Zacatecas, Zac., México, tel y fax (492) 924-19-34, correo electrónico: psicsalud@gmail.com. Artículo recibido el 23 de mayo de 2006 y aceptado el 13 de enero de 2007.

² Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Mutualismo 110, Col. Mitras Centro, Monterrey, N. L., México, tel. y fax (81)83-48-37-81, correo electrónico: jabnljabnl@yahoo.com.mx.

estimado es que para el año 2030 el número de enfermos de diabetes alcanzará la cifra de 300 millones, pues cada año se diagnostican alrededor de 100 mil nuevos casos por día.

En lo referente a los costos que implica su tratamiento, se calcula que sólo los gastos por hospitalización implican de 30 a 65% del gasto total debido a que la diabetes mellitus ocupa en ocasiones entre la primera y la tercera causa de muerte. También se plantea que esta enfermedad ha generado un total de 3,191,574 días de hospitalización en el orbe, lo que representa un pérdida aproximada de 332 millones de dólares, resaltándose también en los reportes de la Organización Mundial de la Salud que la diabetes mellitus fue la razón de las 35 millones de visitas médicas, estimadas en 880 millones de dólares. Las discapacidades generadas por la diabetes son los principales motivos de consulta, sobre todo la amputación de extremidades, la insuficiencia renal, la ceguera y otros (OMS, 2002).

En lo que respecta a México, tal como se puede observar en los siguientes datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) (2002), la enfermedad ha tenido su mayor grado de incidencia y afectación en la población a partir del año de 1998; desde entonces, la diabetes mellitus ha ocupado el primer lugar entre las principales causas de mortalidad, con 46,525 muertes en el año 2004, señalándose además que es la primera causa de muerte entre las mujeres y la segunda entre los hombres, sólo después de los problemas de cardiopatía isquémica. Aunado a lo anterior, la diabetes mellitus tipo 2 ha ocupado el primer lugar entre las principales causas de mortalidad hospitalaria en los últimos tres años.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) del Instituto Nacional de Salud Pública (2002), la diabetes mellitus tenía en 2002 una prevalencia media nacional de 10.7%, en tanto que la del estado de Nuevo León (México) era de 13.2%, más de tres puntos arriba de aquella, ocupando el tercer lugar nacional en ese año. De tal forma, el impacto de esta enfermedad en las tasas de mortalidad se ha visto incrementado de manera sustancial de los años anteriores y en la actualidad. Hasta esta fecha, el registro total de las muertes por esta causa no se ha determinado aún, si bien se ha señalando que la diabetes mellitus tipo 2

ocupó el tercer lugar dentro de las enfermedades con mayor incidencia en nuestro país en el primer semestre del año 2004, sólo después del cáncer y de la hipertensión, siendo los estados del noroeste (Nuevo León y luego Tamaulipas) los que mayor prevalencia tienen (Cruz, 2005; Gonzáles, 2003; Secretaría de Salubridad y Asistencia, 2004).

MÉTODO

Sujetos

Para realizar el presente trabajo, se seleccionaron 94 personas adultas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. El grupo estuvo compuesto por mujeres y hombres en un rango de edad de entre 40 y 65 años y una media de 53. Se consideró necesario que en la fecha de la recolección de los datos no estuvieran hospitalizadas y que no presentaran complicaciones crónicas de la enfermedad al realizar la entrevista.

Instrumentos

Para obtener la información, se utilizó una carta de invitación por escrito a los pacientes, así como una carta de consentimiento informado para aquellos que aceptaran participar; asimismo, una cédula de entrevista, la cual fue conformada por los siguientes contenidos: datos sociodemográficos de los pacientes, tratamiento, frecuencia y tipo de alimentación e indicador del estado de la enfermedad.

Procedimiento

La recolección de los datos se realizó cuando los pacientes acudían a las áreas de consulta externa, a los consultorios de endocrinología y al Centro de Educación en Diabetes del Hospital Universitario a fin de practicarse la prueba de los niveles de glucosa en sangre o a la consulta de rutina que tenían programada.

RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos del análisis de los factores retomados en este estudio en lo referente a la información de los datos sociodemográficos de los pacientes, el tipo de

actividades que realizan para el control de la enfermedad, el tipo y frecuencia de alimentos que consumen y el indicador objetivo del estado de la enfermedad. El nivel de glucosa se muestra en la Tabla 1 tanto en frecuencia como en porcentaje, obtenidos sobre el total de la muestra.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los pacientes.

Género	Frec.	%
Femenino	64	68.1
Masculino	30	31.9
Total	94	100.0
Escolaridad	Frec.	%
Ninguna	18	19.1
Primaria	43	45.7
Secundaria	9	9.6
Bachillerato	6	6.4
Carrera técnica o comercial	10	10.6
Licenciatura	8	8.5
Total	94	100.0
Ocupación	Frec.	%
Hogar	56	59.6
Empleado	17	18.1
Comercio	17	18.1
Ninguna	1	1.1
Pensionado	3	3.2
Total	94	100.0
Estado civil	Frec.	%
Casado	65	69.1
Divorciado	4	4.3
Soltero	11	11.7
Separado	2	2.1
Viudo	6	6.4
Unión libre	6	6.4
Total	94	100.0
Ingresos económicos	Frec.	%
0-2000	29	30.9
2100-3000	13	13.8
3100-5000	26	27.7
5100-8000	14	14.9
8100-10000	7	7.4
10000 o más	5	5.3
Total	94	100.0

Como se puede observar en la tabla anterior, la muestra de personas adultas con diabetes mellitus tipo 2, de 94 sujetos, se estableció de la siguiente forma: en la distribución del género, la gran mayoría de los pacientes fueron mujeres; hubo pre-

dominio de escolaridad primaria; la mayoría de los participantes se dedicaba al hogar y eran casados, y, en cuanto al nivel económico, la mayoría era de clase social baja y con ingresos por debajo de los 2,000 pesos³. En lo que respecta a la distribución de edades, la media es de un rango de 40 a 65 años.

De acuerdo a la Tabla 2, en lo relacionado al tratamiento de la diabetes se encontró que la prescripción médica que más atendían era la de tomar los medicamentos orales prescritos. En relación al cumplimiento de las actividades específicas para el manejo y control de la enfermedad, el porcentaje de pacientes que sólo llevaban a cabo la dieta indicada fue muy bajo, pese a que este tipo de actividades de tratamiento tiene el segundo lugar en importancia para el control de la enfermedad. El número de personas que llevaban a cabo de manera conjunta la realización de la dieta recomendada y el uso de los medicamentos orales también fue muy reducido, al igual que el porcentaje de pacientes que realizaba las actividades de tratamiento en conjunto, como dieta, actividad física y uso adecuado de los medicamentos.

Tabla 2. Prescripción médica más frecuente para el tratamiento (n = 94).

Prescripción	Sí	No
Ejercicio	5	89
Dieta	11	83
Medicamento	39	55
Ejercicio y dieta	4	90
Ejercicio y medicamento	5	89
Medicamento y dieta	21	73
Dieta, ejercicio y medicamento	6	88
Medicamento y monitoreo de la glucosa	1	93
Dieta, cuidado del pie y medicamento	2	92

Como se observa en la Tabla 3, el consumo de la carne y de huevo fueron los tipos de alimentos que más se consumían en la muestra en general, así como carne asada, encontrándose muy por arriba del consumo de alimentos tales como frutas y verduras. El consumo de huevo fue muy frecuente, pues la mayoría reportó comerlo una vez por semana, siendo también importante el número de pacientes que lo consumían cada tres días (28 personas) y diariamente (24.5 %). En relación a otro

³ A razón de once pesos por dólar, aproximadamente (N. del Ed.).

aspecto importante, que tiene que ver con los procesos de convivencia social y familiar, muy típicos de esta región del norte del país y que pueden representar un factor determinante para el adecuado manejo de la diabetes, una parte sustancial de la muestra reportó consumir carne asada al menos una vez por semana. En cuanto al consumo de los diferentes tipos de frutas, la mayoría de la muestra comía algún tipo de fruta diariamente, siendo también importante el porcentaje de personas que integraban verduras a su dieta cotidianamente, mas no mayor que las carnes y el huevo.

