



**UNIVERSIDAD UCINF**  
LABOR CONSTANTIAE TRIUMPHARE

**FACULTAD DE SALUD**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INASISTENCIA A LA CONSULTA NUTRICIONAL DE PACIENTES  
DISLIPIDÉMICOS PUROS DEL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR.**

**Tesis conducente al grado académico de Licenciado en Nutrición y Dietética**

**NOMBRE DE TESIS**

**Francisca Briones Muñoz**

**Daniela Rojas Chávez**

**Paulina Romero Ojeda**

**Tutor:**

**María Teresa Suazo**

**Director Metodológico: Marisa Radrigan Rubio**

**Año 2012**

**Santiago de Chile**

## DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A nuestros pilares más importantes; nuestras familias, por su amor y apoyo incondicional en esta etapa tan importante de nuestra vida estudiantil.

Mención especial a nuestras profesoras guías Marisa Madrigán y María Teresa Suazo por confiar en nuestra investigación, sin importar tiempo ni condiciones.

A nuestros profesores por las enseñanzas, herramientas y conocimientos entregados, fundamentales para nuestra formación como profesionales.

A nuestro grupo de tesis por su valiosa misión y entrega en este proyecto.

A las personas que cooperaron a lo largo de la investigación con datos o experiencias que fundamentaron nuestro trabajo.

## INDICE

### CONTENIDOS

Pág.

#### Capítulo I Planteamiento del problema de investigación

1. Antecedentes de la temática .....	1
2. Formulación de la pregunta de investigación .....	3
3. Formulación de preguntas secundarias .....	3
4. Justificación de la elección del problema de investigación.....	4

#### Capítulo II Marco de referencia

1. Marco contextual .....	5
1.1 Antecedentes históricos del problema .....	5
1.2 Antecedentes dislipidemia .....	6
1.3 Estadísticas nacionales .....	7
1.4 Estadísticas centro comunitario de salud familiar .....	9
1.5 Estadísticas internacionales .....	10
1.6 Legislación nacional .....	12
1.7 Programas relacionados con el problema .....	13
2. Marco teórico .....	14
2.1 Concepto de colesterol .....	14
2.2 Vías de transportes de los lípidos .....	15

2.3 Definición de dislipidemia .....	15
2.4 Clasificación de la dislipidemia .....	16
2.4.1 Según su fenotipo .....	16
2.4.2 Según su etiopatogenia .....	16
2.4.3 Hipercolesterolemia .....	17
2.4.4 Hipertrigliceridemia .....	17
2.5 Factores de riesgo cardiovascular .....	18
2.6 Esquema general para el manejo de la dislipidemia .....	18
2.7 Riesgo cardiovascular absoluto .....	23
2.8 Riesgo cardiovascular determinado clínicamente .....	24
2.9 Tablas chilenas de estimación de riesgo cardiovascular .....	25
2.10 Aplicación de las tablas chilenas .....	26
2.11 Otros factores de riesgo cardiovascular .....	28
2.12 Riesgo cardiovascular en personas menores de 35 y 75 años y más .....	30
2.13 Objetivos terapéuticos .....	31
2.14 Prevención primaria .....	33
2.15 Prevención secundaria .....	33
2.16 Elementos terapéuticos .....	34
2.17 Control y seguimiento .....	35
2.18 Tratamiento dietético.....	36
2.19 Actividad física .....	41
2.20 Rendimiento de las medidas no farmacológicas .....	42
2.21 Factores de inasistencia .....	43
2.22 Factores epidemiológicos que causan inasistencia a los controles nutricionales .....	44
2.23 Factores socioeconómicos y demográficos .....	46
2.24 Factores del sistema de salud y el equipo de asistencia sanitaria .....	47
2.25 Factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento .....	48
2.26 Factores relacionados con la red familiar y social .....	49
2.27 Factores relacionados con el paciente .....	50

### Capítulo III Hipótesis y definición de variables

1. Formulación de hipótesis .....	51
2. Definición conceptual de variables .....	51
3. Definición empírica de las variables .....	56

### Capítulo IV Métodos y técnicas

1. Objetivos de la investigación .....	59
2. Paradigma de la investigación .....	60
3. Diseño de investigación .....	60
4. Tipo de investigación .....	60
5. Población .....	61
6. Método de investigación .....	62
7. Técnicas de investigación .....	63
8. Instrumentos de recolección de datos .....	64
9. Métodos y técnicas para el análisis de datos .....	65
10. Prueba de hipótesis .....	67
11. Procedimientos para evaluar validez y confiabilidad .....	68

### Capítulo V Análisis de resultados

1. Relato de procedimientos para la aplicación del instrumento .....	69
2. Estadística Descriptiva .....	72

3. Prueba de hipótesis mediante test.....	111
4. Análisis de resultados cualitativos.....	115

<b>Capítulo VI Conclusiones y propuestas .....</b>	<b>120</b>
--	------------

<b>Bibliografía .....</b>	<b>123</b>
---------------------------	------------

**ANEXOS**

Anexo N°1 Cuestionario.....	125
-----------------------------	-----

Anexo N°2 Libro de códigos.....	135
---------------------------------	-----

Anexo N°3 Matriz de datos.....	143
--------------------------------	-----

Anexo N° 4 Entrevistas a profesionales.....	157
---	-----

Anexo N° 4 A Entrevista a Janira Ruz Balcázar, Psicóloga, Departamento de RRHH COMUDEF

La Florida .....	157
------------------	-----

Anexo N° 4B Entrevista a Patricia Ortiz, Nutricionista, CESFAM San José de Chuchunco, Estación Central .....	159
--	-----

Anexo N° 5 Entrevistas a pacientes en estudio .....	160
---	-----

Anexo N° 5 A Entrevista a María Vallejos .....	160
--	-----

Anexo N° 5B Entrevista a Myriam Venegas.....	162
--	-----

Anexo N° 5C Entrevista a Gerardo Quiroz.....	164
--	-----

Anexo N°5D Entrevista a Marcial Alvarez.....	167
--	-----

Anexo N° 5E Entrevista a Ana Urrutia .....	170
--	-----

## RESUMEN

**Antecedentes:** Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el país, siendo la dislipidemia un factor de riesgo importante para éstas patologías.

El presente documento corresponde a una investigación de pacientes en un centro de atención primaria de salud, ingresados al Programa de Salud Cardiovascular y en tratamiento por dislipidemia, pero se encuentran inasistentes a los controles nutricionales.

**Objetivo:** El objetivo general es determinar los factores que influyen en la inasistencia a los controles nutricionales de los pacientes dislipidémicos puros del Centro Comunitario de Salud Familiar, Villa Francia.

**Metodología:** Estudio descriptivo, correlacional y transversal. Se obtuvo una total de 36 individuos los que conforman el total de la población inasistente al registro estadístico del mes de agosto del 2012. Se utilizó el método de encuesta y entrevista para evaluar los factores que influyen en la inasistencia.

**Conclusiones:** La población estudiada no se encuentra en conocimiento de su patología, ni las posibles consecuencias derivadas de un incumplimiento en el tratamiento. Un 74% de los encuestados no sabe lo que es la dislipidemia.

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la población chilena se ha caracterizado por tener cambios epidemiológicos relacionados con la alimentación y el estilo de vida, que han influido en el aumento del sedentarismo y alto consumo de comida con elevados niveles de grasas saturadas y colesterol. Esto ha contribuido, por ejemplo al aumento en los índices de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la obesidad, diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia y enfermedades cardiovasculares (ECV). Ésta última patología es la que genera una alarma para iniciar esta investigación, ya que las ECV son la primera causa de muerte en Chile, y si bien se han implementado estrategias gubernamentales como el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), no se han observado resultados satisfactorios.

Dentro de las principales ECNT asociadas a las ECV se encuentra la dislipidemia, la cual se caracteriza por la alteración de los lípidos sanguíneos. Esta patología debe ser controlada en atención primaria, cubriendo el tratamiento a través del PSCV, sin embargo los registros generales marcan una clara tendencia a la inasistencia de las consultas nutricionales. Por este problema, surgió la inquietud de investigar a pacientes que pertenecen al Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) Villa Francia, dependiente del CESFAM San José de Chuchunco, Estación Central.

Debido a la importancia de esta falencia se planteó la siguiente pregunta de investigación “¿Cuáles son los factores que influyen en la inasistencia a la consulta nutricional incluida en el Programa de Salud Cardiovascular en pacientes dislipidémicos puros entre 15 y 80 años del Centro Comunitario de Salud Familiar, Villa Francia?”.



Las inasistencias a los controles nutricionales se convierten en una conducta significativa de estudiar con el objetivo de conocer las causas que están provocando esta situación, para lograr cambios que permitan la adhesión al tratamiento, ya que como nutricionistas estamos involucradas en el tratamiento dietoterapéutico de esta patología.

El estudio previo de la temática dirigió el planteamiento de hipótesis, en el cual se involucran como factores asociados a la inasistencia, el nivel educacional; desconocimiento de la patología de base; dificultades para acceder a la consulta; motivación personal; relación con el equipo de asistencia sanitaria y el apoyo de redes sociales y familiares.

El objetivo general del estudio es "Determinar los factores que influyen en la inasistencia a los controles nutricionales de los pacientes dislipidémicos puros".

Algunos objetivos específicos son:

- Indagar el nivel de conocimiento que tiene el paciente sobre la dislipidemia.
- Identificar el manejo del tratamiento dietoterapéutico.
- Especificar la ignorancia de las consecuencias de la dislipidemia.
- Identificar si el horario de atención es el adecuado.

Se trabajó con una población de 36 pacientes, los cuales corresponden al 70% aproximadamente de inasistentes a controles nutricionales. Sus edades fluctúan entre los 15 y 80 años. . El grupo etario destacado dentro de la población estudiada fueron los adultos jóvenes con un 48,1%, los cuales se encuentran entre los 41 y los 64 años.

La investigación se inscribe en el paradigma positivista, el estudio es correlacional y transversal. Se utilizó un enfoque multimétodo (EMM), el cual incorporó una dimensión cuantitativa y cualitativa mediante una estrategia de triangulación por complementación, para la indagación de un mismo fenómeno.

La medición y caracterización de las variables (estudio cualitativo y cuantitativo respectivamente), se llevó a efecto mediante el método de encuesta y la consecuente elaboración de un cuestionario, el cual se aplicó a 27 sujetos. La dimensión cualitativa se efectuó mediante una entrevista en profundidad a 5 sujetos.

Al término de la investigación realizada se logró indagar en los factores que están asociados a las inasistencias a los controles nutricionales de la población estudiada.

De las variables propuestas para su indagación, se constató que un 74% no sabía lo que era la dislipidemia y sólo un 24% estaba en conocimiento. De esto se puede concluir que el desconocimiento de la patología y sus consecuencias, tendrían un efecto importante en la inasistencia a los controles nutricionales, debido a que si el paciente no se encuentra informado y educado sobre su patología, no abordará con importancia el tratamiento.

El desconocimiento sobre la patología se debe principalmente, al acotado tiempo que poseen las profesionales nutricionistas en atención primaria para realizar una educación adecuada a cada paciente, ya que se debe realizar antropometría, anamnesis clínica, alimentaria y prescripción dietoterapéutica. No alcanza el tiempo para entregar un conocimiento básico de la raíz del problema ni de las consecuencias que la patología podría ocasionar.

Se descubrió también que las dificultades personales son un factor importante en las inasistencias, ya que más del 51,8 % de los adultos jóvenes refirió tener dificultades para acceder a la consulta nutricional, esto se puede deber a que centros de salud de atención

primaria se encuentran disponibles en horarios en los cuales este grupo etario se encuentra en sus tiempos laborales.

Se puede concluir que los pacientes con dislipidemia que reciben apoyo familiar (59,2%) asisten a la consulta nutricional, es por esto la importancia de incluir a la familia en el tratamiento de la patología, por ello se propone en la intervención profesional que se incluyan talleres con el grupo familiar.

Propuestas:

De intervención profesional para realizar talleres en los centros de atención primaria de salud, que involucren al grupo familiar con la finalidad de explicar profundamente la fisiología de la enfermedad, abarcando su etiología y sus consecuencias, para lograr una concientización y con esto una adecuada adhesión al tratamiento nutricional.

Para los próximos estudios se propone incorporar a pacientes que presenten una buena asistencia a la consulta nutricional y con esto asociar variables como:

Nivel educacional, motivación personal, apoyo familiar, entre otras, con la finalidad de conjugar el comportamiento del grupo de pacientes asistentes con el grupo estudiado (pacientes inasistentes) y junto a esto evaluar el resultado del tratamiento nutricional.

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1. Antecedentes de la temática

En la población chilena, los cambios epidemiológicos se han relacionado con la modificación de hábitos, estilo y calidad de vida. La inadecuada alimentación, los extensos horarios de trabajo, el sedentarismo, entre otros factores han provocado un aumento en los índices de sobrepeso y obesidad.

En la Encuesta Nacional de Salud del año 2003, había un 61% de población con malnutrición por exceso, aumentando a un 67% en la última encuesta del año 2010.

La obesidad es una patología que participa en la generación de otras ECNT como la dislipidemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus.

La dislipidemia es una patología en la cual las alteraciones de lípidos sanguíneos, pueden provocar un riesgo para la salud. Constituye un factor de riesgo mayor y modificable de ECV, en especial la enfermedad coronaria (Ministerio de Salud, 2000, 15).

Las ECV son la primera causa de muerte en nuestro país. El año 2006 fallecieron 24.087 personas por esta causa, con una tasa de 146, 6 por 100.000 habitantes, que corresponde a un 28,1 % de todas las muertes de este mismo año. Los principales componentes de la mortalidad cardiovascular son las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebrovasculares, que dan cuenta de aproximadamente dos tercios del total de las defunciones del grupo, con 7.943 y 7.427 defunciones que corresponden a una tasa de 48,3 y 45,2 x 100.000 habitantes, respectivamente (Ministerio de salud, 2009, 3).

En el año 2002 se presenta el PSCV cuyo objetivo es reorientar los sub-programas de hipertensión y diabetes como metodología de mejoramiento. Su objetivo principal es la detección y tratamiento de los individuos ingresados al programa en atención primaria para otorgar un tratamiento integral de la patología a través de un equipo multidisciplinario.

En el CECOSF de Villa Francia, en agosto del año 2009 se incorporaron los controles cardiovasculares a cargo del equipo multidisciplinario conformado por médico, enfermera y nutricionista.

En la consulta nutricional se realiza una medición antropométrica (peso, talla, cálculo del índice de masa corporal, circunferencia de cintura), lo que determinará el diagnóstico nutricional e inicio de las metas del tratamiento. Se realiza una anamnesis clínica, farmacológica y alimentaria lo que permite conocer en profundidad los hábitos del paciente.

La primera consulta nutricional debe tener un enfoque educativo respecto a la patología de base y sus posibles complicaciones para que el paciente comprenda su enfermedad y asuma los riesgos cardiovasculares asociados. La intervención alimentaria debe complementarse con la entrega de una pauta y la prescripción que corresponde, así el paciente puede realizar una modificación en sus hábitos e incorporar un estilo de vida saludable.

Se ha detectado a través de los registros estadísticos mensuales, una baja asistencia a los controles nutricionales de los pacientes ingresados al programa de dislipidemia. Los datos estadísticos entregados al 30 de agosto del 2012 presentaron aproximadamente un 70% de inasistencia en un período de tiempo determinado de citación según el nivel de riesgo cardiovascular y compensación de la patología (CECOSF, 2012).

La inasistencia a la consulta es un factor de riesgo modificable, determinar las causas es el primer paso para trabajar con ésta población y poder generar un cambio conductual y futura compensación de la enfermedad.

## **2. Formulación de la pregunta principal de investigación**

¿Cuáles son los factores que influyen en la inasistencia a la consulta nutricional incluida en el Programa de Salud Cardiovascular, en pacientes dislipidémicos puros entre 15 y 80 años del Centro Comunitario de Salud Familiar, Villa Francia entre el período de agosto y diciembre del 2012?

## **3. Formulación de preguntas secundarias**

- ❖ ¿Conoce el paciente la real magnitud y consecuencias de su patología?
- ❖ ¿El paciente tiene control de su tratamiento?
- ❖ ¿El paciente se encuentra informado de los riesgos cardiovasculares?
- ❖ ¿Existe conocimiento del tratamiento dietoterapéutico?
- ❖ ¿Existe motivación para realizar el tratamiento?
- ❖ ¿Se encuentra apoyado para mantener el tratamiento de su enfermedad?

#### 4. Justificación de la elección del problema de investigación

La cardiopatía coronaria y enfermedades cerebrovasculares, son la principal causa de muerte en todo el mundo y en nuestro país no es la excepción. La mayoría de las ECV pueden prevenirse, actuando sobre los factores de riesgo. La dislipidemia es un patología que puede provocar el desarrollo en forma secundaria de éstas enfermedades, por lo cual es importante una adhesión al tratamiento.

La forma de prevenir y controlar las ECV es a través de una acción global e integral.

A nivel gubernamental el ingreso al PSCV en atención primaria es fundamental para modificar los factores de riesgos asociados y posibles consecuencias.

La inasistencia a los controles nutricionales que forman parte del programa, generan un factor de riesgo adicional ya que el paciente se encuentra sin tratamiento de la patología.

Es importante indagar en las causas que influyen en la inasistencia, para poder contribuir en la prevención de patologías asociadas y asegurar una mejor calidad de vida al paciente.

## CAPITULO II

### MARCO DE REFERENCIA

#### 1. Marco Contextual

##### 1.1 Antecedentes históricos del problema

El 6 de Mayo de 1939 en el antiguo hospital Arriarán, se inicia la escuela de nutricionistas, la que posteriormente se trasladó a las dependencias del hospital Salvador, en donde se definieron estatutos y la planta de la escuela, ubicándola al lado del hospital Susana Palma y Gota de Leche. Las alumnas que de ahí egresaban, tras 3 años de estudio estaban formadas para ejercer como dietistas en hospitales, casinos, clínicas, salud pública e industrias de mayor importancia. En 1967 se realiza la reorientación oficial de la profesión hacia el campo de la salud pública, en donde egresan las primeras nutricionistas con título otorgado por la Universidad de Chile. Las dietistas egresadas hasta 1966 son reconocidas como nutricionistas (Decreto 2007 del 11 de diciembre de 1968).

En Agosto del 2008 nace el CECOSF de Villa Francia. El recinto cuenta con 169 metros cuadrados construidos. Este centro pertenece a la red de Salud del Servicio Metropolitano Central, el cual tiene una capacidad de atención a 5.000 personas inscritas. En un principio el programa de nutrición comenzó con 11 horas de trabajo, distribuidas en atención clínica, controles nutricionales, ingresos y controles del PSCV. A partir de marzo del 2012 esas horas aumentaron a 22, modalidad que se volvió a modificar en diciembre del 2012 a 11 horas.



## 1.2 Antecedentes Dislipidemia

El diagnóstico y tratamiento de la dislipidemia es un tema que hasta hace algunos años atrás no tenía un sustento normativo por el Ministerio de Salud. En la actualidad, la detección y el tratamiento de pacientes dislipidémicos son parte integral y actividad básica del nivel primario de atención. En el año 1995 el Programa de Salud del Adulto de la división salud del Ministerio, elaboran el "Examen de Salud Preventivo del Adulto" (ESPA). Dicho documento considera cambios epidemiológicos y demográficos de la población chilena, enfocándose en los factores de riesgo de ECNT en la población de 20 a 40 años, personas susceptibles de ser intervenidas en una etapa temprana para prevenir o postergar la aparición de patologías asociadas y sus complicaciones. Ya para el año 1998 el ESPA se perfecciona como instrumento, incluyendo la pesquisa de factores de riesgo de patologías crónicas y transmisibles. En el año 2000 logra focalizarse en la detección de riesgo de ECV.

En año 2007 el ESPA fue reemplazado por el EMP (Examen medicina preventiva), correspondiente al tercer régimen de GES (Garantías explícitas de salud), en el decreto N° 44, 9.01.2007, dirigido a toda persona beneficiaria de FONASA o ISAPRE. Este examen es un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital (incluyendo al grupo etario de adultos entre los 15 y los 64 años), y tiene como propósito reducir la morbimortalidad asociada a aquellas enfermedades prevenibles y/o controlables, teniendo como objetivo la prevención primaria para evitar la ocurrencia de alguna patología, reduciendo la exposición a factores de riesgo. Se incluye la prueba de tamizaje para dislipidemia, a la población general mayor de 40 años.

### 1.3 Estadísticas Nacionales

En el año 2009-2010 se realiza la segunda Encuesta Nacional de Salud, instrumento importante a nivel nacional como una herramienta de vigilancia epidemiológica. El marco muestral fue constituido a partir del Censo de Población y Vivienda 2002. El diseño del estudio fue transversal, con una muestra aleatoria de hogares de tipo complejo (estratificada y multietápica por conglomerados) con representatividad nacional, regional y por zona rural/urbana. La población objetivo fueron los adultos de edad mayor o igual a 15 años (Ministerio de Salud, 2009-2010, 11).

A continuación se presentan los resultados obtenidos en relación a la dislipidemia que junto a otras patologías destaca como uno de los problemas de salud.

Gráfico N° 1

#### Prevalencia de colesterol elevado. ENS 2009 – 2010

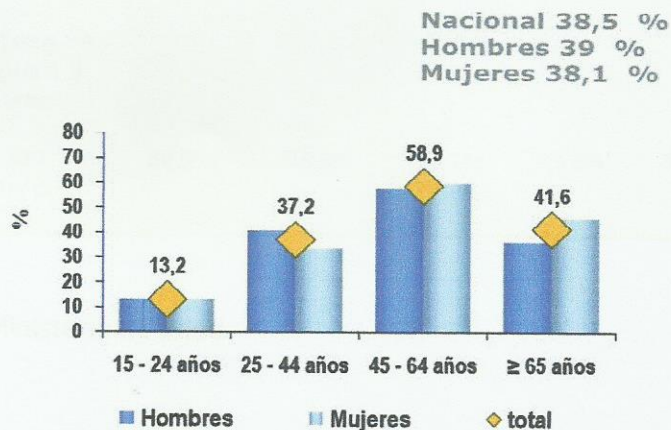


Tabla Nº 1

Prevalencia expandida de dislipidemia incluidos en la ENS 2009 – 2010

Problema de Salud	Criterios	Nacional	Hombres	Mujeres	< 8 años de estudio	Entre 8 y 12 años estudio	>12 años de estudio
<b>Dislipidemia HDL disminuido</b>	< 40 mg/dl en hombres, < 50 mg/dl en mujeres con ayuno > o igual 9 horas	45,4%	37,6%	52,8%	48,5%	48,8%	37,2%
<b>HDL protector</b>	> o igual a 60 mg/dl	14,7%	8,3%	20,8%			
<b>LDL elevada</b>	Según RCV (ATPIII Up date) con ayuno > o igual a 9 horas	22,7%	27,2%	18,3%	35,3%	22,8%	14,2%
<b>Triglicéridos Elevados</b>	> o igual a 150 mg/dl con ayuno > o igual a 9 horas	31,2%	35,6%	27,1%	34,9%	33,0%	24,8%
<b>Colesterol total elevado</b>	> 200 mg/dl	38,5%	39,0%	38,1%	43,6%	39,3%	33,8%

Gobierno de Chile / Ministerio de salud

#### 1.4 Estadísticas Centro Comunitario de Salud Familiar

En el Resumen Estadístico Mensual (REM) realizado el 31 de agosto del 2012 en el CECOSF Villa Francia, se encuentran los siguientes datos de asistencia e inasistencia resumidos en la tabla que se presenta a continuación:

Tabla Nº 2

**Población dislipidémica pura, CECOSF Villa Francia; REM agosto 2012.**

Edades	Totales	Mujeres		Hombres	
		Asistentes	Inasistentes	Asistentes	Inasistentes
≤ 18 años	1		1		
19 - 40 años	1		1		
41 - 64 años	19	7	10	1	1
≥ 65 años	16	6	6	3	1
Pasivos	16		12		4
Totales	53	13	30	4	6

Del total de 53 pacientes dislipidémicos puros, 36 se encuentran inasistentes lo que representa un 70 % aproximadamente. Los resultados demuestran que el bajo adherimiento que tienen los pacientes a la consulta nutricional es el factor principal que motiva ésta investigación para determinar las causas de la inasistencia.

Los pacientes pasivos corresponden a aquellos inasistentes a los controles por más de un año, de los cuales sólo se incluyeron a la población los que no asisten desde el 2011, debido a que existe mayor probabilidad de reingreso al programa. Con los pacientes inasistentes de años anteriores como 2010 y 2009, es probable que exista una mayor pérdida de información debido a cambios de domicilio, números de teléfonos inexistentes, o no exista interés en el paciente de reingresar al programa debido al tiempo que ha transcurrido sin sus controles.

### **1.5 Estadísticas Internacionales**

En el año 2011 se presentó el primer reporte de vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles, representando la situación epidemiológica de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay (países del Mercosur). El documento fue elaborado por la unidad de estudios y vigilancia de enfermedades no transmisibles del departamento de epidemiología del Ministerio de Salud de Chile, en colaboración con los integrantes del grupo ad hoc y representantes de la Organización Panamericana de la Salud en cada país.

La OMS ha catalogado a las ECNT como una pandemia. La dislipidemia, siendo un factor importante de enfermedad cardiovascular en conjunto con otras patologías, es responsable de 35 millones de muertes cada año, lo que representa un 60% del total de muertes, ocurriendo el 80% de éstas en los países de bajos y medianos ingresos.

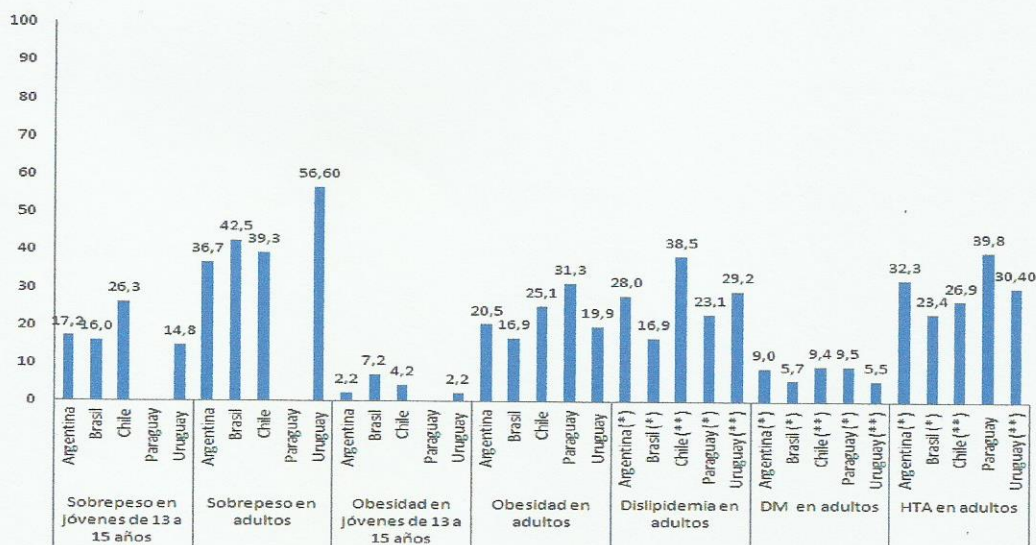
Las proyecciones acerca de la magnitud del problema de las ECNT son desalentadoras. La OMS estima que la mortalidad aumentará en un 17% en 10 años y que la mayor parte de ese incremento se deberá a epidemias emergentes de ECNT en los países en desarrollo (OMS, 2008). En tanto, se prevé que para el año 2030 las ECNT serán responsables del 69% de la carga de enfermedad mundial (Mathers C., Loncar D., 2006, 3).

De los problemas de salud crónicos no transmisibles incorporados en la vigilancia del MERCOSUR, las ECV se presentan como la primera causa de muerte en todos los países, dentro de las cuales la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular aparecen como las principales.

En el gráfico Nº 2 se observa que la prevalencia de dislipidemia, obesidad e hipertensión alcanzan cifras iguales o mayores al 20% en adultos de los países de Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay, siendo la cifra más elevada de dislipidemia en Chile con un 38,5%.

Gráfico Nº 2

**Prevalencia de factores de riesgo. Vigilancia de ECNT y lesiones, MERCOSUR. 2011**



## 1.6 Legislación Nacional

En el año 1967 durante el gobierno del presidente Eduardo Frei Montalva se formuló la política de población y salud pública en la cual se realizó la reorientación de la nutrición en el campo de la salud pública.

Campo ocupacional de la nutricionista:

Salud: Desarrolla actividades inherentes a la disciplina dietoterapéutica de la población en los diferentes niveles de atención; realiza acciones educativas a nivel individual y grupal, coherentes con las estrategias propuestas por el sector; gestiona las intervenciones en alimentación, nutrición y salud; administra servicios de alimentación institucional y asesora a instituciones u organizaciones de la comunidad en materias de alimentación y nutrición.

Especialización: El desempeño profesional en el sector salud, además de requerir destreza en el manejo de la dietética a lo largo del ciclo vital en salud o enfermedad, debe dedicarse a la atención ambulatoria en atención primaria. Para esto debe especializarse en la vigilancia y educación alimentaria - nutricional, planificación y gestión de intervenciones, salud familiar, seguridad alimentaria, gestión de servicios de salud y otros.

## 1.7 Programas relacionados con el problema

En el año 2000, el Ministerio de Salud editó normas o guías técnicas para el manejo de algunas ECNT (diabetes, hipertensión y dislipidemia) en forma separada. El año 2002 el MINSAL implementa el PSCV, con un nuevo enfoque; las decisiones terapéuticas se basan en la posibilidad de que un individuo tenga un evento cardiovascular a futuro (infarto agudo al miocardio o accidente cerebro vascular). Este enfoque pasa a reemplazar las terapias basadas en la presencia de factores aislados de éstas ECNT.

- **Programa de salud cardiovascular**

Propone utilizar una evaluación cualitativa del riesgo basada en la presencia e intensidad de los factores de riesgos cardiovasculares mayores y/o puntaje de Framingham. Al determinar el riesgo cardiovascular de cada individuo, se podrá realizar un tratamiento con el propósito de prevenir o tratar una enfermedad cardiovascular a través de un tratamiento integral basado en la dietoterapia y farmacología. Estos programas se encuentran dirigidos al equipo de salud de nivel primario, el cual tiene la capacidad de detectar y manejar a las personas con riesgo cardiovascular. La nutricionista tiene como rol fundamental, la educación que se le entrega a cada paciente inserto en el programa a través de charlas participativas, con un enfoque integral de la patología de base. Esto se manifiesta en que los centros de atención primaria de salud evolucionaron de ser consultorios a Centros de Salud Familiar (CESFAM) con la finalidad de ver al individuo en forma integral en conjunto con su núcleo familiar, y no como ser humano individual.



## 2 Marco Teórico

### 2.1 Concepto de colesterol

El colesterol es una molécula presente en todos los seres vivos. Forma parte insustituible de las membranas celulares y es precursor de las hormonas esteroideas y los ácidos biliares. Los niveles de colesterol en la sangre y su metabolismo están determinados, en parte, por las características genéticas de cada individuo y por factores adquiridos, tales como la dieta, el balance calórico y el nivel de actividad física.

El colesterol por ser hidrofóbico, debe ser transportado en la sangre por partículas especiales que contienen lípidos y proteínas que se denominan lipoproteínas. El componente proteico de estas lipoproteínas se denomina apolipoproteínas, que son importantes para solubilizar los lípidos en el plasma y vectorizar el metabolismo de los lípidos.

El contenido de colesterol existente en las membranas celulares está en función de la síntesis intracelular y la transferencia entre diversos tejidos; por ende, el transporte plasmático de colesterol, fosfolípidos y triglicéridos, a cargo de las lipoproteínas, es esencial en la mantención de una estructura y una óptima función celular.

En condiciones de ayuno, se encuentran tres tipos de lipoproteínas en circulación:

- Lipoproteína de baja densidad LDL, contienen el 60% – 70% del colesterol total del suero y están directamente relacionadas con el riesgo de enfermedad coronaria.
- Lipoproteína de alta densidad HDL, contienen el 20%– 30% del colesterol total, estando los niveles de HDL inversamente correlacionados con el riesgo coronario (no aterogénica).
- Lipoproteína de muy baja densidad VLDL, contienen el 10% – 15% de colesterol total, son precursoras de las LDL y algunas formas de VLDL son aterogénicos.

## 2.2 Vías de transporte de los lípidos

**Vía exógena:** Los lípidos provenientes de los alimentos son llevados al tejido adiposo y muscular, y los remanentes son metabolizados en el hígado.

**Vía endógena:** El colesterol y los triglicéridos hepáticos son exportados a los tejidos periféricos por las VLDL, precursoras de las LDL. Tienen la función de remover gran parte de las LDL y su colesterol al plasma.

**Transporte reverso:** El colesterol proveniente de las células y tejidos periféricos, puede ser devuelto al hígado a través de las HDL. Esta vía es de vital importancia, ya que es la única vía de excreción del colesterol, siendo eliminado en forma de sales biliares.

## 2.3 Definición Dislipidemia

La dislipidemia es una patología que presenta alteraciones en los niveles de lípidos, existiendo concentraciones anormales de colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL y triglicéridos (Ministerio de salud, 2000, 15).

Entre los principales factores de riesgo de esta patología se encuentran la obesidad y el consumo excesivo de colesterol, grasas saturadas y ácidos grasos trans, además de la ingesta deficiente de fibra en la alimentación.

## **2.4 Clasificación de la dislipidemia**

La dislipidemia se puede clasificar según su fenotipo clínico y su etiopatogenia, ya que pueden tener una causa primaria o genética (familia, poligénica, etc.), ser secundaria a otras patologías (hipotiroidismo, colestasia, obesidad, diabetes mellitus o insuficiencia renal crónica) o factores ambientales (dieta rica en grasas saturadas, colesterol y azúcares refinados, tabaquismo).

### **2.4.1 Según su fenotipo**

- Hipercolesterolemia aislada: Elevación de Col-LDL
- Hipertrigliceridemia aislada: Aumento de la concentración de triglicéridos
- Hiperlipidemia mixta: Elevación de Col-LDL y de triglicéridos
- Col-HDL bajo aislado: Disminución de Col-HDL

### **2.4.2 Según su Etiopatogenia**

Dislipidemia primaria genética: Esta causa genética representa el 4% de las dislipidemias existentes en la población general, de tal forma que esta contribución llega a ser un 30% en pacientes con cardiopatía coronaria, esta puede aumentarse en pacientes jóvenes. Se caracterizan por niveles muy altos de lípidos o disminución de las concentraciones de col-HDL encontrándose en ocasiones niveles de triglicéridos normales.

Dislipidemia secundaria: Se hace necesario indagar en la causa de la dislipidemia, con el fin de tratar o modificar los factores condicionantes. Se debe descartar patologías asociadas y evaluar hábitos alimentarios (consumo excesivo de grasas saturadas, colesterol, azúcares refinados, alcohol y medicamentos). También se debe tomar en cuenta la obesidad y el sedentarismo como factores de riesgo, dado que su tratamiento puede ser bastante favorable (Ministerio de Salud, 2000, 20-21).

#### **2.4.3 Hipercolesterolemia**

Es la causa principal de la aterosclerosis, dado que la mayor parte del colesterol es transportado por las LDL (el factor de riesgo de aterosclerosis, se le atribuye al aumento de esta lipoproteína). El mecanismo resulta cuando las LDL oxidadas son atrapadas por la matriz subendotelial, siendo captadas por monocitos – macrófagos. Al no tener un sistema de autorregulación del colesterol intracelular, se transforman en células espumosas llenas de colesterol, lo que genera una inflamación en la pared arterial, produciéndose la placa aterosclerótica que lleva a la oclusión del lumen arterial (Ministerio de Salud, 2000, 10).

#### **2.4.4 Hipertrigliceridemia**

Su rol como factor de riesgo de aterosclerosis se explica por la disminución del colesterol HDL (no aterogénico) ya que aumenta su catabolismo. Las HDL se vuelven partículas más pequeñas, densas y más susceptibles a oxidación, lo que las hace aún más ateroscleróticas (Ministerio de Salud, 2000,11).

## 2.5 Factores de riesgo cardiovascular (FRCV)

- Hombre mayor de 45 años
- Mujer postmenopáusica sin terapia de reemplazo estrogénico
- Antecedentes de aterosclerosis clínica precoz en familiares de primer grado
- Tabaquismo
- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus

## 2.6 Esquema general para el manejo de las dislipidemias

Los individuos con Col-total  $<200$  mg/dL o entre 200 y 239 mg/dL asociado a Col-HDL  $>35$  mg/dL y con menos de 2 FRCV, deben recibir educación para promover una dieta saludable y actividad física, deben ser controlados nuevamente con exámenes, en 5 años. En ellos, el principal objetivo es prevenir la obesidad y el sedentarismo.

Con el perfil lipídico se puede estimar el Col-LDL, principal determinante de la conducta terapéutica de los individuos dislipidémicos.

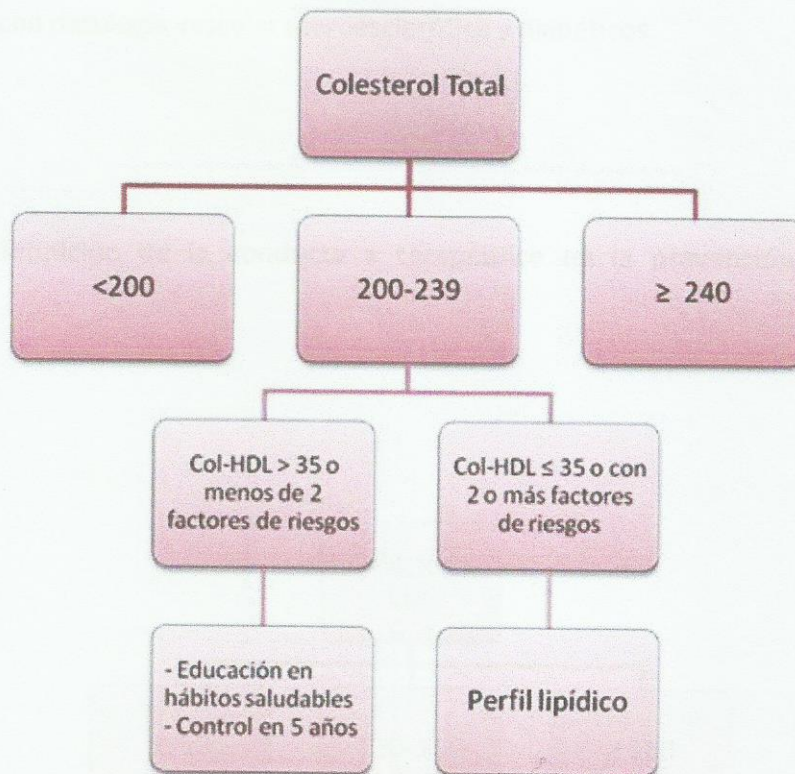
El diagnóstico de la dislipidemia se realiza según los niveles de lípidos y el riesgo cardiovascular global del paciente. A continuación se presenta el algoritmo para el diagnóstico de dislipidemia en atención primaria:

a) Colesterol total  $<200$  mg/dL y Col-HDL  $>35$  mg/dL. Sugetos que tienen el colesterol total entre 200 y 239 mg/dL.

b) Perfil lipídico

## Algoritmo N°1

### Diagnóstico Dislipidemia



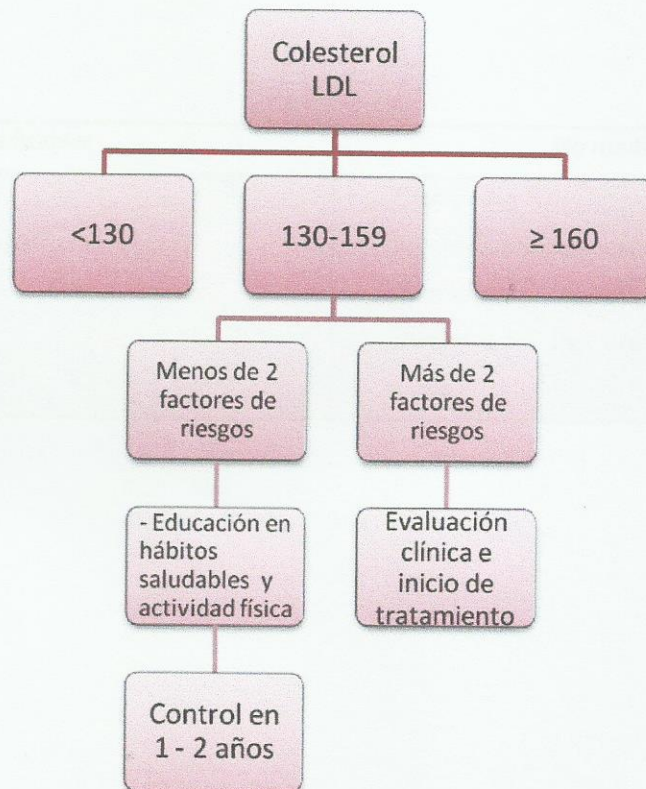
Según lo señalado, se deben realizar los siguientes exámenes paso a paso:

- Colesterol total: En sujetos mayores de 20 años, especialmente si hay otros factores de riesgo presentes.
- Colesterol total + colesterol HDL: En sujetos que tienen el colesterol total entre 200 y 239 mg/dL.
- Perfil lipídico

- Aplicable a sujetos con Col-total  $\geq 240$  mg/dL;
- Col-total entre 200 y 239 mg/dL junto a Col HDL  $\leq 35$  mg/dL o con 2 o más factores de riesgo cardiovascular.
- En menores de 20 años con antecedentes de padres con enfermedad aterosclerótica prematura o con dislipidemias primarias severas;
- En sujetos con patología vascular aterosclerótica y diabéticos.

### Algoritmo Nº 2

**Evaluación y definición de la conducta a terapéutica en la prevención primaria de las dislipidemias**



Así, las conductas terapéuticas recomendables en los sujetos con Col LDL <130 mg/dL o entre 130 y 159 mg/dL con menos de 2 FRCV (incluyendo un Col-HDL <35 mg/dL), son recibir educación alimentaria y promoción de la actividad física y ser controlados con perfil lipídico cada 1-2 años. Los sujetos con Col-LDL ≥160 mg/dL o entre 130 y 159, pero que tengan 2 o más FRCV, tienen indicación de iniciar tratamiento para su dislipidemia.

En el año 2009 el gobierno de Chile a través del Ministerio de Salud, presentan la implementación del enfoque de riesgo en el programa de salud cardiovascular para clasificar el riesgo cardiovascular del paciente. Los factores de riesgo a considerar en la evaluación se clasifican de la siguiente manera:

Tabla Nº 3

**Factores de riesgos mayores, Implementación del enfoque de riesgo en el PSCV, 2009.**

Modificables	No modificables
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabaquismo</li> <li>- Hipertensión arterial</li> <li>- Diabetes</li> <li>- Dislipidemia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad y sexo</li> <li>- Antecedentes personales de enfermedad CV.</li> <li>- Antecedentes familiares de enfermedad CV: sólo cuando éstos han ocurrido en familiares de 1er grado.</li> </ul>



Tabla N° 4

**Factores de riesgos condicionantes, Implementación del enfoque de riesgo en el PSCV, 2009.**

Modificables
- Obesidad
- Obesidad abdominal
- Sedentarismo
- Colesterol HDL < 40 mg/dL.
- Triglicéridos >150 mg/dL.

## 2.7 Riesgo cardiovascular absoluto

El riesgo cardiovascular absoluto o global, se define como la probabilidad de un individuo a tener un evento cardiovascular en un período de tiempo determinado (por ejemplo, en los próximos 5 o 10 años). La ecuación de riesgo de Framingham define como un primer evento cardiovascular al IAM, angina de pecho, ataque cerebral isquémico, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca congestiva o una muerte cardiovascular.

El riesgo cardiovascular global es una función del perfil de riesgo, sexo y edad de cada individuo; es más alto en varones mayores con varios factores de riesgo que en mujeres más jóvenes con menos factores de riesgo.

La mayoría de las personas desconoce su nivel de riesgo, por lo tanto se debe aprovechar la oportunidad de una consulta médica por cualquier causa para hacer un tamizaje y detectar posibles factores de riesgo: elevación de la presión arterial, glicemia o lípidos sanguíneos.

El propósito de evaluar el riesgo cardiovascular, es identificar los factores de riesgo, estimar el riesgo de hacer un evento cardiovascular y utilizar este cálculo para hacer un manejo terapéutico apropiado de aquellos factores de riesgo modificables (Ministerio de Salud, 2009, 6).

## 2.8 Riesgo cardiovascular determinado clínicamente

Los siguientes grupos se definen como de muy alto riesgo cardiovascular (>20%) solamente por sus antecedentes:

- Muy alto riesgo cardiovascular
- Antecedentes personales de una enfermedad cardiovascular previa: angina, IAM, angioplastia, bypass coronario, crisis isquémica transitoria, ataque cerebral isquémico o enfermedad vascular periférica.
- Cifras de presión arterial elevadas en forma permanente: PAS  $\geq$ 160-170 y/o PAD  $\geq$ 100-105 mm Hg.
- Personas con una enfermedad lipídica genética: hipercolesterolemia familiar, defecto familiar ApoB, dislipidemia familiar combinada.
- Sin antecedentes personales de enfermedad cardiovascular pero con un Col-total  $>$ 280mg/dl o Colesterol LDL  $\geq$ 190 mg/dl o una relación Col-total /Col-HDL  $>$ 8.
- Personas con diabetes y nefropatía diabética establecida, o diabetes y otra enfermedad renal.

En los pacientes descritos, no corresponde utilizar tablas de estratificación de riesgo para tomar decisiones terapéuticas. Ellos requieren intervenciones tanto sobre el estilo de vida como farmacológicas que les ayude a dejar de fumar, comer una dieta más saludable, aumentar el nivel de actividad física, controlar su peso corporal, presión arterial, lípidos sanguíneos y glicemia, según corresponda, siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica respectivas y otros documentos normativos del Ministerio de Salud.

## 2.9 Tablas chilenas de estimación de riesgo cardiovascular

Para evaluar el riesgo cardiovascular de las personas que ingresan al PSCV se ha promovido hasta ahora, un método cualitativo basado en el número, tipo e intensidad de los factores de riesgo (el más utilizado) o un método cuantitativo, a través de las tablas de puntuación basadas en el estudio de Framingham. Ninguno de estos instrumentos ha sido validado en nuestro país. Es así cómo, en la Encuesta Nacional de la Salud del año 2003, se calculó el riesgo cardiovascular según las dos alternativas de evaluación y se encontró que con la evaluación cualitativa, 41,1% presentaba riesgo cardiovascular alto y 13,8% presentaba riesgo cardiovascular máximo. En cambio, según la ecuación de Framingham, 13,9% presenta riesgo cardiovascular alto y 6,6% riesgo cardiovascular máximo.

El estudio de Framingham ha servido como referente para determinar riesgo coronario en Chile como en muchos otros países del mundo; sin embargo, está demostrado que sobrestima el riesgo en poblaciones de baja incidencia, como la de nuestro país. Esto motivó la necesidad de adaptar dichas tablas a la población chilena.

El desarrollo de tablas de estimación de riesgo coronario adaptadas a la población chilena, basadas en la ecuación de Framingham constituye un paso fundamental para el diagnóstico del nivel de riesgo en nuestra población y para guiar las estrategias terapéuticas basados en datos nacionales. Se adaptó la función de riesgo coronario de Framingham, considerando una estimación de la incidencia de eventos coronarios y los factores de riesgo, edad, sexo, colesterol total, colesterol HDL, presión arterial, diabetes y tabaquismo de la población chilena de 35 a 74 años. Sin embargo, el instrumento no ha sido validado y se desconoce su capacidad predictiva (Ministerio de Salud, 2009, 8).

## 2.10 Aplicación de las tablas chilenas

Las tablas estiman el riesgo de padecer un episodio coronario, mortal o no, en personas sin antecedentes de patología cardiovascular previa (prevención primaria), en un periodo de 10 años, según la presencia o ausencia de los factores de riesgos mayores. Entregan la estimación del riesgo a través de un resultado numérico en una casilla con un determinado color, verde, amarillo, naranja y rojo, para clasificar a la persona en riesgo bajo, moderado, alto y muy alto, respectivamente.

Alternativamente, se puede estimar el riesgo coronario a través de un simulador automático en línea, disponible en la página web del Ministerio de Salud y del Programa de Investigación de Factores de Riesgo de Enfermedades Cardiovasculares (PIFRECV).

El PSCV del Ministerio de Salud ha resuelto utilizar las tablas chilenas de riesgo coronario aun cuando estas no están validadas, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones y precauciones:

- Es necesario contar con algún instrumento que nos permita clasificar a las personas según su nivel de riesgo cardiovascular, para utilizar en forma más eficiente los recursos del PSCV.
- Hasta ahora, se utilizan dos metodologías propuestas en el PSCV 2002, que tampoco han sido validadas en nuestro país: evaluación cualitativa o evaluación cuantitativa basada en el puntaje de Framingham.
- Las tablas chilenas de riesgo coronario, basadas en la ecuación de Framingham, aunque tampoco están validadas, tienen la ventaja que haber sido construidas basadas en la realidad epidemiológica de nuestro país.