Tabla 3. Frecuencia y tipo de alimentación.

Tipo de alimento	Med.
Carne	2.84
Huevos	2.93
Leche	2.07
Cereal	2.22
Pescado	2.84
Fruta	2.28
Verduras	2.22
Papas y fritos	1.65
Frijoles	2.43
Refrescos de cola	2.29
Hamburguesas, hot-dogs	1.68
Carne asada	2.43
Garbanzos, lentejas, habas	2.47
Pan de azúcar	2.03
Nieve o helados	1.54
Dulces	1.34

Finalmente, los niveles de glucosa observados en la muestra corresponden a un nivel de glucosa de 148 mg/dl, el cual se encuentra muy por encima de los niveles de glucosa minimamente aceptados, tanto para las personas con diabetes como para la población en general, que es por debajo de 110 mg/dl.

CONCLUSIONES

Ante el hecho de que en la mayoría de los participantes el nivel de escolaridad era de primaria y se dedicaban al hogar, encontrándose casados, así como a que el tipo de ingresos económicos del que disponían los ubicaba como personas de clase social baja, este perfil pudiera tener un grado de influencia considerable en las formas en que afrontaban su enfermedad puesto que no contaban con

los recursos necesarios para un mejor control de su padecimiento, como el apoyo de las instituciones de salud, el tiempo o el medio de transporte accesible para acudir a las consultas medicas, ni tampoco con lo necesario para llevar a cabo un plan alimenticio saludable; su nivel de educación no les permitía comprender de manera clara y precisa la complejidad y amplitud del tratamiento que exige tal enfermedad.

En este grupo de participantes, la gran mayoría lo conformaron personas del sexo femenino, lo cual coincide con los diferentes reportes estadísticos que se han generado a la fecha, en los que se señala que el efecto mayor del padecimiento ocurre justamente en ese género.

En relación con los resultados descritos, la puesta en práctica de las diferentes actividades del tratamiento que deben cubrir los pacientes fue deficiente, no acorde a lo que se les indicaba por parte del equipo de salud, ya que en lo referente a la información de las prescripciones recomendadas no hubo coherencia ni organización, como un plan alimenticio saludable, la realización de actividad física o el cuidado del pie; el consumo de los diferentes medicamentos orales en los cuales se apoya el mayor control de la enfermedad no era suficiente, pues el uso adecuado de los medicamentos debe estar incluido en igual o mayor medida que el resto de las actividades de tratamiento.

Asimismo, las personas de la muestra mostraron una alimentación deficiente, reflejándose esto en la frecuencia y consumo de cierto tipo de alimentos que no benefician el control adecuado de la enfermedad, lo que se refleja en la pobre ejecución de las actividades del tratamiento prescrito y en el indicador objetivo del estado de la enfermedad, es decir, el nivel de glucemia del grupo en general. En efecto, la frecuencia de consumo de los diversos alimentos era variada y desorganizada, lo que dista mucho de los hábitos alimenticio recomendados por parte del equipo de salud, llamando la atención que los porcentajes de consumo de ciertos tipos de alimentos –tales como huevo y carne por semana– son elevados, ya que reportan los participantes frecuencias de cada tres días, e inclusive de manera diaria, lo cual refleja una falta de atención y cuidado de su parte para manejar de mejor manera los alimentos que consumen. Sucede lo contrario con la frecuencia del

consumo de otro tipo de alimentos, que se tiene reportado que pueden tener efectos positivos en el tratamiento de la enfermedad, como el pescado, las frutas y verduras. Los porcentajes de consumo de alimentos como pan de azúcar, nieves o helados obtuvieron frecuencias muy bajas por semana o no se llegan a consumir, sucediendo lo mismo con alimentos tales como frituras, hamburguesas y hot-dogs; sin embargo, no porque se observen este tipo de recomendaciones positivas significa que no se deba tener cuidado con aquellos, por lo que se debe generar una intervención multidisciplinaria para mantener estos aspectos favorables en el paciente diabético.