La clasificación de las tablas chilenas se ha simplificado y contempla sólo 4 categorías de riesgo: bajo, moderado, alto y muy alto, a diferencia de las tablas de Framingham que consideran 5 categorías de riesgo cardiovascular. Adicionalmente, se redujo el umbral para clasificar a las personas de moderado y alto riesgo (ej. un riesgo moderado en la clasificación de Framingham americana corresponde a un riesgo alto en las tablas chilenas). Es decir, en un afán conservador y cauteloso, se está sobreestimando el riesgo de cada persona evaluada. Por otra parte, es importante tener presente que los métodos utilizados hasta ahora, como también las tablas chilenas, estiman sólo riesgo coronario, en lugar de riesgo cardiovascular global, que sería lo deseable.

En virtud de las consideraciones anteriores, se recomienda utilizar las tablas chilenas de riesgo coronario, como una aproximación ("proxy") al riesgo cardiovascular, mientras no dispongamos de un instrumento validado en Chile (Ministerio de salud, 2009, 10).

## 2.11 Otros factores de riesgo cardiovascular

La clasificación del riesgo cardiovascular global deberá considerar otros factores de riesgo no incluidos en la tabla, y que sumados a estos podrían aumentar el riesgo cardiovascular global de la persona.

Factores de riesgo no considerados en la tabla:

- Antecedentes familiares de cardiopatía coronaria o ataque cerebral prematuro en familiar de primer grado (hombre < 55 años, mujer < 65 años).
- Personas en tratamiento antihipertensivo (independientemente de la cifra de presión arterial).
- Obesidad central (circunferencia de cintura  $\geq 102$  cm en hombres y  $\geq 88$  cm en mujeres).
- Concentración elevada de triglicéridos ( $\geq 150$  mg/dl).
- Concentraciones elevadas de proteína C-reactiva, fibrinógeno, homocisteína, apolipoproteína B ó Lp(a), hiperglicemia en ayunas o intolerancia a la glucosa.
- Microalbuminuria en diabéticos.

Si la persona que se evalúa tiene uno o más de estos factores deberá sumar 5 puntos al puntaje obtenido por la tabla. Este será el valor del riesgo cardiovascular global, el cual quedará consignado en la ficha de ingreso con el fundamento respectivo. Ejemplo: una persona con un riesgo coronario bajo, 3%, que además tiene obesidad central y está en tratamiento por hipertensión, se le debe sumar 5%, lo que resulta en un riesgo cardiovascular global de 8%, equivalente a un riesgo moderado (Ministerio de salud, 2009, 11).

Tabla Nº 5

**Comparación Framingham y tablas chilenas, Implementación del enfoque de riesgo en el PSCV, 2009.**

<b>Clasificación del riesgo cardiovascular</b>	<b>Framingham</b>	<b>Tablas Chilenas</b>
Bajo	<5%	<5%
Ligero	5-9%	-
Moderado	10-19%	5-9%
Alto	20-39%	10-19%
Muy Alto	>39%	≥20%



## 2.12 Riesgo cardiovascular en personas menores de 35 y 75 años y más

Las tablas no permiten la clasificación del riesgo cardiovascular en personas menores de 35 y 75 años y más. Las personas menores de 35 años, sólo por ser jóvenes, tienen una probabilidad baja de tener un evento cardiovascular en los próximos 10 años; sin embargo, estarán expuestas durante muchos años a los factores de riesgo. En los jóvenes se deben hacer los máximos esfuerzos por controlar los factores de riesgo a través de cambios en el estilo de vida. En los mayores de 75 años, la edad se constituye en el principal factor de riesgo, y sólo por este hecho estas personas tienen un riesgo cardiovascular más elevado, sin embargo, en su clasificación el médico deberá considerar el nivel de los factores de riesgo, tanto mayores como condicionantes, y el tiempo de exposición a estos. En la práctica, el riesgo cardiovascular de los más jóvenes, se podría homologar al de las personas de 35-44 años y el de los adultos mayores de 75 años al riesgo del grupo de los 65-74 años, a no ser que el médico tenga antecedentes clínicos que le permiten clasificar al sujeto en una categoría distinta (Ministerio de Salud, 2009, 13).

### 2.13 Objetivos terapéuticos

El principal objetivo del tratamiento de un paciente con dislipidemia es alcanzar niveles de lípidos que disminuyan el riesgo de presentar un evento cardiovascular. Existe evidencia de que el tratamiento es beneficioso en reducir el riesgo cardiovascular tanto en el paciente dislipidémico sin patología cardiovascular actual o previa (prevención primaria) como en el paciente que ya ha tenido un evento, para evitar una reincidencia (prevención secundaria). El control de la dislipidemia puede hacer regresar lesiones ateromatosas existentes o evitar su progresión, como también disminuye la disfunción endotelial y estabiliza las lesiones evitando los accidentes de placa (trombosis y rupturas). Al cabo de 1 a 2 años de tratamiento hay una indiscutida disminución de eventos cardiovasculares, coronarios, cerebrales y una reducción de la mortalidad. La meta del tratamiento es lograr niveles de Col-LDL según corresponda al nivel de riesgo del individuo (Ministerio de salud, 2000, 39).

Tabla N° 6

**Objetivos terapéuticos (Col-LDL) en pacientes dislipidémicos según el riesgo cardiovascular global. Normas técnicas dislipidemias, 2000.**

	<b>Característica del paciente</b>	<b>Meta Col-LDL mg/dL</b>
<b>Prevención Primaria</b>	Sin enfermedad CV y < 2 factores de riesgo	< 160
	Sin enfermedad CV y ≥2 factores de riesgo	< 130
<b>Prevención Secundaria</b>	Con enfermedad CV, diabetes mellitus o dislipidemia primaria	≤100

Para los pacientes portadores de patología vascular aterosclerótica, diabetes mellitus o dislipidemia primaria, las metas son más exigentes que en el caso de la prevención primaria, debido al mayor riesgo de presentar eventos cardiovasculares y mortalidad por esta causa.

Como metas adicionales en un tratamiento integral se consideran:

- Elevar los niveles de Col-HDL sobre 35 mg/dL (prevención primaria) o sobre 45 mg/dL (prevención secundaria);
- Reducir niveles de triglicéridos a menos de 200 mg/dL (prevención primaria) o a menos de 160 mg/dL (prevención secundaria);
- Mantener euglicemia en diabéticos;
- Mantener el peso en individuos eutróficos y reducirlo entre un 5 a 10% en obesos;
- Mantener cifras de presión arterial iguales o inferiores a 135/80 mm Hg;
- Abandonar el hábito de fumar;
- Mantener o aumentar una actividad física en forma regular.

## 2.14 Prevención primaria

En sujetos con Col-LDL  $\geq 160$  mg/dL o con 2 o más FRCV y Col LDL  $\geq 130$  mg/dL, que tengan una respuesta insuficiente a las medidas no farmacológicas progresivamente indicadas y controladas por un período de 6 meses a 1 año.

En individuos jóvenes (hombres menores de 35 años y mujeres pre menopáusicas) con Col-LDL  $\geq 220$  mg/dL o que mantengan un Col-LDL  $\geq 190$  mg/dL a pesar de las medidas no farmacológicas. En estos casos, una indicación de fármacos está especialmente indicada si hay antecedentes familiares de dislipidemias genéticas o de muertes cardiovasculares a edades tempranas.

Será preferible usar drogas más seguras en las dosis efectivas más bajas. Con todo, el uso de drogas por muchos años puede generar efectos adversos, por lo que debe evaluarse cuidadosamente su indicación.

## 2.15 Prevención secundaria

En pacientes con Col-LDL  $\geq 160$  mg/dL, se iniciarán drogas al momento del diagnóstico y en el caso de pacientes con Col- LDL entre 100 y 160 mg/dL, que tengan una respuesta insuficiente (Col-LDL  $> 100$  mg/dL) a pesar del tratamiento no farmacológico evaluado a 3 meses plazo.

## 2.16 Elementos terapéuticos

El inicio del tratamiento de la dislipidemia es definido por el riesgo de salud del paciente y especialmente por su riesgo cardiovascular. Con un apropiado diagnóstico del tipo de dislipidemia, de las enfermedades asociadas y factores condicionantes, debe indicarse un tratamiento que requiere evaluaciones periódicas generalmente de por vida. Las medidas terapéuticas comprenden:

- Tratamiento de las enfermedades o factores causales de dislipidemias secundarias, si ellas están presentes (diabetes mellitus, hipotiroidismo, obesidad, hipertensión).
- Tratamiento no farmacológico: Relacionado principalmente a dieta y actividad física. El tratamiento no farmacológico debe ser indicado y mantenido en todo paciente dislipidémico en prevención primaria o secundaria cardiovascular.
- Tratamiento farmacológico: Si las metas terapéuticas no son alcanzadas en plazos variables y razonables, debe plantearse un tratamiento farmacológico. Antes de indicar una droga hipolipemiente se debe asegurar el diagnóstico con al menos 2 determinaciones del perfil lipídico.

## 2.17 Control y seguimiento

Aunque la meta principal del tratamiento es reducir el nivel de Col-LDL, la mayoría de los pacientes con riesgo bajo o moderado se puede controlar analizando los niveles de Col-total lo que tiene la ventaja de reducir los costos y no requerir la condición de ayuno para la determinación de la muestra. Para la mayoría de los pacientes un nivel de Col-total de 200-240 mg/dL equivale a un Col-LDL de 130- 160 mg/dL; una meta de Col-LDL <160 mg/dL se puede homologar a un Col-total <240 mg/dL, y un nivel de Col-LDL<130 mg/dL equivale a un Col-total <200mg/dL.

Una vez se logre la meta referida al Col-total, se debe confirmar con una medición del nivel de Col-LDL. De ahí en adelante, el nivel de colesterol se medirá 1 a 2 veces en el año y se reforzarán las indicaciones dietéticas y de actividad física (Ministerio de Salud, 2000, 42)

## 2.18 Tratamiento Dietético

El tratamiento no farmacológico de la dislipidemia tiene como objetivo reducir los niveles elevados de colesterol total, Col-LDL, triglicéridos y elevar el Col-HDL. Esto incluye la promoción de la actividad física que contribuye al logro de los objetivos mencionados.

Las medidas nutricionales se adaptarán a la clasificación clínica y tenderán a provocar un cambio del estilo de vida del individuo. Debe considerarse la implementación de estas medidas en forma progresiva a través de un programa educativo, a fin de obtener la mayor adherencia posible al programa.

Muchos pacientes, especialmente los jóvenes de bajo riesgo cardiovascular, requerirán sólo medidas no farmacológicas para lograr las metas de tratamiento. El equipo de salud deberá promover un control periódico de estos pacientes para mejorar sus capacidades de autocuidado y también para contribuir a la adherencia y mantención de los cambios en las conductas.

- **Hipercolesterolemia**

Basado en las recomendaciones del panel de expertos del Programa Nacional de Educación en Colesterol de los EEUU, el tratamiento dietario se realiza en 2 etapas. Estas dietas están diseñadas para reducir en forma progresiva la ingesta de ácidos grasos saturados, colesterol y también promover una baja de peso en aquellos pacientes con sobrepeso, a través de la eliminación de un exceso de calorías totales (Ministerio de Salud, 2000, 45).

Tabla N°7

**Tratamiento dietético de la hipercolesterolemia. Normas técnicas dislipidemias, 2000.**

Nutrientes	Ingesta recomendada	
	Dieta etapa 1	Dieta etapa 2
Grasa Total	≤ 30% de las calorías totales	
Ácidos grasos saturados	8-10% de las calorías totales	< del 7% de las calorías totales
Ácidos grasos poliinsaturados	Hasta el 10 % de las calorías totales	
Ácidos grasos monoinsaturados	Hasta el 15 % de las calorías totales	
Hidratos de carbono	55 % de las calorías totales aproximadamente	
Proteínas	15 % de las calorías totales aproximadamente	
Colesterol	< 300 mg/día	< 200 mg/día
Fibra	20-35 gramos/día	
Calorías totales	Las necesarias para alcanzar y mantener el peso deseable	



- **Dieta etapa 1 recomienda:**

- Consumir menos del 30 % de las calorías totales como lípidos;
- Disminuir el consumo de grasas saturadas, aumentando las grasas monoinsaturadas hasta un 15%.
- Consumir menos de 300 mg de colesterol/día;
- Reducir las calorías totales si hay sobrepeso;
- Suprimir azúcar refinado (sacarosa) y limitar el consumo excesivo de alcohol y fructosa en caso de hipertrigliceridemia;
- Aumentar el consumo de fibra soluble.

La dieta etapa 1 constituye el primer paso del tratamiento dietético y básicamente consiste en disminuir las fuentes más obvias de grasas saturadas y colesterol.

Si estas medidas no son suficientes para alcanzar la meta propuesta o si el paciente ya estaba siguiendo estas recomendaciones sin haber alcanzado la meta del Col-LDL, se pasa a la dieta etapa 2. Los pacientes con enfermedad coronaria establecida y aquellos con un riesgo cardiovascular máximo deben iniciar su tratamiento con la dieta etapa 2 y mantenerla, estén o no en tratamiento con fármacos.

- **Dieta etapa 2 recomienda:**

- Consumir menos del 30 % de las calorías totales como lípidos;
- Disminución del consumo de grasas saturadas a menos de un 7%, con aumento proporcional de los ácidos grasos monoinsaturados, hasta un 15%;
- Consumir menos de 200 mg de colesterol/día;
- Reducir las calorías totales si hay sobrepeso;
- Suprimir azúcar refinado (sacarosa) y limitar el consumo excesivo de alcohol y fructosa en caso de hipertrigliceridemia;
- Aumentar el consumo de fibra soluble.

- **Hipertrigliceridemias**

En estos pacientes las medidas no farmacológicas son similares a las descritas para la hipercolesterolemia; sin embargo, el énfasis debe estar en la reducción de peso, la disminución del consumo de azúcares refinados y fructosa, la disminución del consumo de alcohol y suprimir el tabaquismo (la reducción de los niveles de triglicéridos se acompaña de un aumento del Col-HDL).

Las recomendaciones en este caso son:

- ✓ Corrección del sobrepeso u obesidad;
- ✓ Evitar el consumo de azúcares: dulces, caramelos, pasteles, helados, bebidas gaseosas, jaleas y flanes, no dietéticos;
- ✓ Evitar mermeladas que contengan fructosa o sacarosa;
- ✓ Evitar jugos envasados y en polvo que contengan sacarosa y fructosa;
- ✓ Evitar dulces en molde como membrillo, camote, o manjar;
- ✓ Reducir o suprimir el consumo de alcohol;
- ✓ Aumentar el consumo de fibra dietaria;
- ✓ Estimular el consumo de ácidos grasos poliinsaturados y omega 3 provenientes de pescados con alto contenido graso: atún, salmón, jurel, sardinas, sierra;
- ✓ Estimular la actividad física regular;
- ✓ Eliminar el cigarrillo.

- **Dislipidemia mixta**

En este caso, la elevación tanto del colesterol como de los triglicéridos obliga a asociar las medidas expuestas para cada una de ellas, dando prioridad al control de los niveles de Col-LDL, con las mismas metas que para la hipercolesterolemia aislada.

### **2.19 Actividad física**

El aumento de la actividad física es un componente esencial en el manejo de las dislipidemias. Existe evidencia que la actividad física regular reduce la mortalidad por enfermedad cardiovascular. Este efecto benéfico se produce a través de distintos mecanismos: reduce los niveles de Col-LDL, triglicéridos y aumenta los niveles de Col-HDL. Puede promover reducción del peso corporal en sujetos con sobrepeso, lo que a su vez incrementa el efecto beneficioso sobre las lipoproteínas.

Tiene un efecto favorable sobre la presión arterial, resistencia a la insulina y la vasculatura coronaria; por lo tanto, todo paciente que se incorpora a un tratamiento por dislipidemia debe ser estimulado a iniciar un programa regular de actividad física.

Para ser efectivo, el programa debe ser individualizado, considerando el grado de acondicionamiento físico del paciente, su condición cardíaca y preferencias en el tipo de actividad. La disponibilidad de programas regulares grupales favorecen la adherencia a este tipo de actividad, como también el realizar la actividad en compañía.

El ejercicio debe poner el énfasis en actividades aeróbicas, tales como la caminata rápida, trote, natación, bicicleta o tenis, que producen un estrés moderado sobre el sistema cardio-respiratorio y debe ser prescrito considerando cantidad, intensidad y frecuencia. Una vez que se logren las metas deseadas debe mantenerse en forma permanente un programa regular de ejercicio.

- **Recomendaciones de actividad física**

Las personas de todas las edades deben realizar actividad física de intensidad moderada (ej. caminata rápida), como mínimo durante 30 minutos, la mayoría de los días de la semana e idealmente todos los días. En general, los beneficios para la salud se incrementan con una actividad física de mayor duración e intensidad.

Las personas sedentarias que inician un programa de actividad física deben comenzar con actividades de corta duración y de moderada intensidad, incrementando gradualmente estos dos parámetros hasta lograr la meta deseada.

Las personas afectadas por patologías crónicas, tales como enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, u otras patologías, deberán consultar con su médico antes de iniciar un programa de actividad física, quien realizará una evaluación y recomendará el tipo de programa más adecuado.

## **2.20 Rendimiento de las medidas no farmacológicas**

Las medidas no farmacológicas pueden lograr reducciones en el nivel Col-LDL de un 10-15%. Esta disminución puede ser mayor en sujetos con una alimentación habitual con un alto contenido de grasas saturadas y colesterol.

Los cambios observables en los niveles de triglicéridos son de mayor magnitud, disminución de 20-30%, especialmente si se logra bajar de peso e incrementar la actividad física. Esto generalmente se acompaña de una mejoría en los niveles de Col HDL, de la presión arterial y de la glicemia, reduciendo el riesgo cardiovascular global.

## 2.21 Factores de inasistencia

Según estudios epidemiológicos realizados en diferentes grupos socioeconómicos, los factores que afectan la asistencia a controles médicos suelen ser similares en distintos grupos de individuos. Afecta principalmente la falta de educación respecto a un tratamiento médico y las consecuencias que podría traer una enfermedad mal tratada.

Dentro algunas características aisladas del paciente inasistente a las citas médicas se encuentran:

- a) Enfermedad que presentan: Necesidad o urgencia por ser atendidos, según la gravedad y tipo de problema clínico que presentan.
- b) Lugar de residencia: Lejanía del domicilio al lugar de consulta, facilidad y factibilidad de transporte y desplazamiento.
- c) Diagnóstico: Lenguaje científico y técnico de los diagnósticos, hace que el paciente muchas veces no comprenda a cabalidad su situación de salud.
- d) Período entre visitas: Período prolongado entre un control y otro, lo que no permite una continuidad en el tratamiento.

Aparte de los puntos descritos anteriormente se puede observar dentro de las causas psicológicas e individualizadas de cada paciente la falta de motivación; factor condicionante al momento de generar capacidades de captación y aprendizaje.

Estudios psicológicos avalan la teoría de que sujetos con alta motivación persisten más en alcanzar sus metas, hacen juicios independientes, se proponen objetivos que cumplen a cabalidad en pos del éxito y bienestar propio.

Dentro de las causas de la desmotivación se debe indagar fundamentalmente en la estimulación que recibe el individuo en conjunto con su historia de aprendizaje personal. Esto refiere al apoyo de su círculo más cercano, sentido de la responsabilidad y un medio social favorable.

La desmotivación supone la existencia de limitaciones, falta de hábitos, prejuicios, falta de conocimiento etc. Frente a estos elementos es difícil obtener un cambio.

## **2.22 Factores epidemiológicos que causan inasistencia a los controles nutricionales**

Al revisar documentos sobre estudios específicos acerca de la inasistencia a controles, tenemos diversas aristas que se repiten sin importar la condición geográfica ni económica de la población estudiada.

En nuestro continente la atención médica convencional comenzó a ser común en el período colonial. En esa época la atención personalizada, ayudó a las mujeres a sentirse mejor al ser asistidas en el proceso reproductivo; se educaba acerca del proceso previo y posterior al embarazo, informando acerca de tácticas preventivas y cuidados necesarios.

Se observa en diversos estudios como factores principales de inasistencia a los controles:

- Bajo nivel educacional, el cual influye principalmente por el desconocimiento que tiene cada individuo acerca del proceso fisiopatológico de la enfermedad.

- Falta de compromiso y seriedad que tiene cada paciente con su estado de salud, esto se ve reflejado en la nula motivación que tiene cada persona por seguir y/o afrontar el tratamiento de alguna patología.
- La escasa presencia de síntomas, ya que las inasistencias suelen presentarse en períodos menos agudos de la enfermedad, esto quiere decir que mientras no se presente alguna sintomatología o molestia persistente, la población pasa por alto los controles de continuidad al tratamiento.

La OMS plantea dimensiones que influyen en la adherencia al tratamiento de una enfermedad crónica, las cuales están integradas por la acción recíproca de un conjunto de factores que afectan la capacidad de las personas para adherirse a su tratamiento (OMS, 2004).

A partir del modelo de dimensiones de la OMS, se consideró un esquema teórico orientador para el estudio de estos factores compuesto por cinco grupos:

- 1) Socioeconómicos y demográficos
- 2) Sistema y equipo de salud
- 3) Características de la enfermedad y el tratamiento
- 4) Red familiar y social
- 5) Paciente

Es importante considerar éstos factores al explicar por qué las personas siguen o no una conducta de cumplimiento. Sin embargo, su incidencia no ocurre de manera lineal, entre ellos se producen interacciones e integraciones que hacen muy difícil la interpretación de resultados de una investigación. Hay evidencias de que un mismo paciente no mantiene los mismos comportamientos a lo largo de distintas situaciones terapéuticas y que su conducta puede variar dependiendo de múltiples condiciones (Martín, 2009,16).



Se asume la importancia y la necesidad de identificar regularidades que apunten hacia la presencia o no de determinados factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento y que actúan desde diferentes niveles de determinación de este comportamiento, las cuales permitan encaminar intervenciones con grupos e individuos portadores de una enfermedad.

Con respecto a los factores relacionados con el paciente, la literatura incluye dos aspectos: los sociales y psicológicos. Los sociales, por su naturaleza diferente fueron ubicados de manera independiente en la denominada red social y familiar. Los aspectos psicológicos se abordaron de dos formas: el análisis de las unidades psicológicas que la literatura señala como relevantes para la adherencia y el estudio de la personalidad, como instancia integradora y reguladora del comportamiento que permite revelar mecanismos explicativos, de las manifestaciones de los componentes del proceso de adherencia (Martín, 2009,17).

### **2.23 Factores socioeconómicos y demográficos**

La OMS señala que se presentan deficiencias en la adherencia a los tratamientos de larga duración tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Algunos aspectos socioeconómicos tales como: la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la lejanía del centro de atención médica, el costo elevado del transporte y el alto costo de la medicación, se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia terapéutica (OMS,2004).

Sobre los factores sociodemográficos, se considera que el sexo, la edad, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, el estado civil, la raza y la religión no han demostrado ser predictores adecuados en sí mismos de la adherencia o cumplimiento.

También se ha observado que el factor modulador no es la presencia de la característica demográfica en si misma sino ciertos factores habitualmente asociados a ella, por ejemplo en ancianos, el déficit cognitivo, el olvido, la incapacidad para leer etiquetas y prospectos, influyen en falta de conocimiento y se asocia a una menor adherencia al tratamiento (Martín, 2009,18).

## 2.24 Factores del sistema de salud y el equipo de asistencia sanitaria

En cuanto a los factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria, la OMS plantea el efecto de los servicios de salud poco desarrollados, los sistemas deficientes de distribución de medicamentos, la falta de conocimientos del personal de salud en el control de las enfermedades crónicas y la falta de incentivos para ellos. También trata la necesidad de que en la formulación de políticas de salud y en la adecuación de los directivos sanitarios se contemplen las consecuencias de la adherencia terapéutica deficiente, para evitarlas; esta demanda impone la necesidad de elevar el diagnóstico y la intervención en la adherencia terapéutica, a estrategia prioritaria del sistema de salud lo cual puede ser reflejado en las propuestas de objetivos y acciones de los programas de atención, prevención y control de las enfermedades, sobre todo las crónicas (OMS, 2004).

La satisfacción del paciente incluye un conjunto de evaluaciones de diferentes dimensiones del cuidado del profesional, en la cual se distinguen la satisfacción específica y la global. Los pacientes más insatisfechos tienen mayores probabilidades de no llevar a cabo las instrucciones de tratamiento.

La comunicación entre los profesionales y el paciente es fundamental. Los profesionales con aptitudes y actitudes negativas para informar el tratamiento, falta de empatía y desmotivación, contribuyen a la falta de adherencia al mismo. De igual forma la ausencia de instrucciones escritas o efectuadas de modo deficiente con lenguaje demasiado técnico o rasgos incomprensibles no favorecen la adhesión. Otro aspecto es el modo en que el profesional estimula la cooperación del paciente en la instauración del régimen terapéutico, la colaboración, la discusión y el acuerdo entre ambos con respecto a todo el tratamiento.

La comunicación permite al paciente comprender la información que se está dando sobre la prescripción o recomendación, lo cual supone un primer paso para que pueda aceptarla y recordarla. Otros investigadores refieren que la comunicación eficiente de las prescripciones, basada en principios básicos como atención, aceptación y comprensión, facilita su cumplimiento. El proceso de comunicación es importante para el reconocimiento individual del paciente, la calificación profesional percibida y las características del lugar en que se produce la atención (Martín, 2009, 20).

## **2.25 Factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento**

Los factores del tratamiento tienen un carácter básicamente médico y se refiere a las características del régimen terapéutico. La complejidad del tratamiento, incluye el grado de cambio en el comportamiento que exige éste, si implica cambios en los hábitos y estilos de vida o exige pautas nuevas de comportamiento.

También son variables relacionadas con la complejidad el número, la frecuencia de consumo y la combinación de distintos tipos de medicamentos, ya que se reconoce que la medicación múltiple favorece el incumplimiento.

Los factores de la enfermedad están referidos a la naturaleza de la misma y a las exigencias particulares derivadas de ella con que se enfrenta el paciente. Se ha reportado que las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, mientras que en las enfermedades crónicas y sobre todo en las que tienen un carácter asintomático, el cumplimiento es menor.

Los síntomas constantes facilitan la adaptación y en consecuencia pueden contribuir a bajar el cumplimiento, así como las características de los propios síntomas, como ser alarmantes o percibirse como peligrosos pueden estimular el cumplimiento de las prescripciones. Al parecer resulta más difícil seguir las recomendaciones profilácticas, como modificaciones de estilos de vida o cambios de comportamiento, en comparación a las indicaciones terapéuticas que atenúan el efecto de los síntomas que están produciendo malestar (Martín, 2009, 21).

## **2.26 Factores relacionados con la red familiar y social**

En este grupo se destaca el papel del apoyo social y familiar en el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Las personas que reciben apoyo de otros, tienen más probabilidades de seguir las recomendaciones médicas que aquellos con menos apoyo social, con inestabilidad familiar o aislamiento. Este puede provenir de la familia, amigos, compañeros de trabajo o grupos de autoayuda, es decir, lazos sociales con otros individuos, grupos o con la comunidad, siendo más beneficioso en tanto incluya ayuda enfocada al problema de salud. Los grupos sociales y sus normas respecto al comportamiento preventivo pueden ejercer presión sobre sus miembros para que se ajusten a las indicaciones médicas.

La familia anima a mantener el régimen médico, apoya en la búsqueda de estrategias y recursos materiales que facilitan el cumplimiento y a veces asume una parte de la responsabilidad en éste proceso, también contribuye a animar al enfermo, mantener el régimen y a volver a la vida normal. Por esto se señala que el apoyo familiar y los vínculos que se establecen en esta red puede contribuir tanto a incrementar como a disminuir la ejecución de recomendaciones de salud y (o) terapéuticas. Cuando las recomendaciones incluyen cambios en los estilos de vida, el apoyo de otros puede ser especialmente necesario como refuerzo para iniciar y mantener éstos cambios (Martín, 2009, 22).

## 2.27 Factores relacionados con el paciente

La perspectiva teórica para el estudio de la adherencia terapéutica como proceso psicosocial ha sido el enfoque histórico cultural desarrollado por L. S. Vigotsky; él considera como principios fundamentales:

- Naturaleza histórico social de la psiquis humana
- Interrelación dialéctica entre lo biológico, lo social y lo psicológico
- Unidad e interrelación entre la actividad y la comunicación
- Enseñanza y desarrollo entre lo cognitivo y lo afectivo en las manifestaciones de las funciones psíquicas superiores.

En el proceso de adherencia al tratamiento intervienen aspectos psicológicos cognitivos, motivacionales y volitivos. Los conocimientos que han adquirido los enfermos acerca de la enfermedad y el tratamiento les permiten actuar de manera consciente, sobre bases claras y reales teniendo en cuenta las principales características, los efectos, los riesgos y los comportamientos adecuados para el manejo de la misma.

Si el paciente está motivado por mantener su salud, su comportamiento se dirige con mayor facilidad hacia la ejecución de acciones que la conserven. Es importante la motivación mantenida y sostenida en el tiempo, desde una óptica optimista y positiva como una vía para vivir más plenamente (Martín, 2009, 22).

## CAPITULO III

### HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

#### 1. Formulación de Hipótesis

Los principales factores asociados a la inasistencia de la consulta nutricional incluida en el programa de salud cardiovascular en pacientes dislipidémicos puros entre 15 y 80 años del Centro Comunitario de Salud Familiar, Villa Francia son: El nivel educacional, desconocimiento de la patología de base, dificultades para acceder a la consulta, motivación personal, relación con el equipo de asistencia sanitaria y el apoyo de redes sociales y familiares.

#### 2. Definición conceptual de variables

❖ **Nivel Educativo:** Se define como tramos del sistema educativo que acreditan y certifican el proceso educacional organizado en función de las características psicosociales del sujeto con relación a la infancia, la adolescencia, juventud y la adultez. Los niveles que conforman el sistema educativo son:

**Inicial:** Brinda una formación integral que abarca los aspectos sociales, afectivo emocionales, cognitivos, motrices y expresivos de manera que se promueva y profundice la calidad de los aprendizajes en etapas posteriores. El nivel inicial constituye una unidad pedagógica destinada a niños/as desde los 45 días a 5 años siendo obligatorio el último año.

Primario: Tiene como objeto la adquisición de competencias básicas, conocimientos, habilidades y valores comunes imprescindibles para toda la población. La modalidad común y especial constituye una unidad obligatoria a partir de los 6 años.

Secundario: Tiene por objeto profundizar los saberes, habilidades y valores en función de las áreas de conocimiento del mundo social y del trabajo, habilita para cursar el nivel superior. Constituye una unidad pedagógica obligatoria destinada a adolescentes, jóvenes y adultos que hayan aprobado el nivel primario.

Superior: Este nivel proporciona una formación científica, profesional, humanista y técnica en el nivel más alto. Contribuye a la preservación de la cultura nacional, promueve la generación del conocimiento en todas sus formas, desarrolla actitudes y valores que requiere la formación de personas responsables. Es requisito de ingreso para el acceso al nivel superior acreditar mediante titulación el nivel secundario y sus excepciones contempladas en la Ley.

- Nivel de medición de la variable: Cualitativa Ordinal

Se establecerán cinco niveles para clasificar el nivel educacional de cada paciente, indicado por cada uno de ellos.

- 1) Sin Escolaridad
- 2) Escolaridad baja: 1º a 4 básico
- 3) Escolaridad Media: 5º a 8º básico
- 4) Escolaridad Intermedia: 1º a 3º medio
- 5) Escolaridad Completa: 4º medio

❖ **Desconocimiento de la patología de base:** El paciente ignora que la dislipidemia es una patología, que se caracteriza principalmente por altas concentraciones de lípidos en la sangre, siendo un factor de riesgo importante para la salud. Las causas principales son una dieta inadecuada y la malnutrición por exceso.

Las personas con dislipidemia no comprenden el tratamiento farmacológico y dietoterapéutico entregado por el servicio de salud, los cuales tienen como objetivo principal disminuir los niveles de Col- Total, Col-LDL y Triglicéridos.

El paciente desconoce las severas consecuencias de ésta patología provocando otras enfermedades como por ejemplo: aterosclerosis, accidente vascular encefálico, infarto agudo al miocardio y accidente isquémico transitorio.

- Nivel de Medición de la variable: Cualitativa Ordinal

Se establecerán niveles de medición para evaluar el grado de desconocimiento que tiene el paciente de su patología:

- En conocimiento
- Desconocimiento leve
- Desconocimiento total

❖ **Motivación personal para mantener el tratamiento de su enfermedad:** La motivación es un estado interno que activa, dirige y mantiene una conducta para satisfacer una necesidad, creando impulsos necesarios para provocar dicha acción.

- Nivel de medición: Cualitativa Ordinal



Se establecerán por niveles de motivación:

- Completamente motivado
- Moderadamente motivado
- Sin motivación

❖ **Relación con el equipo de asistencia sanitaria:** Vínculo que se establece entre el paciente y el equipo de salud proporcionando tranquilidad, comprensión, cuidados, comunicación y empatía.

- Nivel de medición de la variable: Ordinal

Para evaluar el tipo de relación paciente-equipo de salud, desde el punto de vista del paciente, se aplicará un cuestionario y una escala de likert a través de una nota de 1 a 7 en donde 1 representará muy mala relación y 7 una excelente relación.

Escala:

Muy Mala relación

Muy buena relación

1	2	3	4	5	6	7

❖ **Apoyo de redes sociales y familiares:** Estructura donde un grupo de personas mantienen algún tipo de vínculo.

Las redes de apoyo son un conjunto de relaciones interpersonales que vincula a las personas con otras de su entorno y les permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional.

Las redes familiares son las relaciones personales que se establecen al interior del hogar o fuera de él a partir de lazos de parentesco. Ésta se considera la base de las diferentes redes de apoyo social.

- Nivel de medición de la variable: Ordinal

Para evaluar el apoyo de redes sociales y familiares, desde el punto de vista del paciente, se aplicará un cuestionario y una escala de likert a través de una nota de 1 a 7 en donde 1 representará muy mala relación y 7 una excelente relación.

Escala:

Muy poco apoyo

Muy buen apoyo

1	2	3	4	5	6	7

### 3. Definición empírica de variables

Tabla Nº 8

Variables	Dimensiones	Indicadores	Subindicadores	Preguntas asociadas
<b>Educación</b>	Nivel Educativo			¿Hasta qué curso llegó usted?
<b>Desconocimiento de la patología (Dislipidemia)</b>	Desconocimiento de su definición	Dislipidemia	Desconocimiento de la alteración en las concentraciones de lípidos sanguíneos	¿Qué es la dislipidemia?
	Desconocimiento de los componentes de la dislipidemia	Col-total Col-HDL Col-LDL Triglicéridos	Hipercolesterolemia Hipertrigliceridemia Mixta	¿Qué tipo de dislipidemia tiene usted?
	Desconocimiento de causas	Desconocimiento de la malnutrición por exceso  Desconocimiento del consumo de alimentos altos en grasas	Sobrepeso y obesidad  Grasas Saturadas Carbohidratos simples Grasas trans	¿Conoce su estado nutricional? ¿Su estado nutricional influye en su enfermedad? De los siguientes factores de riesgo ¿Cuáles pueden provocar la enfermedad?
	Desconocimiento del tratamiento dietoterapéutico	Desconocimiento o no comprensión de la prescripción dietética	Desconocimiento, falta de comprensión y/o explicación de la pauta alimentaria	¿Le entregaron pauta alimentaria? ¿Le explicaron su pauta? ¿Comprendió la pauta?

				De los siguientes alimentos ¿Cuáles son perjudiciales para su enfermedad? ¿Cuáles son protectores?
	Desconocimiento de las Consecuencias	Desconocimiento de Enfermedades Cardiovasculares	Aterosclerosis Infarto agudo al miocardio Accidente vascular encefálico	De las siguientes enfermedades, ¿Cuál o cuáles son consecuencia de la dislipidemia?
<b>Acceso a la consulta</b>	Disponibilidad de horario en el consultorio  Disponibilidad de horario personal.	Horario de atención  Jornada laboral Jornada Familiar	Horario de trabajo Lugar de trabajo Crianza de los hijos Cuidado de algún familiar Actividades del hogar	¿Usted tiene dificultades personales para asistir a la consulta? De las siguientes actividades ¿Cuál no le permite asistir? ¿El horario del centro le permite asistir a la consulta?
<b>Motivación personal para mantener el tratamiento de su enfermedad</b>	Falta de motivación a mantener el tratamiento	Motivación	Motivado por mantener o recuperar su salud	¿Se siente motivado a realizar el tratamiento? ¿Se siente motivado para asistir a control? ¿Cuáles son sus motivaciones? ¿Por qué no está motivado?

<p><b>Relación con el equipo de asistencia sanitaria</b></p>	<p>Conexión entre profesional y paciente</p>	<p>Comunicación</p> <p>Empatía</p>	<p>Educación de patología</p> <p>Lenguaje coloquial de la conversación.</p> <p>Ponerse en el lugar del paciente.</p>	<p>¿La nutricionista le explica de qué se trata su enfermedad?</p> <p>¿Usted entiende la explicación?</p> <p>¿Se siente comprendida por la nutricionista?</p> <p>Evalúe con una escala de 1 a 7 su relación con el equipo de salud.</p>
<p><b>Apoyo de redes sociales y familiares</b></p>	<p>Vínculos y bienestar</p>	<p>Apoyo social o familiar</p>	<p>Familia</p> <p>Comunidad o grupos sociales</p>	<p>¿Su familia lo apoya a seguir el tratamiento?</p> <p>¿Cómo?</p> <p>¿Usted asiste a algún grupo social o comunidad?</p> <p>¿Lo apoyan a seguir el tratamiento?</p> <p>¿De qué manera?</p> <p>Evalúe con una escala de 1 a 7 el apoyo de su familia y redes sociales</p>

## CAPITULO IV MÉTODOS Y TÉCNICAS

### 1. Objetivos de la Investigación

#### General:

Determinar los factores que influyen en la inasistencia a los controles nutricionales de los pacientes dislipidémicos puros entre 15 y 80 años del Centro Comunitario de Salud Familiar Villa Francia, entre el período de agosto y diciembre del 2012.

#### Específicos:

- Indagar el nivel de conocimiento que tiene el paciente sobre la dislipidemia.
- Reconocer los factores y enfermedades relacionadas con la dislipidemia.
- Identificar el manejo del tratamiento dietoterapéutico.
- Establecer si el horario de atención influye en la inasistencia a la consulta.
- Relacionar la motivación personal con el tratamiento.
- Identificar la relación entre el equipo de asistencia sanitaria y el paciente.
- Reconocer la existencia de apoyo familiar o de redes sociales en relación al tratamiento de la patología.

#### Actividades a realizar:

- Recolectar datos
- Aplicar encuesta
- Tabular datos
- Interpretar resultados

## **2. Paradigma de investigación**

Paradigma Positivista – Cuantitativo y Paradigma Interpretativo – Comprensivo

## **3. Diseño de investigación**

Diseño No Experimental

## **4. Tipo de investigación**

Descriptiva - Correlacional; Transversal; Multimétodo (Cualitativa – Cuantitativa); con fines de aplicación.

El estudio se trabajará con un enfoque de investigación multimétodo (EMM), el cual incorporará una dimensión cualitativa y una cuantitativa como estrategia de indagación de un mismo fenómeno en diferentes momentos de la investigación. La modalidad de integración será la combinación la cual inserta uno de los enfoques, en éste caso el cualitativo en el enfoque principal, el cuantitativo. Se utilizará la orientación cualitativa y la cuantitativa para el reconocimiento de un mismo aspecto. Los resultados permitirán aumentar la credibilidad de este estudio en la medida que se obtenga un alto grado de congruencia (Revista de filosofía y socio política de la educación, 2008, 5 – 12).

## 5. Población

Pacientes dislipidémicos puros inasistentes al CENSO del 31 de Agosto de 2012 en los que se incluye a los dislipidémicos puros pasivos (inasistentes a los controles por más de un año. Sólo se encuentran incluidos los del 2011 en adelante, debido a que existe una probabilidad más elevada de reinsertarlos al programa).

Los criterios de exclusión son los siguientes:

- Pacientes dislipidémicos mixtos que presenten otra enfermedad crónica no transmisible como diabetes mellitus o hipertensión arterial
- Pacientes dislipidémicos puros pasivos desde el año 2011 hacia atrás, ya que es más difícil su recuperación por diferentes motivos (fallecimientos, cambio de domicilio, entre otras)
- Pacientes inasistentes a controles posteriores al 31 de Agosto del 2012

Se obtuvo una total de 36 individuos los que conforman el total de la población inasistente al registro estadístico del mes de agosto del 2012. Ésta inasistencia representa un 70% aproximadamente del total de pacientes dislipidémicos puros que pertenecen al programa de salud cardiovascular del CECOSF de Villa Francia de la comuna de Estación Central.



## 6. Métodos de Investigación

**Método de encuesta:** Técnica de recolección, obtención, procesos y análisis de datos en la cual una de las partes dirige una comunicación con un fin preestablecido, la finalidad aplicar éste método será la obtención de información de manera verbal.

**Método de estudio de casos:** A través de este método se puede medir y registrar la conducta de personas involucradas en un mismo fenómeno. Además los datos pueden ser obtenidos desde fuentes tanto cualitativas como cuantitativas. Es un estudio intensivo, con pocos sujetos, pero de gran profundidad. El método se enfocará a recoger información en profundidad acerca de los participantes

## 7. Técnicas de investigación

Tabla N° 9

### Técnicas de recolección de datos a utilizar

<b>Técnica Cuantitativa</b>	
<b>Cuestionario</b>	<p>Cuestionario autoadministrado.</p> <p>El cual contiene preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cerradas: Dicotómicas, alternativas simples, alternativas múltiples y de escala ordinal</li> <li>➤ Abiertas.</li> </ul> <p>Las preguntas incluyen las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser claras y precisas</li> <li>- No ser ambiguas</li> <li>- No inducen las respuestas del sujeto</li> </ul>
<b>Técnica Cualitativa</b>	
<b>Entrevista (semiestructurada):</b>	<p>La finalidad de ésta técnica es obtener información, a través de una conversación guiada con las variables que se desean estudiar, se efectúa mediante un cuestionario pre – formulado y se realizará con un entrevistador facultado para variar el orden de las preguntas, intercalar preguntas nuevas e indagar en el tema a tratar. Ésta técnica se realizará en el domicilio de cada individuo.</p>
<b>Observación participativa</b>	<p><b>Según el registro: No estructurada</b></p> <p>Tiene un valor exploratorio, con objetivos y temas generales.</p> <p><b>Según la Participación: Participante</b></p> <p>Debe ser empática y fraterna, el conocimiento debe ser en profundidad y se debe tener una participación activa con cada individuo.</p>

## 8. Instrumento de recolección de datos

Se confeccionará un cuestionario con un conjunto de preguntas cuyo objetivo es medir las variables anteriormente planteadas en la hipótesis de investigación.

Tipos de preguntas:

Presentará preguntas cerradas del tipo dicotómicas, alternativas simples y selección múltiple. Además se incluye una pregunta abierta para evaluar el tipo de conocimiento que tiene el paciente de la patología.

Entrevista semi estructurada: La selección de la muestra se realizó en forma no aleatoria, seleccionando deliberadamente por los investigadores a las personas que deseaban participar en forma voluntaria y que mejor representaban las características en estudio.

En las tablas de contingencia se relacionará las siguientes variables:

- Intervalo de edad vs Dificultades personales
- Intervalo de edad vs Número del centro
- Nivel de escolaridad vs Dificultad para estudiar
- Nivel educacional vs Comprensión de la enfermedad
- Motivos de consulta vs Tipo de la patología
- Apoyo familiar vs Motivación por asistir a la consulta

## 9. Métodos y técnicas para el análisis de datos

### Estadística descriptiva

Se realizó un análisis descriptivo con la finalidad de indagar el perfil de los pacientes, poniendo énfasis a las siguientes características:

Intervalo de edad, edad real, nivel educacional, conocimiento sobre la dislipidemia, dificultades personales que promuevan las inasistencias, si el horario es adecuado o le dificulta acceder a la consulta nutricional, si el estado nutricional influye en su patología, si le entregaron y le explicaron la pauta nutricional, si conoce los alimentos protectores y los perjudiciales, si siente motivación por asistir a la consulta nutricional y se evalúa por una escala de notas el apoyo familiar y al equipo de salud (asistencia sanitaria).

En las tablas de contingencia se relacionaron las siguientes variables:

- Intervalo de edad v/s Dificultades personales.
- Intervalo de edad v/s Horario del centro
- Nivel educacional v/s Conocimiento sobre la dislipidemia
- Nivel educacional v/s comprensión de la pauta nutricional
- Motivación personal v/s empatía de la profesional
- Apoyo familiar v/s Motivación por asistir a la consulta

A través de los siguientes elementos estadística descriptiva:

- Tablas estadísticas
  - Tabla de frecuencia
  - Tabla de contingencia
  - Porcentajes
  
- Medidas de tendencia central
  - Moda
  - Mediana
  
- Tabla especial de edad: En la cual se utilizará el rango de clases para la edad de los pacientes.
  
- Gráficos
  - De barra, de torta

La tabulación y análisis de la estadística descriptiva se realizó mediante el programa Excel e IBM SPSS

## 10. Prueba de hipótesis

Se utilizarán las siguientes correlaciones (con la finalidad de medir el grado de asociación entre 2 variables):

- Nivel educacional v/s comprensión de la pauta nutricional
- Explicación de la pauta nutricional v/s comprensión
- Desconocimiento de la dislipidemia v/s consecuencias
- Sabe lo que es la dislipidemia v/s consecuencias de la patología

Se utilizará la prueba de Tau - b - de Kendal, para todas las correlaciones de variables ordinales y nominales.

La prueba de Phi se utilizó para variables bivariadas v/s bivariadas

La prueba de hipótesis de análisis cuantitativo de los datos se realizará mediante el programa SPSS.

El análisis cualitativo de datos se realizará por apreciación simple de las expresiones de los entrevistados. Se intentará reconocer algunas categorías significativas y símbolos destacables.

## 11. Procedimiento para evaluar validez y confiabilidad

Los requisitos esenciales que debe presentar un instrumento de medición son la Validez y la confiabilidad, estos requisitos deben estar presente en el desarrollo de una investigación con la finalidad de garantizar una mayor confianza sobre las conclusiones emitidas. Estos requisitos se conjugan con objetividad de describir la realidad derivada de un instrumento específico.

**Confiabilidad:** Refiere al grado de estabilidad de medición que presenta un determinado instrumento, esto quiere decir que si se aplica repetidamente un instrumento a un sujeto u objeto en iguales condiciones y en tiempos próximos, éste debe tener la capacidad de entregar mediciones semejantes en situaciones semejantes.

**Validez:** Refiere la capacidad de medir la variable que dice medir y no otra cosa.

La confiabilidad del instrumento de medición en esta investigación será a través del Test retest, en este procedimiento se utilizará un mismo instrumento de medición, el cual consistirá en un cuestionario, este pre test se realizará en el CESFAM San José de Chuchunco con pacientes que cumplan con los términos incluyentes, esto quiere decir con las mismas características de los pacientes a estudiar. Pacientes inasistentes a sus controles nutricionales, dislipidémicos puros los cuales carecen de otra patología crónica no transmisible. En total se citará a 22 personas vía telefónica. Para luego evaluar los resultados obtenidos entre ambos grupos de pacientes con la finalidad de obtener un índice de correlación, mientras más alto sea, nos indicará mayor confiabilidad del instrumento utilizado.

La validez se evaluará por medio de profesionales nutricionistas especializados en atención primaria de salud, los cuales someterán a juicio el instrumento utilizado, si es válido, si está constituido por ítems pertinentes y si los resultados obtenidos tienen puntajes confiables.

## CAPITULO V

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### 1. Relato de procedimientos para la aplicación del instrumento

En el resumen estadístico mensual de agosto del presente año, se detectó que los pacientes dislipidémicos puros presentaban un 70% aproximadamente de inasistencia a los controles nutricionales. A través de las cartolas cardiovasculares, se elaboró una matriz, en donde se rescató la siguiente información:

Nombre	Rut	Nº ficha	Edad	Teléfono	Dirección
--------	-----	----------	------	----------	-----------

La técnica de recolección de datos se realizó a través de:

Técnica cuantitativa:

**Cuestionario:** En el cual se evaluaron los posibles factores que pueden estar influyendo en las inasistencias a los controles nutricionales, dentro de las principales variables destacan: nivel educacional, desconocimiento de la patología, dificultades para acceder a la consulta, motivación personal, relación con el equipo de asistencia sanitaria redes sociales y familiares. Aplicando cada una con sus respectivas dimensiones, indicadores, subindicadores y preguntas respectivas.



Técnica cualitativa:

**Entrevista:** Se obtuvo información a través de una conversación guiada con las mismas variables mencionadas anteriormente, mediante un cuestionario pre-formulado, el cual fue administrado por las propias nutricionistas insertas en la investigación.

**Observación participativa:** Debe ser empática y fraterna, el conocimiento debe ser en profundidad y se debe tener una participación activa con el o los individuos.