Uno de los elementos que reflejan que la frecuencia y tipo de alimentación de los pacientes es de regular a malo, es el indicador objetivo de la diabetes mellitus: el nivel de glucemia en ayunas, donde el promedio general de la glucemia que presentan los integrantes del grupo se halla por arriba de los rangos establecidos por la Federación Mexicana de Diabetes, que señala que el rango normal es de 70mg/dl a 110 mg/dl.

Por lo anterior, se concluye que las diversas actividades que los pacientes llevan a cabo en relación al tipo de alimentos y su frecuencia de consumo son regulares o deficientes en cuanto a la

realización adecuada, lo que influye tanto en sus altos niveles de glucosa como en el pobre control de la diabetes.

Los resultados permiten tener una aproximación general, desde la psicología de la salud, acerca de lo que llevan a cabo los pacientes diabéticos en el tratamiento de su padecimiento; así, es necesario conocer las maneras correctas o incorrectas para el cuidado que se requiere y ubicar las situaciones en que ocurren las conductas de riesgo (Amigó, Fernández y Pérez, 1998; Gallar, 2001; García, Prados y Sánchez de la Cuesta, 2003; Mercado, Lizardi, Benítez y Alcántara, 2003; Uribe, 1999; Zárate, 1997).

Tales aspectos pueden aportar una mayor cantidad de recursos de intervención, los cuales puedan proporcionar a los pacientes la posibilidad de adquirir y aplicar un estilo de vida diferente, obtener las capacidades de autocuidado y las habilidades de afrontamiento necesarias para el control de la enfermedad, para así mejorar su calidad de vida. Los efectos de una intervención multidisciplinaria pueden lograr retardar a corto y a mediano plazo las diferentes complicaciones agudas y crónicas que de manera natural trae consigo la diabetes mellitus tipo 2.

REFERENCIAS

- Amigó, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En I. Amigó (Ed.): *Manual de psicología de la salud* (pp. 229-270). Madrid: Pirámide.
- Cruz, A. (2005). Llama IMSS a luchar contra la diabetes. Periódico *La Jornada* (México, D.F.), 25 de agosto, p. 2.
- Gallar, M. (2001). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: Thompson-Paraninfo.
- García, A., Prados, D. y Sánchez de la Cuesta, F. (2003). Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. *Semergen*, 2, 55-59. Disponible en línea: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pdf?pid=13057634>.
- González, M. (2003, diciembre). La diabetes en México. *Atención Médica*, 2, 12-13.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2002). *Encuesta nacional de salud*. Disponible en línea: <http://www.insp.mx/ensa/2002> (consultado en mayo 17 de 2004).
- Mercado F., Lizardi G., A., Benítez, R. y Alcántara, E. (2003). Utilización de los servicios de salud en México: perspectivas de los individuos con diabetes. *Atención Primaria*, 31(1), 76-86.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *The cost of diabetes*. Disponible en línea: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs236/en/> (consultado en diciembre 18, 2004).
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (2004). *Principales diagnósticos de ingreso hospitalario en pacientes con diabetes*. Disponible en línea: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/presentaciones/Diabetes.pps> (consultado en enero 15 de 2005).
- Sistema Nacional de Información en Salud (2002). *Anuario estadístico*. México: Autor.
- Uribe, T. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 17(2), 109-118.
- Zárate, A. (1997). *Diabetes mellitus*. México: Trillas.