El pre test se realizó en el CESFAM San José de Chuchunco con los pacientes que cumplían con los términos incluyentes. Se citó a 22 personas inasistentes a los controles vía telefónica, logrando completar 11 cuestionarios aplicados en 2 días. El primer día llegaron 4 pacientes de un total de 11 citados, el segundo día se volvió a citar a 11 pacientes asistiendo 7 personas.

La recepción por parte de los pacientes fue muy buena ya que estaban muy contentos de que se les incluyera en un proceso de mejoramiento para la atención en la consulta.

Se detectaron falencias en el instrumento, realizando las modificaciones necesarias para lograr el ajuste del mismo.

Una vez modificado el cuestionario se comenzó el proceso de aplicación en el Centro de Salud Familiar de Villa Francia. Utilizando la matriz de datos, se contempló un total de 36 personas a quienes se comenzó a citar telefónicamente a los pacientes que tenían su número de contacto vigente. No resultó muy eficiente éste medio de comunicación debido a que la mayoría de las personas no contaban con número de contacto, o se encontraba fuera de servicio por lo cual se debió salir a terreno para realizar rescate en domicilio. Se logró completar la aplicación de cuestionario y entrevista en 2 semanas obteniendo la siguiente información:

Tabla Nº 10

**Resumen Información de Encuestados**

Sujetos Encuestados	Frecuencia	Frec.relativa %	Frec.Acumulada
Encuestados en Cecosf	15	41	15
Encuestados en domicilio	12	33	27
Pérdidas por cambio de domicilio	6	17	33
Pérdidas por hospitalización	1	3	34
No desea participar	2	6	36
Total	36	100	

Se logró encuestar a 27 pacientes lo que representa el 75% de población inasistentes a los controles nutricionales. El 25 % restante representa a pacientes que cambiaron de domicilio, hospitalización y los que no desearon participar.

Del total de pacientes encuestados, el 44 % fue a través de rescate domiciliario debido a que su teléfono de contacto no se encontraba vigente o simplemente no contaban con registro telefónico. La mayor parte del tiempo se destinó a trabajar en terreno buscando los domicilios registrados en las fichas de los pacientes. El 56% restante de los encuestados asistieron al Cecosf a responder el cuestionario.

Para lograr el enfoque cualitativo se realizaron 5 entrevistas en domicilio a pacientes que ya habían respondido el cuestionario.

## 2. Estadística Descriptiva

Tabla Nº 11

### Edad real de los pacientes inasistentes

Edad real			
Edad real	Frecuencia	Frecuencia relativa %	Frecuencia relativa acumulada %
15	1	3,7	
38	1	3,7	7,4
40	2	7,4	14,8
46	1	3,7	18,5
48	3	11,1	29,6
49	1	3,7	33,3
51	3	11,1	44,4
52	1	3,7	48,1
55	1	3,7	51,9
62	1	3,7	55,6
63	1	3,7	59,3
64	2	7,4	66,7
65	1	3,7	70,4
67	2	7,4	77,8
69	2	7,4	85,2
71	1	3,7	88,9
72	1	3,7	92,6
77	2	7,4	100
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	

Tabla Nº 12

**Distribución según tramos etáreos**

Tramos etáreos	Frecuencia	Frecuencia relativa %	Frecuencia relativa acumulada %
≤ 18 años	1	3,70%	3,70%
19 – 40 años	3	11,10%	14,80%
41 – 64 años	13	48,10%	63,00%
≥ 65 años	10	37,00%	100%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	

Tabla Nº 13

**Estadísticos de tendencia central y dispersión**

Estadísticos	Edad Real
Media	56,22
Mediana	55
Moda	48 <sup>a</sup>
Desviación típica	14,235

La distribución de los pacientes con dislipidemia según los tramos etáreos que representa el gráfico nº 3, permite observar que el 48,1% de los dislipidémicos se sitúan en la adultez (entre 41 y 64 años), mientras que el 37% representa a pacientes adultos mayores (≥ 65 años) sólo el 14,8% representa una población joven. Esto equivale al 11,1% de pacientes dislipidémicos entre 19 y 40 años, y sólo el 3,7% son menores de 18 años.

Gráfico Nº 3

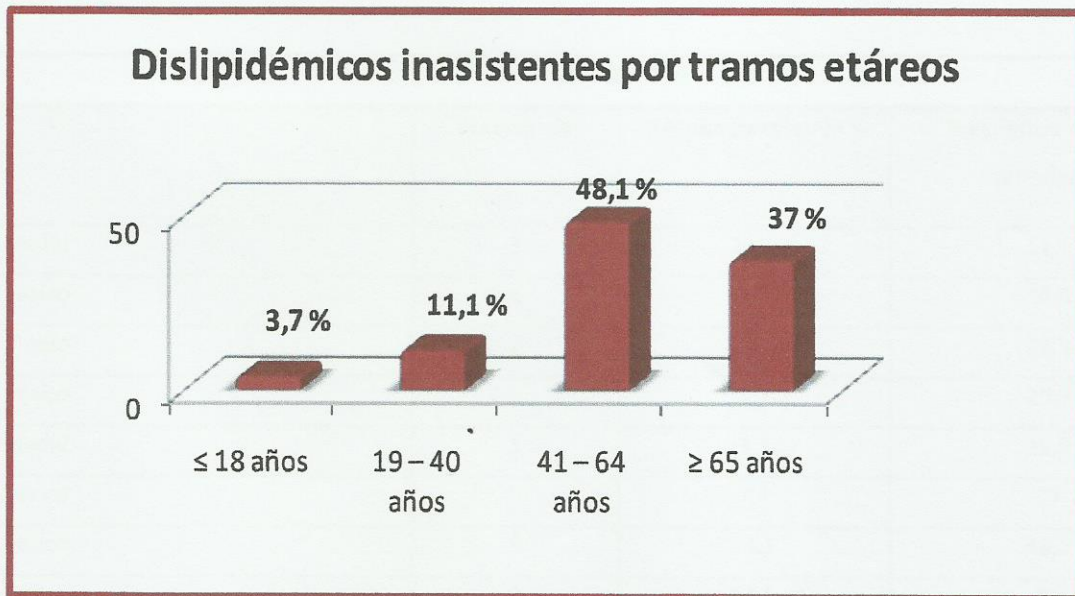


Tabla N° 14

**Distribución de pacientes dislipidémicos inasistentes según escolaridad**

Nivel educacional			
	Frecuencia	Frecuencia relativa %	Frecuencia relativa acumulada %
1º medio	3	11,1	11,1
2º básico	1	3,7	14,8
2º medio	2	7,4	22,2
3º básico	1	3,7	25,9
3º medio	1	3,7	29,6
4º básico	2	7,4	37
5º básico	3	11,1	48,1
6º básico	4	14,8	63
8º básico	3	11,1	74,1
Media completa	6	22,2	96,3
Sin escolaridad	1	3,7	100
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	

Tabla Nº 15

**Distribución según tramos de nivel escolar**

Nivel de categoría	Nivel de escolaridad	Frecuencia	Frecuencia relativa %	Porcentaje relativa acumulada %
1	Sin Escolaridad	1	3,70%	3,70%
2	Escolaridad Baja (1ero – 4to básico)	4	14,80%	18,50%
3	Escolaridad Media (5to – 8vo básico)	11	40,70%	59,30%
4	Escolaridad Intermedia (1ero - 3ero medio)	6	22,20%	81,50%
5	Escolaridad Completa (4to medio)	5	18,50%	100%
	<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	

Tabla Nº 16

**Estadísticos de tendencia central y dispersión**

Estadísticos	Nivel Educativo
Media	3,37
Mediana	3
Moda	3
Desviación típica	1,079

La tabla N° 14 muestra que la tasa de prevalencia de los pacientes con dislipidemia inasistentes a sus controles poseen un a escolaridad media la cual representa un 40,7% (entre 5to y 8vo básico), seguido de un 22,2% de los pacientes que poseen una escolaridad intermedia (entre 1ero y 3ero medio) y un 18,5% que corresponde a los que poseen una escolaridad completa (4to medio). Reuniendo los porcentajes mayores se tiene que un 62,9% se ubica entre 5º básico y 3º de enseñanza media.

La media se ubica en el intervalo n° 3 con un índice de 3,37, es decir, cercano a escolaridad media (5º-8º básico).

En los pacientes que poseen escolaridades más bajas se concentra el menor porcentaje de pacientes, las cuales corresponden a escolaridad baja (entre 1ero y 4to básico) y los pacientes sin escolaridad los cuales representan un 14,8% y 3,7% respectivamente.

Se puede concluir que la baja escolaridad que posee el paciente no influye en la asistencia a los controles de salud, ya que la población inasistente se concentra en los pacientes que poseen escolaridad media e intermedia.

Gráfico N° 4

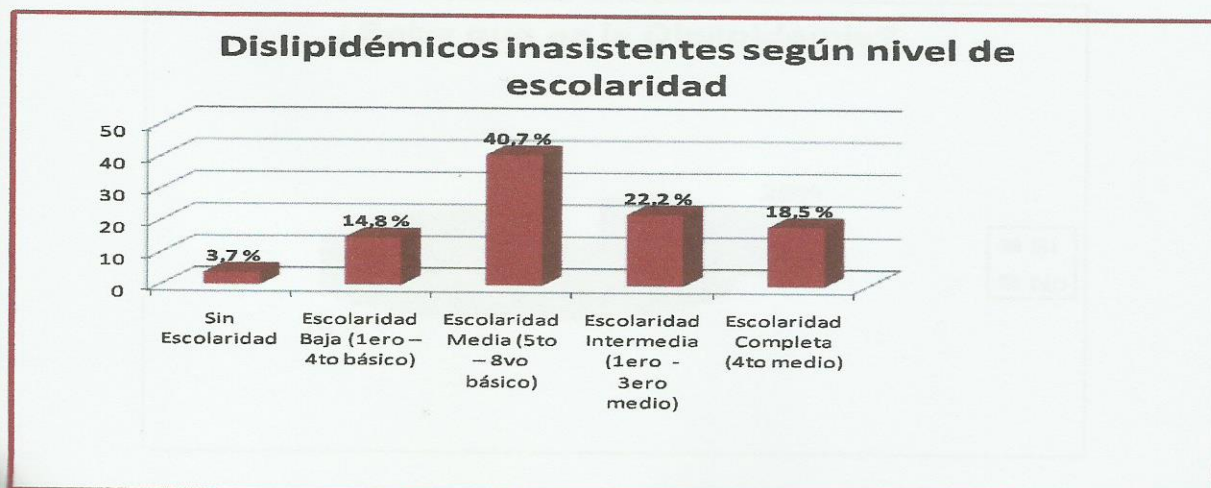




Tabla Nº 17

Conocimiento de patología

¿Usted sabe lo que es la dislipidemia?	Frecuencia	Frecuencia relativa %	Frecuencia relativa acumulada %
Si	7	25,90%	25,90%
No	20	74,10%	100%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	

Tal como muestra la tabla Nº 17, el 74% de la población de los pacientes inasistentes no tiene conocimiento en que consiste su patología v/s un 26% que logró demostrar que poseía algún tipo de conocimiento de la dislipidemia.

Gráfico Nº 5

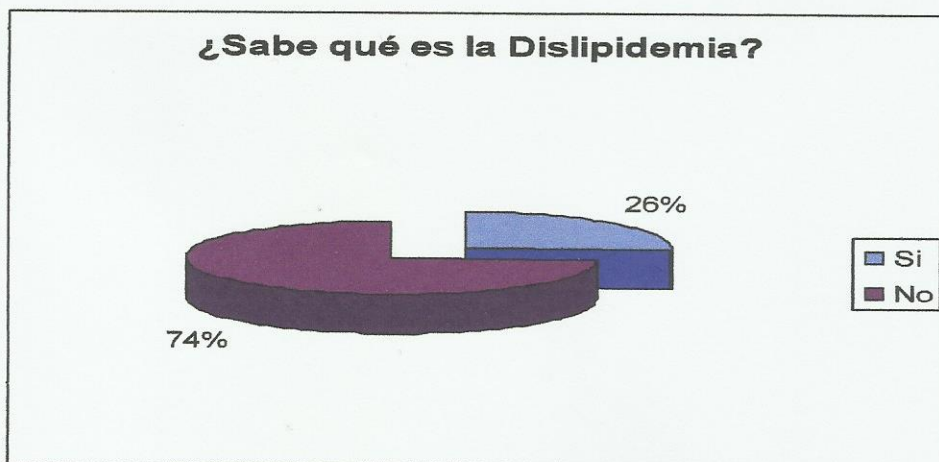


Tabla Nº 18

**Dificultades personales para asistir a la consulta**

<b>¿Usted tiene dificultades personales para asistir a la consulta?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia relativa %</b>	<b>Frecuencia relativa acumulada %</b>
Si	14	51,90%	51,90%
No	13	48,10%	100%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	

En la tabla Nº 18 se observa que el 51,9% de la población mencionó poseer algún tipo de dificultad para asistir a la consulta nutricional y un 48,1% dijo no tener ningún tipo de dificultad para asistir a la consulta.

Tabla Nº 19

**Tipos de dificultades personales que impiden asistir a la consulta**

<b>Dificultades personales</b>			
	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia relativa %</b>	<b>Frecuencia relativa acumulada %</b>
Cuida a nieto	1	7,1	7,1
Cuida al hermano c/ Diálisis	1	7,1	14,3
Depresión endógena, no le gusta salir de su casa	1	7,1	21,4
Enfermedad de Hermana con cáncer	1	7,1	28,6
Enfermedad de marido	1	7,1	35,7
Enfermedad, Displasia de cadera	1	7,1	42,9
Falta de tiempo para pedir la hora	1	7,1	50
Horario del centro de salud	1	7,1	57,1
Horario del colegio	1	7,1	64,3
Marido enfermo con Diabetes	1	7,1	71,4
Por enfermedad, le cuesta movilizarse	1	7,1	78,6
Trabaja como vendedora	1	7,1	85,7
Trabajo	2	14,3	100
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	

Tabla N° 20

**Síntesis de dificultades personales**

Dificultades personales			
	Frecuencia	Frecuencia relativa %	Frecuencia relativa acumulada %
Cuida a algún familiar	5	35,71	35,71
Enfermedades propias	3	21,43	57,14
Trabajo	3	21,43	78,57
Horario del centro de salud	3	21,43	100
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	

Gráfico N° 6

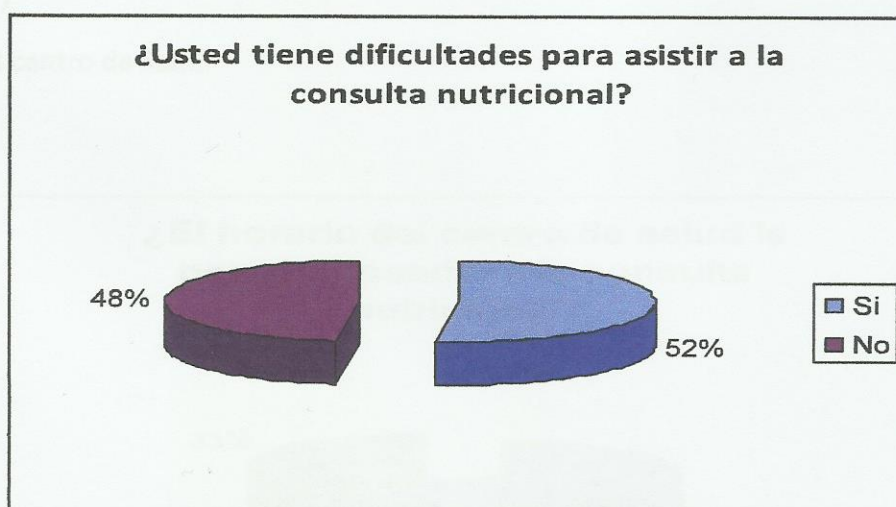


Tabla N°21

**Horario del centro de salud**

¿El horario del centro le permite acceder a la consulta?	Frecuencia	Frecuencia relativa %	Frecuencia relativa acumulada %
Si	18	66,70%	66,70%
No	9	33,30%	100%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	

La tabla N° 21 y gráfico N° muestra la distribución de la población según el horario del centro de salud y el acceso a la consulta nutricional, en la cuál se observa que al 67% de población el horario si le permite asistir a la consulta nutricional, sólo un 33% de ellos dice que el horario que posee el centro no le permite asistir a la consulta nutricional.

Gráfico N° 7

**Horario del centro de Salud**

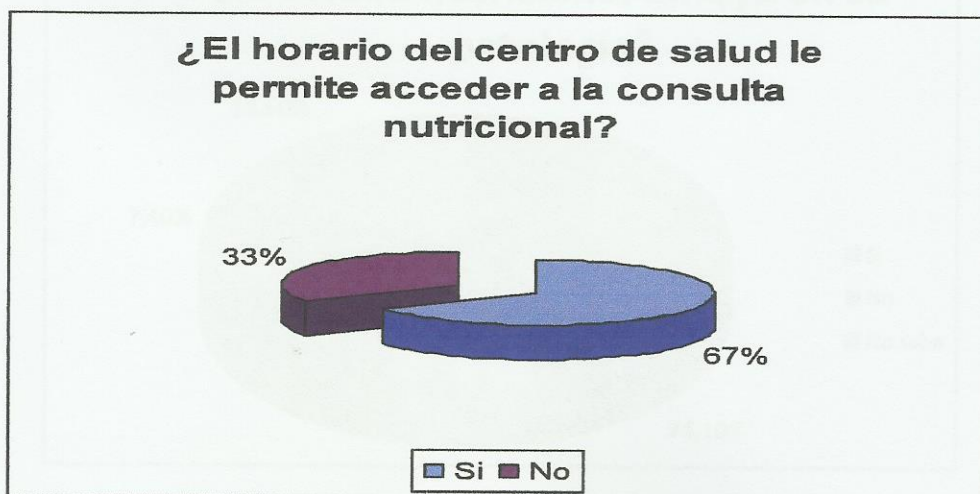


Tabla N° 22

**Conocimiento de la Influencia del estado nutricional en la dislipidemia**

¿El estado nutricional influye en su enfermedad?	Frecuencia	Frecuencia relativa %	Frecuencia relativa acumulada %
Si	20	74,10%	74,10%
No	2	7,40%	81,50%
No sabe	5	18,50%	100%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	

La tabla N° 22 muestra que el 7,4% de la población no sabe si el estado nutricional influye o no en su patología, el 18,5% menciona que no sabe si esto puede pasar y el 74,1% de los pacientes dislipidémicos afirma que su estado nutricional influye en su patología.

Gráfico N° 8

**Conocimiento de la Influencia del estado nutricional en la dislipidemia**

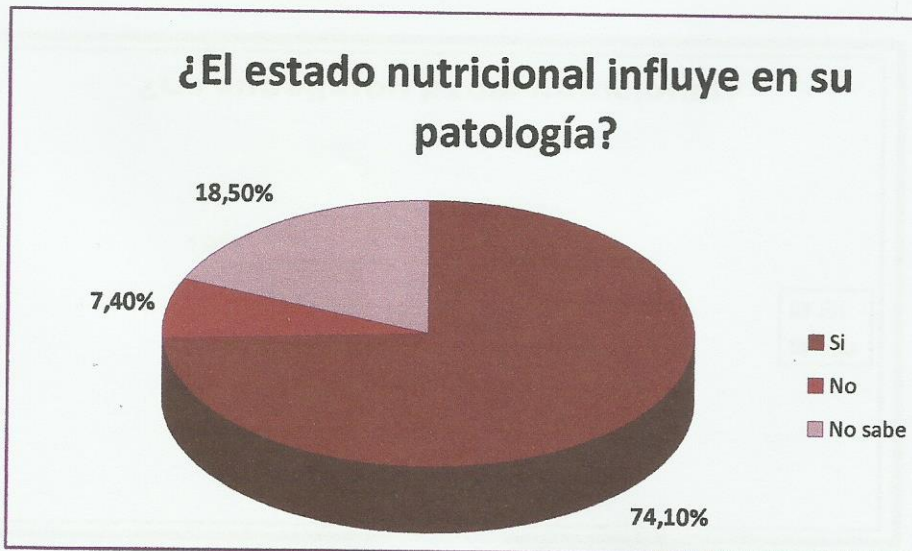


Tabla N° 23

**Entrega de Pauta nutricional**

¿Le entregaron pauta nutricional?	Frecuencia	Frecuencia relativa %	Frecuencia relativa acumulada %
Si	22	81,50%	81,50%
No	5	18,50%	100,00%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	

La tabla N° 23 muestra que el 81,5% de los pacientes en estudio recibió una pauta nutricional detallada adecuada para su patología el día que se le diagnosticó dislipidemia y sólo el 18,5% de ellos mencionó nunca haber recibido dicha pauta.

Gráfico N° 9

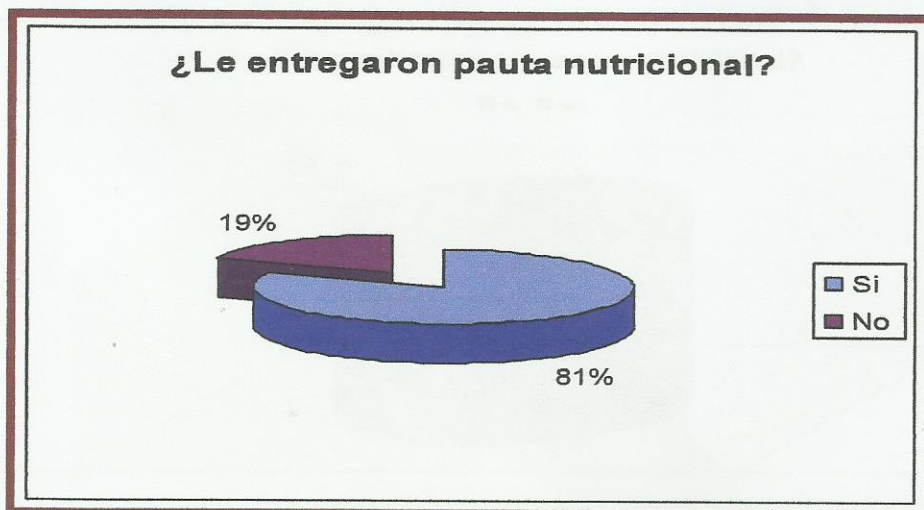


Tabla N°24

**Explicación de pauta nutricional**

¿Le explicaron su pauta nutricional?	Frecuencia	Frecuencia relativa %	Frecuencia relativa acumulada %
Si	5	18,50%	18,50%
No	22	81,50%	100%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	

Del total de personas que tiene dislipidemia, sólo a 5 de ellos no le explicaron su pauta nutricional lo cuál representa un 18,5% y el resto que equivale a 22 pacientes confirma que si les explicaron su pauta al momento de la entrega lo que equivale al 81,5% de la población.

Gráfico N° 10

**Explicación de pauta nutricional**

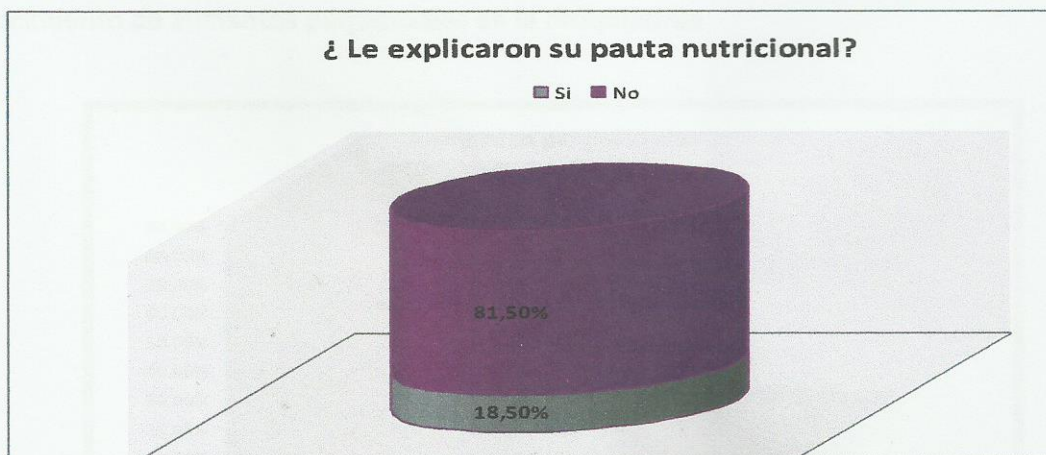




Tabla Nº 25

**Conocimiento de alimentos perjudiciales en la dislipidemia**

¿Usted conoce los alimentos perjudiciales?	Frecuencia	Frecuencia relativa %
En conocimiento	24	88,9%
Conocimiento leve	3	11,1%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

En 88,9% de la población de pacientes dislipidémicos está en conocimiento sobre los alimentos que son perjudiciales para su salud y que afectan en la dislipidemia, estableciendo como alimentos perjudiciales: leche entera, margarina, mantequilla, carnes rojas, paté, vienasas, mayonesa, tortas y bebidas.

Solo 3 personas de la población los cuales representan un 11,1%, poseen un leve conocimiento sobre los alimentos perjudiciales.

Gráfico Nº 11

**Conocimiento de alimentos perjudiciales en la dislipidemia**

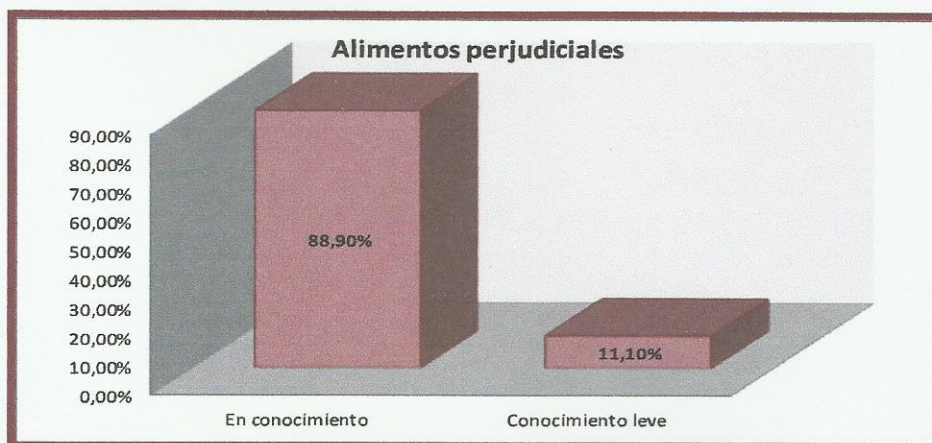


Tabla Nº 26

**Conocimiento de alimentos protectores en la dislipidemia**

Alimentos Protectores	Frecuencia	Frecuencia relativa %	Frecuencia relativa acumulada %
En conocimiento	23	85,2	85,2
Desconocimiento leve	4	14,8	100
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	

La tabla Nº 26 indica que 23 pacientes con dislipidemia posee información de los alimentos que son protectores para su enfermedad esto representa un 85,2% de la población. Los alimentos que tienen la función de protector en la enfermedad que se evaluaron en el cuestionario son: cereales integrales (cereales, pan, galletas o avena).

Podemos concluir que sólo el 14,8% no presenta ninguna información de los alimentos que son beneficiosos para la dislipidemia.

Gráfico N° 12

Conocimiento de alimentos protectores en la dislipidemia



Tabla N° 27

**Motivación para asistir a la consulta nutricional**

Motivación	Frecuencia	Frecuencia relativa %	Frecuencia relativa acumulada %
Si, completamente	17	63	63
Mas o menos	8	29,6	92,6
Sin motivación	2	7,4	100
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	

La tabla N° 27 muestra que el 63% de los pacientes en estudio que tiene dislipidemia se sienten motivados para asistir a la consulta nutricional, el 29,6% solo refiere sentirse más o menos motivado para asistir y el 7,4% restante no siente ningún tipo de motivación.

Gráfico N° 13

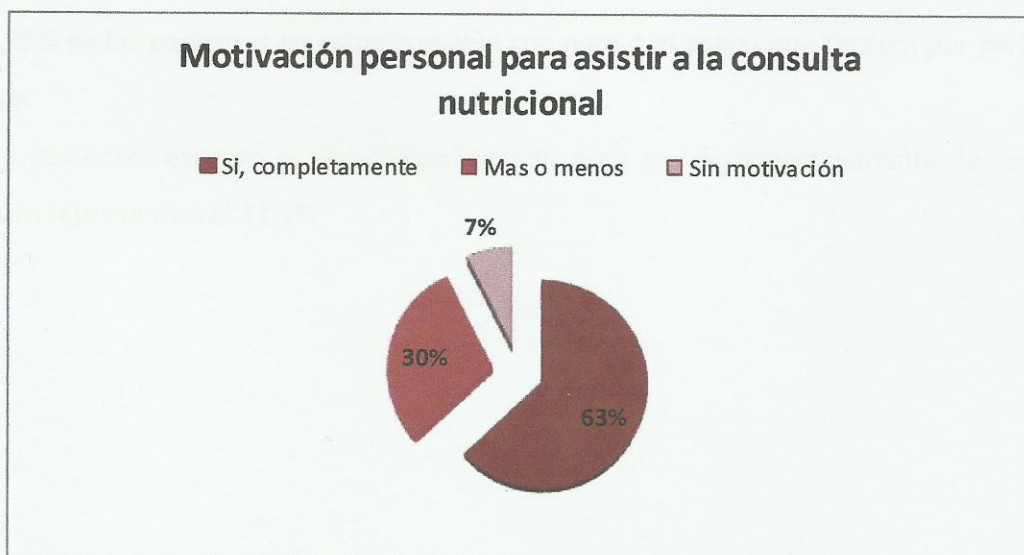


Tabla N° 28

**Pacientes inasistentes que reciben apoyo familiar**

Apoyo familiar	Frecuencia	Frecuencia relativa %	Frecuencia relativa acumulada %
Sí	16	59,2	59,2
No	11	40,7	100
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	

La tabla N° 28 muestra que el 40,7% de los pacientes inasistentes no recibe ningún tipo de apoyo por parte de su familia, mientras que 16 pacientes si reciben apoyo por parte de sus familias, los cuales representan el 59,2%.

Las notas con las cuales ellos evaluaron el apoyo de su familia, se observa en la tabla N°28 y son las siguientes:

- 68,5% de los pacientes en estudio evalúa el apoyo familiar con nota 7, siendo esta la nota máxima.
- El 18,75% de los pacientes en estudio evalúa con nota 4 el apoyo que reciben por parte de sus familias.
- Sólo 2 pacientes evalúan el apoyo familiar con nota 5 y 6 respectivamente, los cuales en conjunto representan el 12,5%.

Tabla N° 29

Escala de percepción de pacientes con respecto al apoyo familiar

Nota	Frecuencia	Frecuencia relativa %	Frecuencia relativa acumulada %
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	3	18,75	18,75
5	1	6,25	25
6	1	6,25	31,25
7	11	68,75	100
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	

Gráfico N° 14

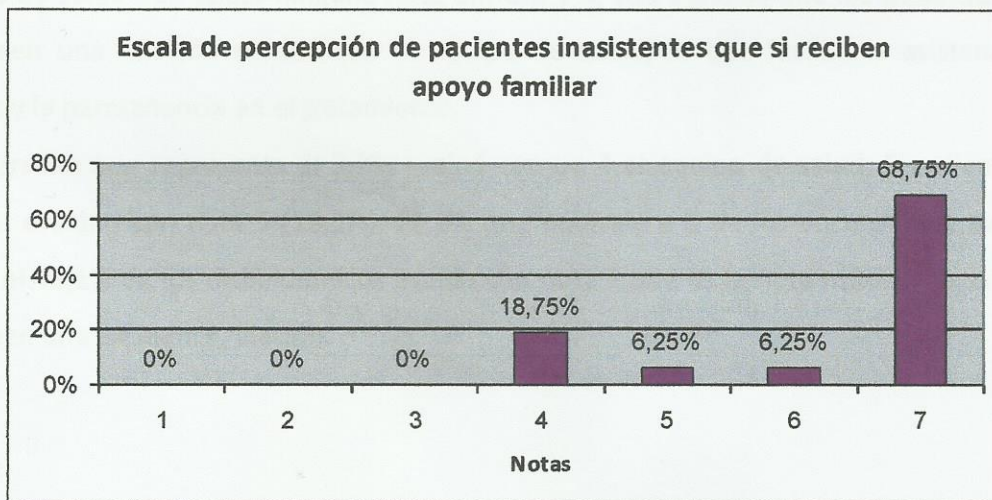


Tabla N° 30

**Evaluación al equipo de asistencia sanitaria**

Nota	Frecuencia	Frecuencia relativa %	Frecuencia relativa acumulada %
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	1	3,7	3,7
5	5	18,5	22,2
6	8	29,6	51,9
7	13	48,1	100
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	

La tabla N° 30 muestra las evaluaciones que recibe el equipo de salud, siendo estas incorporadas en una escala de notas de 1 a 7.

El equipo de salud no recibió ninguna nota entre 1 y 3, eso significa que los pacientes sienten que poseen una relación cordial con el equipo de salud, lo que facilita la asistencia a los controles y la permanencia en el tratamiento.

Sólo 1 persona que representa el 3,7% evaluó con un 4 al equipo de salud, 5 pacientes de la población evalúan con nota 5 (18,5%), 29,6% que equivale a 8 de los encuestados evalúa con nota 6 y el 48,1% de los dislipidemicos evalúa con nota 7 que es la nota máxima, la cuál indica que poseen una excelente relación.

Gráfico N° 15

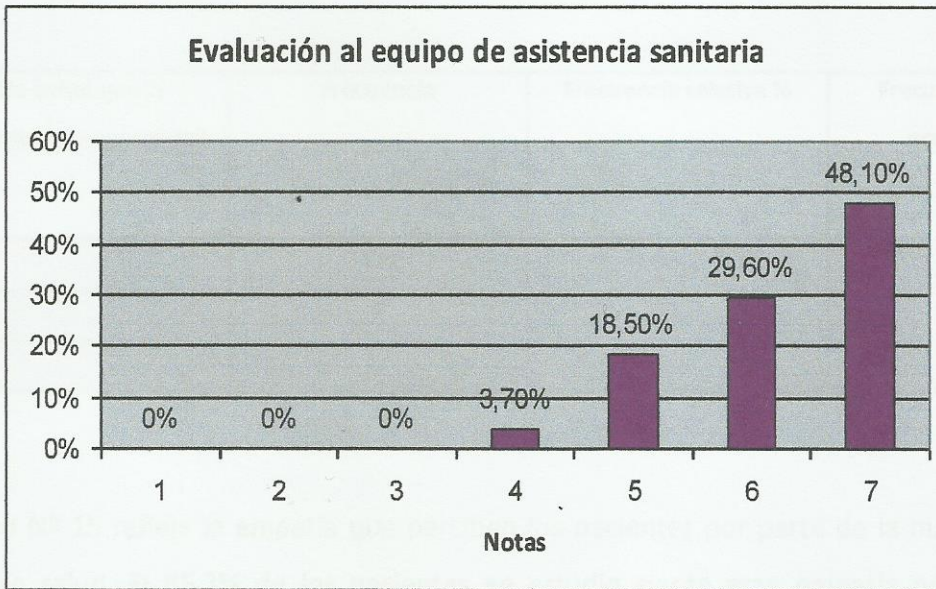




Tabla Nº 31

**Empatía del profesional nutricionista**

¿Siente usted que la nutricionista lo comprende?	Frecuencia	Frecuencia relativa %	Frecuencia relativa acumulada %
Si	23	85,2	85,2
No	4	14,8	100
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	

El gráfico Nº 15 refleja la empatía que perciben los pacientes por parte de la nutricionista del centro de salud. El 85,2% de los pacientes en estudio siente gran empatía por parte de la nutricionista que los evalúa, Ellos refieren que la nutricionista se dió el tiempo necesario para atenderlos, que se puso en su lugar, que fue amable y simpática con ellos. Solo 4 pacientes de población en estudio refiere no sentir empatía con la profesional, los cuales representan el 14,8%.

Gráfico Nº 16

**Empatía del profesional nutricionista**



La tabla de frecuencias Nº 12 muestra los resultados obtenidos que indicaron los porcentajes de acuerdo a la pregunta, los resultados son los siguientes:

El 85,2% de las pacientes refiere haber algún tipo de dificultad personal para estar a los cuidados de sus hijos, el mayor porcentaje de ellas se encuentra en el subgrupo 11 y 14, el cual es un 33%, en el 11,1% correspondió a mujeres mayores (>55 años) y en 7,4% de las referidas tiene 50 años o menos.

De un total de 27 pacientes en estudio, 23,3% (n=7) refirió sentir un 40,2% de dificultad en algún tipo de dificultad para estar a los cuidados, lo cual refiere que no están por sus hijos.

Tabla N° 32

**Intervalo de edad v/s dificultades personales**

Intervalo de edad	Dificultades personales						Total
	SI			NO			
	Frecuencia	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada	Frecuencia	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada	
< 18	1	3,7	3,7	0	0	0	1
19 – 40	1	3,7	7,4	2	7,4	7,4	3
41 – 64	9	33,3	4,7	4	14,8	22,2	13
< 65	3	11,1	51,8	7	26	48,2	10
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>51,8</b>		<b>13</b>	<b>48,2</b>		<b>27</b>

La tabla de frecuencia N° 32 muestra las dificultades personales que indicaron los pacientes de acuerdo a su rango etáreo, los resultados son los siguientes:

- El 51,8% de los pacientes refiere tener algún tipo de dificultad personal para asistir a los controles. De estos el mayor porcentaje de ellos se concentra en la adultez (entre 41 y 64 años) con un 33%. Un 11,1% corresponde a adultos mayores (> 65años) y el 7,4% de los restantes tiene 40 años o menos.
- De un total de 27 pacientes en estudio, 13 de ellos el cual representa un 48,2% menciona no tener ningún tipo de dificultad para asistir a la consulta, lo cual refleja que no asisten por otros motivos.

Gráfico N° 17

Intervalo de edad v/s dificultades personales

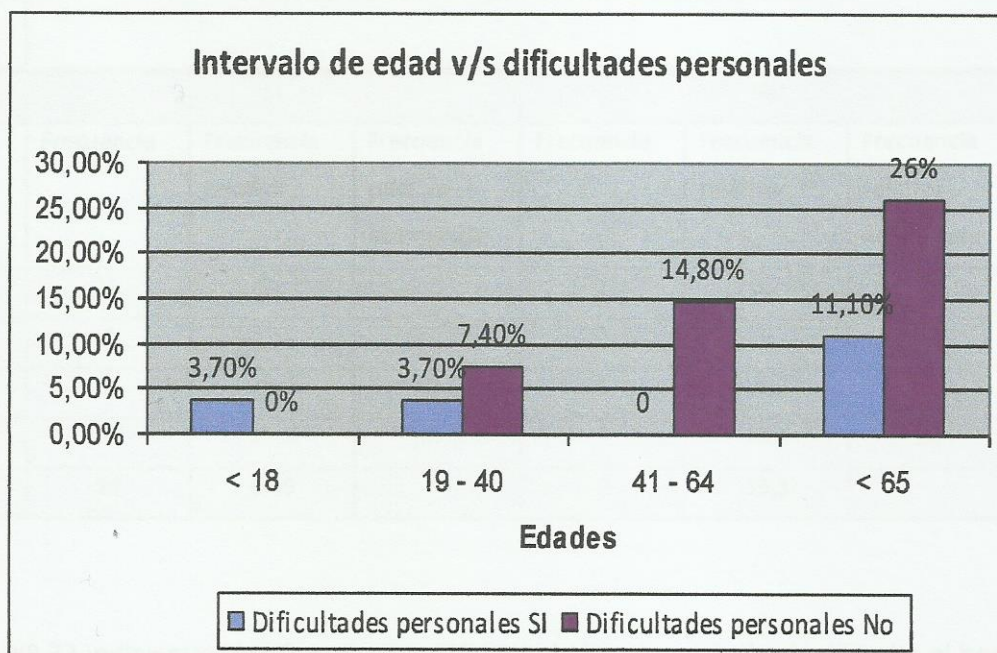


Tabla Nº 33

**Asistencia según intervalo de edad v/s horario del centro**

Intervalo de Edad	El horario del centro le permite acceder a la consulta						Total
	SI			NO			
	Frecuencia	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada	Frecuencia	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada	
< 18	0	0	0	1	3,7	3,7	1
19 – 40	3	11,1	11,1	0	0	3,7	3
41 – 64	8	29,6	40,7	5	18,5	22,2	13
> 65	7	25,9	66,6	3	11,1	33,3	10
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>66,6</b>		<b>9</b>	<b>33,3</b>		<b>27</b>

La tabla Nº 32 indica que solo 9 pacientes (33,3%) de los encuestados le dificulta el horario del centro de salud para acceder a la consulta nutricional, debido a diversos motivos como por ejemplo: trabajo, estudio, estar cuidando a algún familiar, dificultad para movilizarse, entre otras. La mayoría se concentra en la adultez entre 41 y 64 años, el 11,1% corresponde a mayores de 65 años y solo el 3,7% corresponde a un paciente menor de 18 años.

El 66,6% de la población de dislipidémicos refirieron que el horario del centro si les permitía acceder a la consulta. De los cuales el 25,9% corresponde a adultos mayores, el 29,6% fluctúa entre los 41 y 64 años y el 11,1% restante tienen entre 19 y 40 años.

Gráfico N° 18

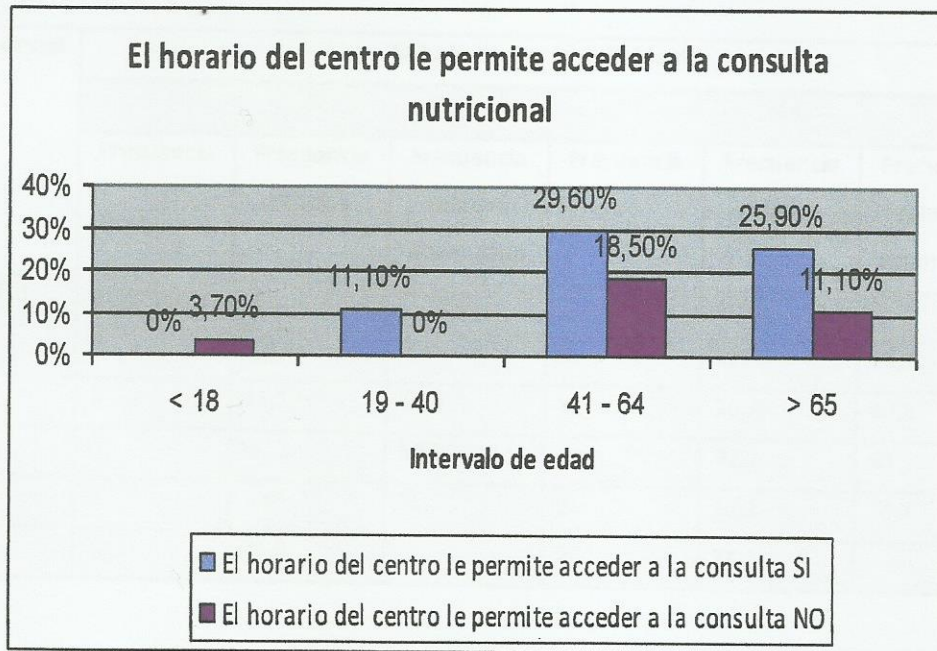


Tabla N° 34

**Nivel educacional v/s conocimiento de la dislipidemia**

Nivel Educativo	Sabe lo que es la dislipidemia						Total
	Si			No			
	Frecuencia	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada	Frecuencia	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada	
Sin Escolaridad	0	0	0	1	3,7	3,7	1
Baja	2	7,4	7,4	2	7,4	11,1	4
Media	3	11,1	18,5	8	29,7	40,8	11
Intermedia	0	0	18,5	6	22,2	63	6
Completa	2	7,4	25,9	3	11,1	74,1	5
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>25,9</b>		<b>20</b>	<b>74,1</b>		<b>27</b>

La tabla N° 33 indica que sólo 7 personas saben lo que es la dislipidemia y se concentran entre las que poseen una escolaridad baja (7,4%), escolaridad media (11,1%) y escolaridad completa (7,4%) lo cual representan en total un 25,9% de la población que si sabe en qué consiste su enfermedad. El 71,4% restante no sabe en qué consiste la dislipidemia. Pero, al igual que entre los que conocen y los que desconocen la enfermedad, los mayores porcentajes, se distribuyen en los tramos medio e intermedio.

Dentro de la población existe una persona que no posee escolaridad, ni sabe lo que es la dislipidemia lo cual representa un 3,7% de la población.

Gráfico Nº 19

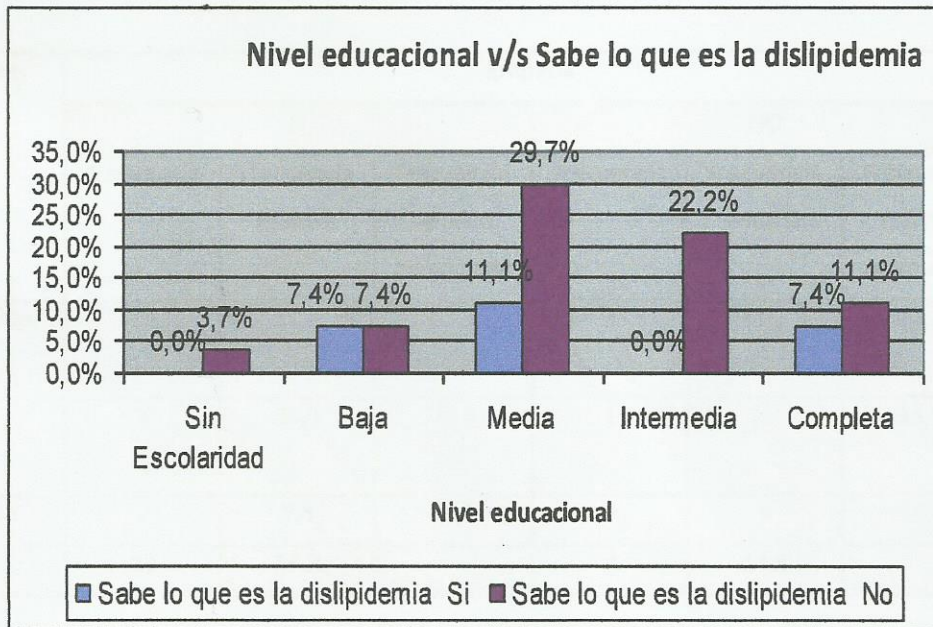




Tabla N° 35

**Motivación v/s empatía**

Motivación	Empatía						Total
	SI			NO			
	Frecuencia	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada	Frecuencia	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada	
Completamente motivado	14	51,9	51,9	3	11,1	11,1	17
Levemente motivado	7	25,9	77,8	1	3,7	14,8	8
Sin motivación	2	7,4	85,2	0	0	14,8	2
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>85,2</b>		<b>4</b>	<b>14,8</b>		<b>27</b>

En la tabla N° 35 se muestra:

- Del 85,2% de la población dijo sentirse completamente motivado a asistir a la consulta nutricional, un 51,9% dice sentir que la nutricionista es empática. Por otra parte, del 14,8% que no se siente motivado un 11,1% refirió no sentir empatía de parte de la nutricionista.
- De los pacientes en estudio el 29,6% de ellos se encuentra levemente motivado a asistir a la consulta nutricional, de ellos el 3,7% siente que la nutricionista no es empática.

Gráfico N° 20



Tabla Nº 36

**Apoyo familiar v/s motivación para asistir a la consulta nutricional**

Motivación de asistir a la consulta nutricional	Apoyo familiar						Total
	Si	Si %	No	No %	No sabe	No sabe %	
Sí, completamente	10	37	2	7	5	19	17
Más o menos	6	22	1	4	1	4	8
Sin motivación	0	0	2	7	0	0	2
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>59</b>	<b>5</b>	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>27</b>

La tabla Nº 36 muestra la relación que existe entre la motivación para asistir a la consulta nutricional y el apoyo que reciben los pacientes en estudio por parte de sus familias. Entre el 59% que recibe apoyo familiar de ellos el 37% se siente completamente motivado para asistir y el 22% se siente más o menos motivado.

Del 18% de la población no recibe ningún tipo de apoyo familiar, sin embargo el 7% de ellos se siente completamente motivado a asistir a la consulta nutricional, el 4% se siente motivado más o menos y el 7% no se motiva a asistir a la consulta nutricional.

Gráfico Nº 21

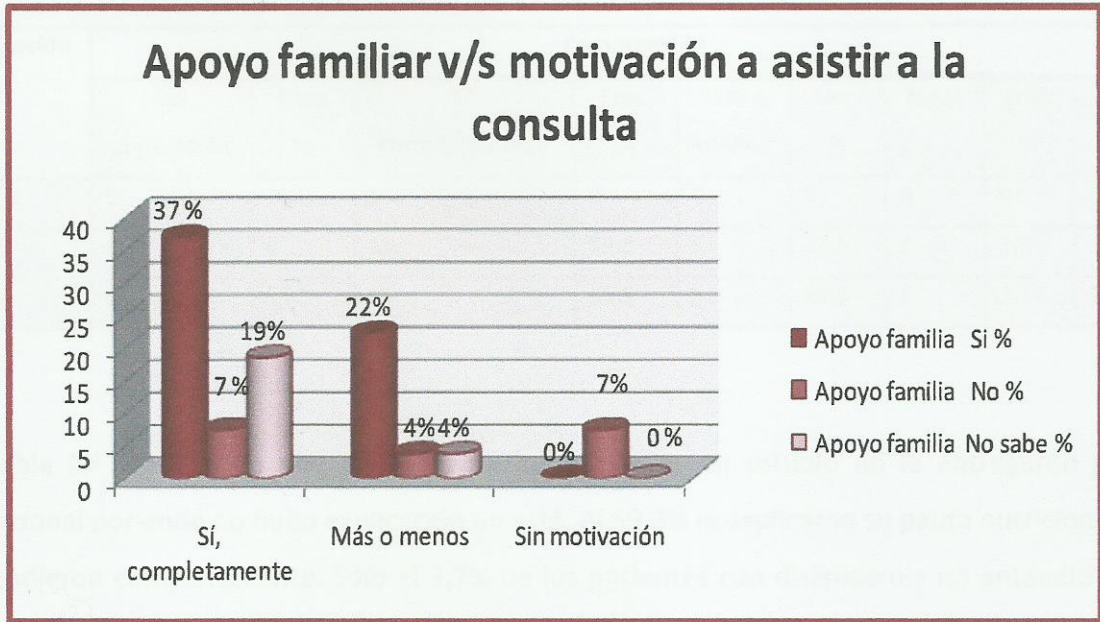


Tabla N° 37

Tabla de contingencia explicación de la pauta nutricional v/s comprensión

Explicación	Comprensión								
	Sin explicación	Frec. %	Sí, completamente	Frec. %	Más o menos	Frec. %	Nada	Frec. %	Total
No	5	18,5	0	0	0	0	0	0	5
Si	0	0	16	59,3	5	18,5	1	3,7	22
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>18,5</b>	<b>16</b>	<b>59,3</b>	<b>5</b>	<b>18,5</b>	<b>1</b>	<b>3,7</b>	<b>27</b>

La tabla N° 37 muestra que al 18,5% de los pacientes en estudio no le entregaron pauta nutricional por ende no hubo explicación de ésta. Al 59,3% le explicaron su pauta nutricional y la entendieron completamente. Sólo el 3,7% de los pacientes con dislipidemia no entendió nada de lo que la nutricionista le explicó de su pauta nutricional.

Gráfico N° 22

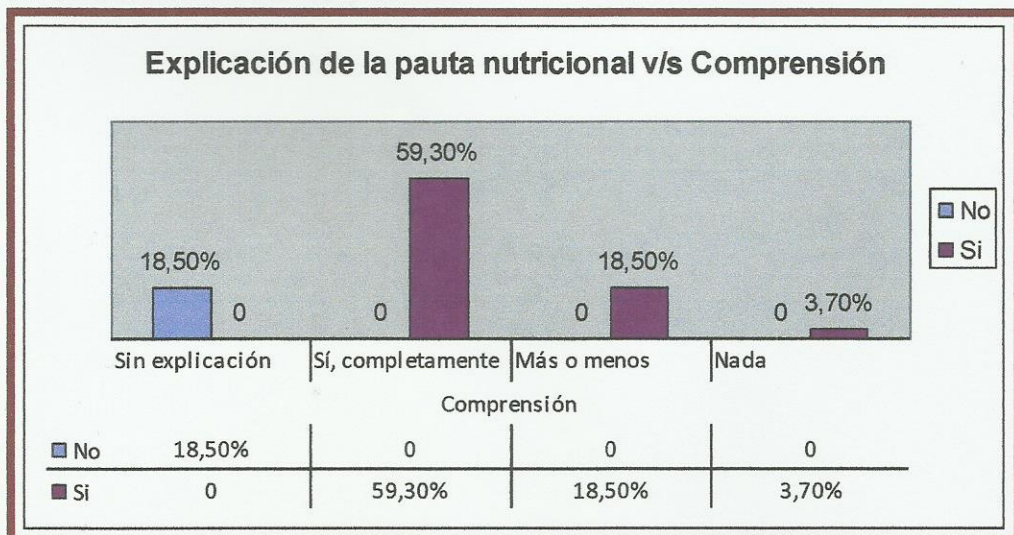


Tabla N° 38

Tabla de contingencia conocimiento de dislipidemia v/s conocimiento de las consecuencias

Consecuencias							
	En conocimiento	Frecuencia Relativa %	Desconocimiento	Frecuencia	Desconocimiento	Frecuencia	Total
			Leve	Relativa %	Total	Relativa %	
Si	4	14,8	3	11,1	0	0	7
No	4	14,8	11	40,8	5	18,5	20
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>29,6</b>	<b>14</b>	<b>51,9</b>	<b>5</b>	<b>18,5</b>	<b>27</b>

La tabla N° 38 muestra que del total de pacientes que conoce la definición de su patología, sólo un 15% se encuentra en conocimiento de las enfermedades que pueden ser consecuencia por la dislipidemia. Las enfermedades a considerar en el cuestionario son: Infarto agudo al miocardio, accidente vascular encefálico y aterosclerosis.

Los pacientes que no saben la definición de su patología, tienen un 41% de desconocimiento leve y un 19% se encuentra en desconocimiento total con respecto a las enfermedades que pueden ser consecuencia de la dislipidemia.

Gráfico Nº 23

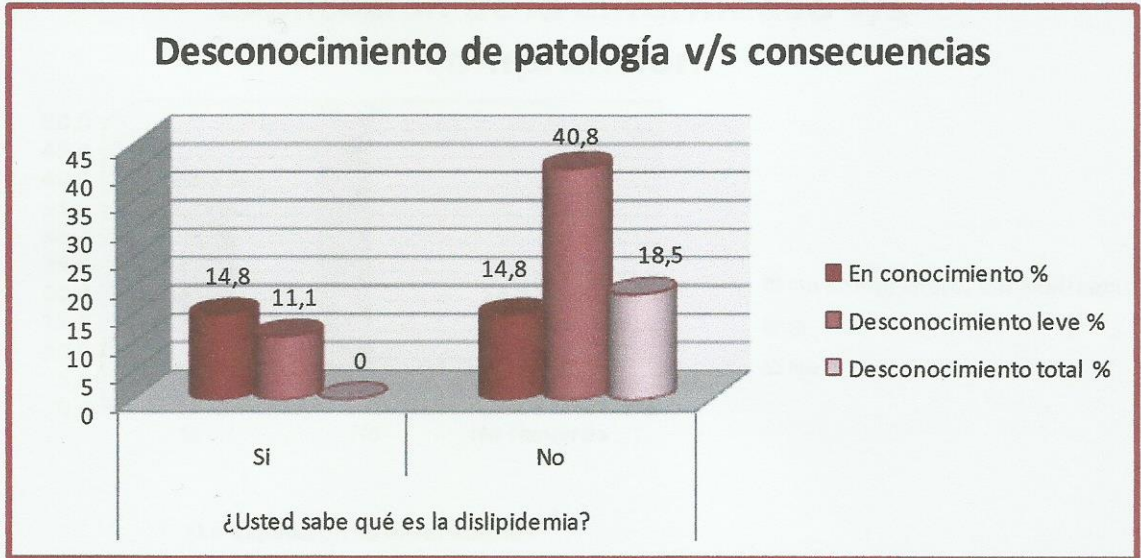
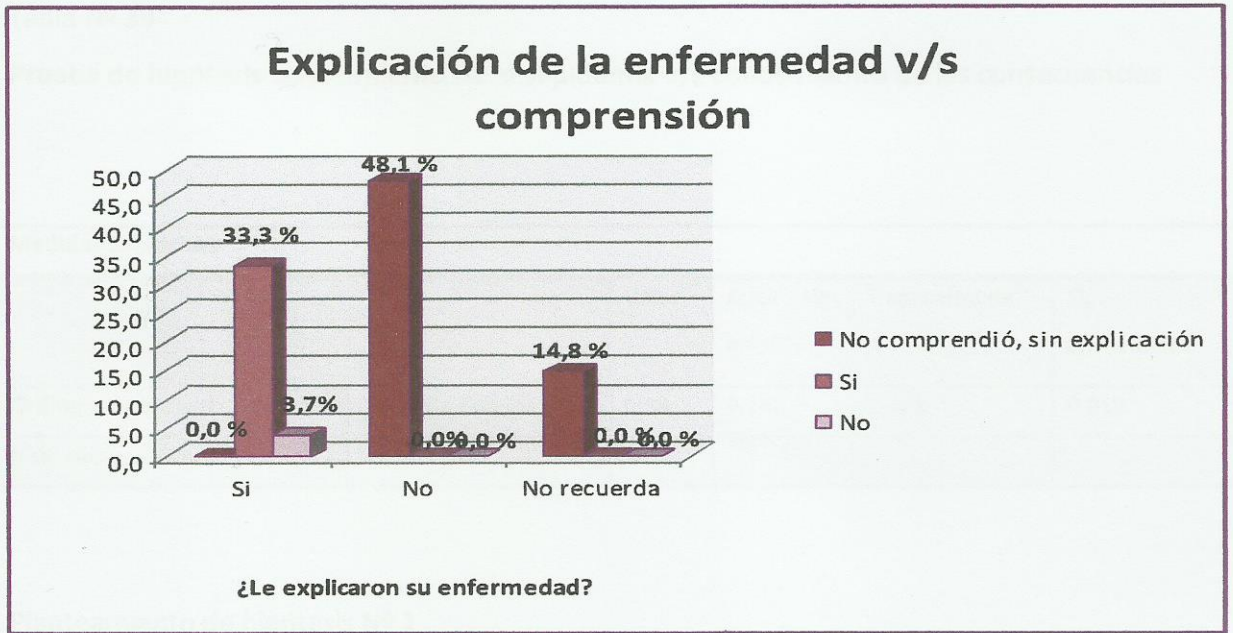


Gráfico N° 26





### 3. Prueba de hipótesis mediante test

Tabla N° 39

Prueba de hipótesis conocimiento de dislipidemia v/s conocimiento de las consecuencias

Medidas Simétricas		Valor	Error tít. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	0,38	0,142	2,341	0,019
N de casos válidos		27			

#### Planteamiento de hipótesis N° 1

- H0: El desconocimiento de la patología no está asociado al desconocimiento de sus consecuencias.
- Ha: El desconocimiento de la patología está asociado en el desconocimiento de sus consecuencias.

Este resultado es consistente con los resultados mostrados en estadística descriptiva en la tabla n° 38.

RESULTADOS: Aún cuando el coeficiente de correlación es menor a 0,380, tau-b de Kendall comprueba una correlación entre las variables.

Sig = 0.019 Existe evidencia para rechazar la Hipótesis nula.

Es decir, se comprueba que existe una correlación menor de 0,3 entre las variables desconocimiento de la patología y desconocimiento de las consecuencias.

Tabla N° 40

**Prueba de hipótesis motivación para asistir a la consulta nutricional v/s apoyo familiar**

Para efectos de esta prueba, la variable motivación para asistir a la consulta se trabajará en forma bi-variada. La hipótesis se someterá al test Phi.

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	0,622	0,034
<b>N de casos válidos</b>		27	

**Planteamiento de hipótesis N° 2**

- H0: La explicación de la patología y su comprensión no están asociadas a la asistencia a la consulta nutricional.
- Ha: La explicación de la patología y su comprensión están asociadas en la asistencia a la consulta nutricional.

Este resultado es consistente con los resultados mostrados en estadística descriptiva en la tabla n° 37.

RESULTADOS: Aún cuando el coeficiente de correlación es sólo 0,622, Phi comprueba una correlación entre las variables equivalente a 0,6.

Sig = 0.034 Existe evidencia para rechazar la Hipótesis nula..

La prueba arroja que existe una correlación entre el apoyo familiar y la asistencia a la consulta nutricional.

Tabla Nº 44

**Prueba de hipótesis comprensión de pauta nutricional de pacientes que recibieron explicación**

Medidas simétricas		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	1			0,000
N de casos válidos		27			

RESULTADOS: Aún cuando el coeficiente de correlación es 0,722, tau-b de Kendall comprueba una correlación entre las variables.

Sig = 0.000 Existe evidencia para rechazar la Hipótesis nula.

Tabla N° 45

**Prueba de hipótesis nivel educacional v/s comprensión de pauta nutricional**

Medidas simétricas		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	-0,304	0,125	-2,288	0,022
N de casos válidos		27			

**RESULTADOS:** El coeficiente de correlación Tau-b de Kendall muestra que existe una muy baja correlación entre las dos variables, aún cuando el estadístico Sig informa que existe evidencia para rechazar la hipótesis nula.

#### 4. Análisis de resultados cualitativos <sup>1</sup>

##### Sra. María Vallejos

Luego de una larga inasistencia al nutricionista, la Sra. Vallejos, tiene una vaga noción del diagnóstico que padece, lipoproteínas de baja densidad o colesterol LDL, nocivo para la salud. Sin embargo, tiene claro cuáles son los alimentos que debe consumir para evitar el aumento de este colesterol, indicador positivo que da señales de la buena información que se le proporcionaron en un comienzo.

Cuenta que tiene todas las intenciones de seguir la dieta que le dieron en el primer control, es más, ha sacado de su alimentación condimentos que utilizada habitualmente, a pesar de no tener un contacto permanente con un médico orientador.

Su principal excusa para faltar a las consultas nutricionales, es que se ha sentido mejor luego de asistir en el año 2010, aunque confiesa que le gustaría ser más rigurosa para saber si los pasos que ha seguido en su dieta están dando resultados. Necesita una mayor observación pero reconoce que depende absolutamente de ella para que este sea efectiva.

---

<sup>1</sup> Ver transcripción de entrevistas en Anexos.

## Sra. Myriam Venegas

La Sra. Venegas, es una paciente que desconoce absolutamente su enfermedad nutricional, a pesar de ser diagnosticada hace dos años. Lo único que logra identificar es el nombre de lo que padece, todo lo demás es una incertidumbre. No sabe por qué tiene el colesterol alto, cuáles son sus efectos y el tratamiento a seguir. Tampoco demuestra interés por remediar y disminuir los índices de este, debido a la ignorancia en el tema y a su negativa por continuar la dieta que le dio el nutricionista –que según su criterio- era muy estricta y costosa.

Indica que dejó el tratamiento por la demora en la entrega de horas médicas y de los remedios que necesitaba para la enfermedad. Además señala que no le afecta ausentarse a las horas nutricionales porque se compra de forma particular los medicamentos recetados por el nutriólogo, aunque se contradice explicando que sería importante la ayuda de un doctor para saber las restricciones que debiera tener en su alimentación.

**Sr. Gerardo Quiroz**

Don Gerardo, tiene mayor conocimiento de su enfermedad. Explica que fue diagnosticada a través del Examen Preventivo del Adulto Mayor, hace 3 años aproximadamente. Sabe muy bien las consecuencias de la deficiencia que padece y demuestra gran preocupación por ello porque asocia su diagnóstico a un resultado fatal, como accidentes vasculares.

Entiende perfectamente la pauta alimentaria entregada en el consultorio, e indica que la sigue fielmente. Da como ejemplo que consume la leche para adultos mayores proporcionada por el Ministerio de Salud, la que consigue en una feria cercana a su hogar, porque no asiste a las consultas médicas fijadas, debido a la deficiente atención administrativa entregada en el servicio de salud que le corresponde. Con respecto a este tema realiza una fuerte crítica, de la que se desprende su enojo y frustración con el sistema, el que cataloga de lento, negligente (personal "sacador de vuelta") y perjudicial para su tratamiento ya que no podrá saber si su colesterol malo ha avanzado o retrocedido en el tiempo.

## **Sr. Marcial Álvarez**

La plena conciencia que tiene Don Marcial Álvarez, con respecto a su enfermedad, no se debe a los constantes chequeos médicos, ni a la asistencia rigurosa al nutricionista, sino al infarto que lo afectó a los cincuenta años y luego al accidente vascular que lo hizo tomar conciencia de la gravedad que conlleva tener colesterol el por las nubes. A raíz de estas complicaciones sabe perfectamente en qué consiste su enfermedad, cuáles son sus consecuencias y el tratamiento a seguir, esto incluye una serie de restricciones que tiene internalizadas, como no comer sal, alimentos grasos, alcohol, entre otras.

Cuenta que se acostumbró a eliminar estos elementos de su dieta, porque seguir las indicaciones entregadas por el nutricionista es una mejoría para su salud. A pesar de aquello, hace algún tiempo se ausentado de las consultas médicas por según sus declaraciones, se encuentra muy enfermo de la cadera, pero ahora tendrá más constancia con los controles para sentirse mejor. Por último explica que le afecta que cambien muy seguido los doctores del consultorio y que además estos dividan sus jornadas laborales con el centro de Chuchunco. Sobre la atención del personal no tiene reparos, la encuentra excelente, a diferencia de la mayoría de los otros pacientes que respondieron esta entrevista.



## Sra. Ana Urrutia

El reciente diagnóstico de índices negativos de colesterol entregados a la Sra. Ana Urrutia, se traducen en el poco conocimiento que tiene esta paciente sobre su enfermedad. A pesar de no estar errada en sus explicaciones, éstas son dubitativas y muy generales. Tiene claras sus restricciones, sin embargo, no ha dejado el cigarrillo, una de las prohibiciones realizada por la nutricionista.

Desconoce si los mareos que la afectan, son debido al colesterol alto. La falta de información se debe principalmente a la poca preocupación que existe de parte de la Sra. Urrutia, la que justifica explicando que últimamente se ha enfocado más en la enfermedad de su hermana, la que padece de cáncer gástrico.

Sabe que le afecta el no asistir a las consultas nutricionales y tiene temor de que le dé un accidente vascular, por eso le gustaría saber más sobre su enfermedad a través de talleres impartidos en el consultorio, esto lo hace a modo de sugerencia. De todas formas tiene buenas referencias del centro médico en el que se debe atender, indica que existe un buen servicio y que los horarios de consultas médicas le acomodan.

## CAPITULO VI

### CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Al término de la investigación realizada se logró indagar en los factores que están asociados a las inasistencias a los controles nutricionales de la población estudiada. El grupo etéreo destacado dentro de la población fueron los adultos jóvenes con un 48,1%, los cuales se encuentran entre los 41 y los 64 años.

Del 100% de pacientes estudiados había un 74% que no sabía lo que era la dislipidemia y sólo un 24% estaba en conocimiento, de acuerdo a esta gran diferencia estadística, se puede concluir que el desconocimiento de la patología, sus consecuencias y cuidados están influyendo en la asistencia a los controles nutricionales correspondientes, debido a que si el paciente no se encuentra informado y educado sobre su patología, será poca o nula la importancia que le preste al tratamiento.

Hay un 25,9% de los pacientes que padecen de dislipidemia y no saben cuáles son las causas de su patología, esto se debe al desconocimiento general y la poca importancia que los pacientes le entregan a su enfermedad.

En cuanto al manejo dietoterapéutico de la dislipidemia, se observa que a un 81% de los pacientes le entregaron pauta alimentaria, a los mismos se las explicaron y de ellos un 72% la comprendieron, es por esto que la mayoría de ellos sabe reconocer los alimentos que son perjudiciales y los que son dañinos para su patología, pero aun así se tiene un desconocimiento general de la enfermedad.

El horario también fue una de las variables estudiadas, ya que hay un 66,6% de los pacientes que refirieron que dentro de una de las dificultades de acceso a la consulta se encuentra el horario, de ellos un 25,9% son adultos mayores, de aquello se puede deducir que tienen dificultades físicas que no les permiten acceder a los controles nutricionales y un 40,7% corresponde al grupo etéreo de adulto joven, observando este porcentaje se podría concluir que esta población de pacientes son los activos laboralmente, por lo tanto el horario no les permite asistir a los controles nutricionales rutinarios.

Un 63% de los pacientes siente motivación por asistir a la consulta nutricional y junto a esto un 51,9% le agrada la atención que recibe de parte de la profesional, en general la relación que el paciente tiene con el equipo de salud es buena, un 95,2% los evalúan con notas arriba de 5, por lo tanto este factor debería influir positivamente en la asistencia a la consulta nutricional.

Un 59,3% de los pacientes tiene apoyo familiar y se siente motivado por asistir a la consulta, esto refleja la importancia de que el paciente cuente con el grupo familiar y con esto hacer partícipe a la familia de su patología para sentirse apoyado a seguir el tratamiento.

Sin duda el aspecto fundamental que afecta la asistencia a la consulta nutricional es el bajo conocimiento que tienen los pacientes sobre su patología, esto se debe principalmente al acotado tiempo que poseen las profesionales nutricionistas en atención primaria para realizar una educación adecuada a cada paciente, ya que se debe realizar la anamnesis general, alimentaria, sólo queda tiempo de explicar la pauta nutricional y no se alcanza a crear un conocimiento básico de la raíz del problema ni de las consecuencias que la patología podría ocasionar.

Esto sumado a que la gente no muestra incentivo por investigar sobre su patología, tal vez la baja importancia por conocer antecedentes de la dislipidemia destaca en la nula sintomatología que presenta.

El horario también es un factor importante en las inasistencias, ya que los CECOSF trabajan en horarios en los cuales la población adulta joven se encuentra en sus tiempos laborales, haciéndose imposible asistir en el horario establecido por el centro.

### **Propuestas**

En cuanto a la intervención profesional, se deja una propuesta abierta para realizar actividades que consten en talleres especiales (con el paciente y su grupo familiar) dentro de los centros de atención primaria, con el fin de explicar profundamente la fisiología de la enfermedad, abarcando su etiología y sus consecuencias, para lograr una concientización y con esto una adecuada adhesión al tratamiento nutricional.

Se destaca también la importancia de incorporar activamente a la familia de los pacientes, ya que la evidencia muestra que un mayor apoyo familiar, está asociado a la asistencia a la consulta nutricional.

Para próximas investigaciones se propone incorporar a grupos de pacientes que tienen una buena asistencia a la consulta nutricional, con las variables asociadas tales como:

Nivel educacional, motivación personal, apoyo familiar, entre otras, con la finalidad de conjugar el comportamiento del grupo de pacientes asistentes con el grupo estudiado (pacientes inasistentes) y junto a esto evaluar el resultado del tratamiento nutricional.

## BIBLIOGRAFÍA

**Alonso, J (1995).** Orientación educativa. Teoría, evaluación e intervención. Cap IV: Problemas de aprendizaje II. *Evaluación y mejora de la motivación hacia el aprendizaje*. Madrid 1995. Disponible en: <http://www.uam.es/gruposinv/meva/jesus.html>.

**Bermudez, María (1999).** *Factores sociodemográficos, educativos y de salud en la atención de la mujer en el embarazo y post-parto*, en Guápiles. Marzo a Junio 1999. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v23n2/art4.htm>.

CELADE, División de población, CEPAL (2003). *Redes de apoyo social de personas mayores: elementos teórico-conceptuales*. Disponible en: <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/13237/PP18.pdf>.

Colegio de nutricionistas de Chile (2007). *El nutricionista, aspectos específicos de la disciplina*. Disponible en: [http://www.nutricionistasdechile.cl/documentos/disciplina\\_nutricionistas.pdf](http://www.nutricionistasdechile.cl/documentos/disciplina_nutricionistas.pdf).

Diccionario de la lengua española, Vigésima segunda edición. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/>.

**Faneite, P y Cols (2009).** Consulta pre- natal motivos de inasistencia ¿Se justifican? *Revista Obstetricia y Ginecología*, N 2, Junio 2009, Estado de Carabobo, Venezuela. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322009000300002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322009000300002&script=sci_arttext).

Gobierno de Chile, Ministerio de Salud (2000). *Normas Técnicas de Dislipidemias*. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/75fefc3f8128c9dde04001011f0178d6.pdf>.

Gobierno de Chile, Ministerio de Salud (2009). *Implementación del Enfoque de Riesgo en el Programa Salud Cardiovascular*. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/787e4765248bc9e0e04001011f0172b5.pdf>.

Gobierno de Chile, Ministerio de Salud (2010). *Encuesta Nacional de Salud*. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/99bbf09a908d3eb8e04001011f014b49.pdf>.

Gobierno de Chile, Ministerio del Trabajo y Previsión Social. *Definiciones Woolfolk, Anita (2006) (en Español). Psicología Educativa (Novena edición)*. Pearson Educación. pp. 669. Disponible en: [http://books.google.cl/books/about/Psicolog%C3%ADa\\_educativa.html?id=PmAHE32RuOsC&redir\\_esc=y](http://books.google.cl/books/about/Psicolog%C3%ADa_educativa.html?id=PmAHE32RuOsC&redir_esc=y).

**Morera, J y Cols (2002).** Análisis de los pacientes no presentados a la consulta de Neurología de la Marina Alta, en *Revista de Neurología*, N 8, Pág. 701 – 705. Disponible en: [http://svneurologia.org/socios/jmorera/index\\_archivos/TRABAJOS/No Presentados.pdf](http://svneurologia.org/socios/jmorera/index_archivos/TRABAJOS/No_Presentados.pdf).

**Martín, Libertad (2009).** *Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud de nivel primario 2003-2007*. La Habana, Cuba. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/80/>.

Noticias, antecedentes CECOSF San José de Chuchunco. [www.redsalud.gov.cl](http://www.redsalud.gov.cl).

Países del MERCOSUR y país asociado – Chile (2011). *Reporte de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Lesiones*. Disponible en:

[http://epi.minsal.cl/epi/Onotransmisibles/vent/VENT Mercosur FINAL 17092011.pdf](http://epi.minsal.cl/epi/Onotransmisibles/vent/VENT_Mercosur_FINAL_17092011.pdf).

Revista de filosofía y sociopolítica de la educación, 2008. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=12550>.

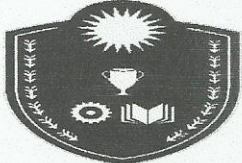
**Ruiz, Carlos (2008)** El enfoque multimétodo en la investigación social y educativa: Una mirada desde el paradigma de la complejidad, en *Revista de Filosofía y Socio política* de la educación. Disponible en:

<http://click.infospace.com/ClickHandler.ashx?du=http%3a%2f%2fdialnet.unirioja.es%2fdescarga%2farticulo%2f2785456.pdf&ru=http%3a%2f%2fdialnet.unirioja.es%2fdescarga%2farticulo%2f2785456.pdf&ld=20121226&ap=1&app=1&c=iminentxml2.intl.es&s=iminentxml2&coi=398423&cop=main-title&equip=201.246.73.176&npp=1&p=0&pp=0&pvoid=06d5ec120da14028bc4c448b499612e8&ep=1&mid=9&hash=AB6556DC1A19C618E422AC0F6A04BAA1>.

## ANEXOS

### Anexo N° 1

#### Cuestionario

<p>❖ <b>Integrantes:</b></p> <p><b>Paulina Romero</b> <b>Francisca Briones</b> <b>Daniela Rojas</b> <b>NUTRICIONISTAS</b></p>	<p>❖ <b>Institución: Universidad UCINF</b></p>  <p><b>UNIVERSIDAD UCINF</b> LABOR CONSTANTIAE TRIUMPHARE</p>
---	--

#### ❖ **Objetivos:**

El objetivo de éste estudio es descubrir cuáles son las causas principales de la inasistencia a los controles nutricionales de los pacientes dislipidémicos puros, así poder desarrollar estrategias que ayuden a mejorar los aspectos deficientes en la consulta.

#### ❖ **Objetivos Específicos:**

- Identificar los factores más importantes que influirían en la inasistencia a la consulta nutricional.
- Implementar estrategias de intervención.

❖ Solicitud de cooperación:

Se solicita a los pacientes dislipidémicos responder las siguientes preguntas para evaluar las causas de la inasistencia a los controles nutricionales.

La participación será de forma voluntaria, la confidencialidad y privacidad de los datos está asegurada.

La respuesta de cada uno es muy importante para mejorar la atención nutricional y asegurar el compromiso al tratamiento.

MUCHAS GRACIAS



♣ Instrucciones:

Responda las preguntas realizadas por la nutricionista, eligiendo la alternativa que usted considere correcta.

1. N° CUESTIONARIO: .....

2. N° de Ficha: .....

3. Género:

a) Masculino

b) Femenino

4. Edad: .....

5. Nivel Educacional:

6. ¿Usted sabe que es la dislipidemia? (Si responde si, explique brevemente)

a) Si

b) No

Explicación:

.....

7. ¿Usted sabe qué tipo de dislipidemia tiene?

- a) Hipercolesterolemia
- b) Hipertrigliceridemia
- c) Mixta
- d) No sabe

8. ¿Cuál es su estado nutricional?

- a) Normal
- b) Sobrepeso
- c) Obesidad
- d) No sabe

9. ¿Su estado nutricional influye en su enfermedad?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

10. De los siguientes factores de riesgo ¿Cuales pueden provocar la enfermedad? (Puede elegir más de una alternativa)

- a) Sobrepeso u obesidad
- b) Alimentación rica en grasas y azúcar
- c) Genética
- d) Consumo de alcohol y tabaquismo
- e) Todas las anteriores

11. En la consulta nutricional, ¿Le entregaron pauta nutricional? (Si responde b o c, pase a la pregunta 14)

a) Sí

b) No

c) No recuerda

12. Cuando usted asiste a la consulta ¿La nutricionista le explica su pauta nutricional?

a) Sí

b) No

13. ¿Entiende con claridad la pauta nutricional?

a) Sí, completa

b) Más o menos

c) Nada

14. De los siguientes alimentos ¿Cuáles son perjudiciales para su enfermedad? (Puede elegir más de una alternativa)

a) Leche entera, margarina o mantequilla

b) Palta, aceite de oliva y lácteos descremados

c) Carnes con grasa, paté y vienasas

d) Mayonesa, tortas y bebidas

e) Ninguna de las anteriores

15. De los siguientes alimentos ¿Cuáles son protectores para su enfermedad?

- a) Cereales integrales (pan, galletas o avena)
- b) Frutas y verduras todos los días
- c) Galletas, papas fritas y ramitas (Snacks)
- d) Helados de crema
- e) A Y B

16. De las siguientes enfermedades, ¿Cuál o cuáles son consecuencia de la dislipidemia? (Puede elegir más de una alternativa)

- a) Tuberculosis
- b) Infarto
- c) Accidente Vascular Encefálico
- d) Cáncer
- e) Aterosclerosis
- f) Ninguna de las anteriores

17. ¿Usted tiene dificultades personales para asistir a la consulta? (Si responde b, pase a la pregunta 19)

- a) Si
- b) No

Si contestó SI,

¿Cuáles?.....

18. De las siguientes actividades ¿Cuál no le permite asistir a la consulta nutricional? (Puede elegir más de una alternativa)

- a) Trabajo
- b) Estudio
- c) Dueña de casa
- d) Jubilado
- e) Se encuentra al cuidado de algún familiar (padres, hijos, nietos, etc.)

19. ¿El horario determinado por el Centro de Salud le permite asistir a la consulta?

- a) Sí, porque me organizo con tiempo para pedir la hora
- b) No, porque es muy restringido el horario

20. En general, ¿Usted se encuentra motivado para asistir a la consulta nutricional?

- a) Sí, completamente
- b) Más o menos
- c) Sin motivación

21. ¿Usted se siente motivado a seguir el tratamiento de su enfermedad? (Si responde C pase a la pregunta 23)

- a) Sí, completamente
- b) Más o menos
- c) Sin motivación

22. ¿Cuáles son sus motivaciones? (Pase a la pregunta 24)

- a) Porque me preocupa mi enfermedad
- b) Porque me interesa controlar mi peso
- c) Porque quiero prevenir otras enfermedades
- d) A y C

23. ¿Por qué no se encuentra motivado para asistir a la consulta nutricional?

- a) Porque no me siento mal
- b) Porque no me preocupa mi enfermedad
- c) Porque de algo hay que morirse
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores ¿Cuál? \_\_\_\_\_

24. ¿La nutricionista le explica de que se trata su enfermedad? (Si responde b o c, pase a la pregunta 26)

- a) Si
- b) No
- c) No recuerda

25. ¿Usted entiende la explicación de la nutricionista?

- a) Sí, porque fue clara su explicación
- b) No, porque utilizo palabras que no entiendo
- c) Sí, porque ya conocía la enfermedad
- d) No, porque la atención fue muy rápida

26. ¿Se siente comprendida por la nutricionista? (Puede elegir más de una alternativa)

- a) Sí, porque fue amable y simpática en su atención
- b) No, porque fue pesada
- c) Sí, porque me atendió bien y se dio el tiempo necesario
- d) No, porque no le intereso mi situación personal

27. ¿Su familia lo apoya a seguir el tratamiento de su enfermedad? (Si responde b o c, pase a la pregunta 30)

- a) Si
- b) No
- c) No saben

28. De una escala de 1 a 7 evalúe el apoyo de su familia en el tratamiento de su enfermedad, donde 1 representa sin apoyo y el 7 representa muy buen apoyo familiar.

Muy poco Apoyo

Muy buen apoyo

1	2	3	4	5	6	7

29. ¿De qué forma recibe el apoyo familiar?

- a) Me ayudan a seguir la pauta nutricional
- b) Me compran los alimentos que necesito para mi dieta
- c) Me recuerdan los horarios de mis remedios
- d) Todas las anteriores
- e) Otra, ¿Cuál? .....

30. ¿Usted participa en alguna comunidad o grupo social? (Si responde No, pase a la última pregunta)

a) Si ¿Cuál?.....

b) No

31. El grupo en que participa, ¿Lo apoya o lo anima para asistir a la consulta nutricional?

a) Sí, porque el grupo en el que participo se preocupa por nosotros

b) No, porque nos interesa pasarlo bien

c) No saben de mi enfermedad

32. De una escala de 1 a 7 evalúe el apoyo del grupo social en el que participa en donde 1 representa sin apoyo y el 7 representa muy buen apoyo.

Muy poco Apoyo

Muy buen apoyo

1	2	3	4	5	6	7

33. De una escala de 1 a 7 evalúe su relación con el equipo del centro de salud en donde 1 representa muy mala relación y el 7 representa una muy buena relación.

Muy mala relación

Muy buena relación

1	2	3	4	5	6	7



## Anexo N° 2

### Libro de Códigos

1. N° Cuestionario:

2. N° de Ficha:

3. Género:

1) Masculino

2) Femenino

4. Edad real:

5. Intervalo de edad

1) <18 años

2) 19–40 años

3) 41 – 64 años

4) > 65 años

6. Nivel Educativo:

1) Sin Escolaridad

2) Escolaridad baja (1º - 4º básico)

3) Escolaridad media (5º - 8º básico)

4) Escolaridad Intermedia (1º - 3º medio)

5) Escolaridad completa (4º medio)

7. Dislipidemia:

- 1) Sabe
- 2) No sabe
- 3) Explicación

8. Tipo de Dislipidemia:

- 1) Hipercolesterolemia
- 2) Hipertrigliceridemia
- 3) Mixta
- 4) No sabe

9. Estado nutricional actual

- 1) Normal
- 2) Sobrepeso
- 3) Obesidad
- 4) No sabe

10. ¿Su estado nutricional influye en su enfermedad?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No sabe

11. Factores de Riesgo

- 1) Sobrepeso u obesidad
- 2) Alimentación rica en grasa y azúcar
- 3) Genética
- 4) Consumo de alcohol y tabaquismo
- 5) Todas las anteriores

## 12. Pauta alimentaria

### 12.1) Entrega

- 1) Si
- 2) No
- 3) No recuerda

### 12.2) Explicación

- 1) Si
- 2) No

### 12.3) Comprensión

- 1) Si, completa
- 2) Más o menos
- 3) Nada

## 13. Alimentos

### 13.1 Alimentos Perjudiciales

- 1) Leche entera, margarina o mantequilla
- 2) Palta, aceite de oliva y lácteos descremados
- 3) Carnes con grasas, paté y vienasas
- 4) Mayonesa, tortas y bebidas
- 5) Ninguna de las anteriores

### 13.2 Alimentos Protectores

- 1) Cereales integrales (pan, galletas o avena)
- 2) Frutas y verduras todos los días
- 3) Galletas, papas fritas y ramitas (Snacks)
- 4) Helados de crema
- 5) A y B

14. Consecuencia de dislipidemia

- 1) Tuberculosis
- 2) Infarto
- 3) Accidente Vascular Encefálico
- 4) Cáncer
- 5) Ateroesclerosis
- 6) Ninguna de las anteriores

15. Dificultades personales para la asistencia

- 1) Sí
- 2) No
- 3) Cuáles

16. Actividades

- 1) Trabajo
- 2) Estudio
- 3) Dueña de casa
- 4) Jubilado
- 5) Se encuentra al cuidado de algún familiar (padres, hijos, nietos, etc.)

17. Horario

- 1) Sí, porque me organizo con tiempo para pedir la hora
- 2) No, porque es muy restringido el horario

18. Motivación

18.1 Motivación para asistir a la consulta nutricional

- 1) Sí, Completamente
- 2) Más o menos
- 3) Sin motivación

## 18.2 Motivación para seguir el tratamiento de su enfermedad

- 1) Sí, completamente
- 2) Más o menos
- 3) Sin motivación

## 18.3 Motivaciones personales

- 1) Porque me preocupa mi enfermedad
- 2) Porque me interesa controlar mi peso
- 3) Porque quiero prevenir otras enfermedades
- 4) A y C

## 18.4 Porque no se encuentra motivado

- 1) Porque no me siento mal
- 2) Porque no me preocupa mi enfermedad
- 3) Porque de algo hay que morirse
- 4) Todas las anteriores
- 5) Ninguna de las anteriores
- 6)Cuál

## 19. Educación de la patología

### 19.1 Explicación

- 1) Si
- 2) No
- 3) No recuerda

## 19.2 Comprensión

- 1) Sí, porque fue clara en su explicación
- 2) No, porque utilizo palabras que no entiendo
- 3) Sí, porque ya conocía la enfermedad
- 4) No, porque la atención fue muy rápida

## 19.3 Empatía

- 1) Sí, porque fue amable y simpática en su atención
- 2) No, porque fue pesada
- 3) Sí, porque me atendió bien y se dio el tiempo necesario
- 4) No, porque no le intereso mi situación personal

## 20. Familia

### 20.1 Apoyo

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No saben

### 20.2 Evaluación al apoyo familiar

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4
- 5) 5
- 6) 6
- 7) 7

### 20.3 Formas de apoyo

- 1) Me ayudan a seguir la pauta alimentaria
- 2) Me compran los alimentos que necesito para mi dieta
- 3) Me recuerdan los horarios de mis remedios
- 4) Todas las anteriores
- 5) Otra, ¿Cuál?

### 21. Comunidad o grupo social

#### 21.1 Participación

- 1) Sí
- 2) No
- 3) Cuál

#### 21.2 Apoyo de la comunidad o grupo social

- 1) Sí, porque el grupo en el que participo se preocupa por nosotros
- 2) No, porque nos interesa pasarlo bien
- 3) No saben de mi enfermedad

#### 21.3 Evaluación de la comunidad o grupo social

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4
- 5) 5
- 6) 6
- 7) 7

22. Evaluación de su relación con el equipo del centro de salud

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4
- 5) 5
- 6) 6
- 7) 7

	1	2	3	4	5	6	7
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							
41							
42							
43							
44							
45							
46							
47							
48							
49							
50							
51							
52							
53							
54							
55							
56							
57							
58							
59							
60							
61							
62							
63							
64							
65							
66							
67							
68							
69							
70							
71							
72							
73							
74							
75							
76							
77							
78							
79							
80							
81							
82							
83							
84							
85							
86							
87							
88							
89							
90							
91							
92							
93							
94							
95							
96							
97							
98							
99							
100							



Anexo Nº 3

Matriz de datos

1	2	3		4	5			
Nº Personas	Nº Ficha	Género		Edad real	Intervalo de edad			
		1	2		1	2	3	4
1	12231		2	77				4
2	57341		2	48			3	
3	56807		2	51			3	
4	15005		2	67				4
5	7299		2	72				4
6	11763		2	65				4
7	10291		2	69				4
8	14607		2	62			3	
9	10601		2	67				4
10	10436		2	46			3	
11	15274		2	40		2		
12	11160		2	63			3	
13	10848		2	48			3	
14	10381		2	52			3	
15	59815		2	38		2		
16	11595	1		64			3	
17	11721		2	77				4
18	15378		2	14	1			
19	90809		2	40		2		
20	10847		2	49			3	
21	13420		2	51			3	
22	15297		2	48				4
23	14607	1		64			3	
24	11326		2	51			3	
25	11923	1		69				4
26	10961		2	71				4
27	10744	1		55			3	
Total		4	23		1	3	13	10

Nº Personas	6					7		
	Nivel educacional					Dislipidemia		
	1	2	3	4	5	1	2	3 (Explicación)
1			3				2	
2			3			1		Grasa en la sangre. La sangre se espesa
3					5	1		Colesterol alto
4			3			1		Colesterol alto
5	1						2	
6			3			1		Colesterol alto en la sangre
7			3				2	
8		2				1		Colesterol alto, por la gordura
9				4			2	
10					5	1		Grasa en la sangre
11					5		2	
12			3				2	
13				4			2	
14		2				1		Colesterol malo
15		2					2	
16				4			2	
17			3				2	
18				4			2	
19				4			2	
20					5		2	
21			3				2	
22			3				2	
23			3				2	
24				4			2	
25			3				2	
26		2					2	
27					5		2	
Total	1	4	11	6	5	7	20	

Nº Personas	8				9				10		
	Tipo de dislipidemia				Estado nutricional actual				Estado nutricional influyente		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
1				4				4	1		
2				4		2			1		
3			3			2					3
4				4		2				2	
5				4				4	1		
6				4			3		1		
7				4		2					3
8				4		2			1		
9				4				4	1		
10				4			3		1		
11				4	1				1		
12				4				4	1		
13				4		2				2	
14		2						4	1		
15				4		2			1		
16				4				4	1		
17				4	1						3
18				4				4	1		
19	1					2			1		
20				4		2			1		
21				4				4			3
22				4		2			1		
23				4	1				1		
24				4		2			1		
25				4		2			1		
26				4				4	1		
27				4		2					3
Total	1	1	1	24	3	13	2	9	20	2	5

Nº Personas	11					12								
	Factores de riesgo					Pauta nutricional								
						12.1			12.2		12.3			
	1	2	3	4	5	1	2	3	1	2	1	2	3	
1					5	1			1			1		
2					5	1			1			1		
3		2	3			1			1			1		
4					5	1			1			1		
5					5	1			1			1		
6	1	2				1			1				2	
7		2		4			2							
8	1		3			1			1			1		
9					5		2							
10		2				1			1			1		
11					5		2							
12	1	2		4		1			1			1		
13	1	2	3	4		1			1			1		
14					5	1			1				2	
15		2		4		1			1			1		
16					5	1			1			1		
17	1	2				1			1			1		
18	1	2		4		1			1				2	
19					5	1			1			1		
20	1	2				1			1			1		
21	1	2	3				2							
22					5	1			1				2	
23	1	2		4		1			1			1		
24					5	1			1			1		
25					5	1			1					3
26					5	1			1				2	
27	1	2		4			2							
Total	10	13	4	7	13	22	5		22			16	5	1

Nº Personas	13										14					
	Alimentos										Consecuencias					
	13.1					13.2										
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	
1	1		3	4						5		2		4	5	
2	1		3	4						5		2	3		5	
3	1		3	4						5		2	3	4	5	
4	1		3	4						5		2	3			
5	1		3	4						5	1	2	3	4	5	
6	1		3	4			2					2	3			
7			3	4		1										6
8	1		3	4						5		2	3		5	
9	1		3	4						5						6
10	1		3	4			2					2	3		5	
11	1		3	4						5	1	2	3	4	5	
12	1		3	4						5		2	3		5	
13			3				2					2	3			
14	1		3	4						5		2	3		5	
15	1		3	4						5		2	3			
16	1		3	4						5		2	3			
17	1	2		4						5		2	3		5	
18	1		3	4						5		2	3		5	
19	1		3	4						5		2	3			
20	1		3	4						5		2	3			
21	1		3	4						5		2	3	4	5	
22	1		3	4						5		2	3	4	5	
23	1		3	4						5		2	3	4	5	
24	1		3	4						5		2	3		5	
25	1		3	4						5	1	2	3	4	5	
26	1		3	4						5		2	3	4	5	
27	1		3	4						5		2		4	5	
Total	25	1	26	26		1	3			23	3	25	23	10	18	2

15			
Nº Personas	Dificultades		
	1	2	3
1		2	
2		2	
3		2	
4		2	
5		2	
6	1		Cuida a nieto
7	1		Cuida al hermano c/ Diálisis
8	1		Por enfermedad, le cuesta movilizarse(usa muletas)
9		2	
10	1		Trabajo
11		2	
12		2	
13	1		Trabaja como vendedora
14	1		Marido enfermo con Diabetes
15		2	
16	1		Enfermedad, Displasia de cadera
17		2	
18	1		Horario del colegio
19	1		Falta de tiempo para pedir la hora, no para asistir a la consulta, porque pide día libre en el trabajo.
20	1		Horario de las horas
21	1		Depresión endógena, no le gusta salir de su casa
22	1		Enfermedad de marido
23	1		Trabajo
24	1		Enfermedad de Hermana con cáncer
25		2	
26		2	
27		2	
Total	14	13	

	16					17	
Nº Personas	Actividad					Horario	
	1	2	3	4	5	1	2
1						1	
2						1	
3						1	
4							2
5						1	
6					5		2
7			3	4	5		2
8			3	4	5	1	
9						1	
10	1						2
11						1	
12						1	
13	1					1	
14			3		5		2
15						1	
16						1	
17						1	
18		2					2
19	1					1	
20	1						2
21			3				2
22			3		5	1	
23	1						2
24					5	1	
25						1	
26						1	
27						1	
Total	5	1	5	2	6	18	9

18										
Nº Personas	Motivación									
	18.1			18.2			18.3			
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
1	1			1						4
2	1			1			1	2	3	
3			3		2				3	
4		2		1						4
5	1			1						4
6	1				2					4
7	1			1						4
8		2		1						4
9	1			1			1	2	3	
10	1			1			1	2	3	
11	1			1			1	2	3	
12	1			1					3	
13			3	1				2		
14	1			1			1			
15		2			2			2		
16	1			1						4
17	1			1			1	2	3	
18	1			1						4
19		2		1						4
20		2			2			2		
21	1			1			1	2	3	
22		2			2		1			
23	1					3				
24	1			1			1	2	3	
25	1			1				2	3	
26		2		1						4
27		2			2		1			
Total	17	8	2	20	6	1	10	11	10	10



						18
						Motivación
						18.4
Nº Personas	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3					5	Por que cuesta mucho conseguir hora, ponen muchas restricciones para dar una hora
4	1					
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13	1	2				
14						
15		2				
16						
17						
18						
19						
20					5	Porque no puedo controlar la ansiedad
21						
22						
23	1					
24						
25						
26					5	Tuvo problemas con médico y tiene desconfianza
27					5	Alimentación restringida
Total	3	2			4	

		19									
		Educación de la patología									
Nº Personas	19.1			19.2			19.3				
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4	
1		2								4	
2	1			1			1		3		
3		2					1				
4		2					1				
5	1			1			1		3		
6		2					1				
7		2					1		3		
8		2					1		3		
9		2								4	
10	1			1			1				
11	1			1					3		
12	1					3			3		
13	1			1			1		3		
14			3				1				
15	1			1			1				
16	1			1					3		
17			3				1		3		
18	1			1			1		3		
19		2					1		3		
20		2					1		3		
21		2							3		
22		2								4	
23			3				1				
24	1				2				3		
25			3					2			
26		2							3		
27		2							3		
Total	10	13	4	8	1	1	16	1	16	3	

	20									
Nº Personas	Familia									
	20.1			20.2						
	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7
1			3							
2		2								
3		2								
4		2								
5	1									7
6			3							
7			3							
8	1								6	
9			3							
10	1									7
11		2								
12	1									7
13		2								
14	1									7
15			3							
16	1									7
17	1						4			
18	1						4			
19	1									7
20	1						4			
21	1									7
22	1									7
23	1									7
24			3							
25	1									7
26	1									7
27	1							5		
Total	16	4	6				3	1	1	11

	20				
	Familia				
	20.3				
Nº Personas	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5				4	
6					
7					
8	1	2			
9					
10	1		3		
11					
12	1				Me recuerdan los controles que realizo de forma particular
13					
14				4	
15					
16				4	
17				4	Están pendientes de cómo me siento
18	1	2			
19		2	3		
20	1				
21	1	2			
22	1				
23	1				
24					
25	1				
26				4	
27					Recuerdan controles
Total	9	4	2	5	

21						
Nº Personas	Comunidad o grupo social					
	21.1			21.2		
	1	2	3	1	2	3
1		2				
2	1		Gimnasia			3
3		2				
4	1		Club de adulto mayor	1		
5	1		Yoga, Club de adulto mayor	1		
6	1		Club de adulto mayor			3
7		2				
8	1		Salón del Reino testigos de Jehová			3
9	1		Iglesia			3
10	1		Zumba, Polideportivo			3
11	1		Gimnasia todos los días	1		
12	1		Club de adulto mayo, Gimnasia			3
13		2				
14		2				
15		2				
16	1		Comunidad Cristiana	1		
17		2				
18		2				
19		2				
20		2				
21		2				
22		2				
23		2				
24		2				
25		2				
26		2				
27		2				
Total	10	17		4		6

Nº Personas	21							22						
	Comunidad o grupo social							Evaluación entre usted y el equipo de salud						
	21.3													
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1														7
2												5		
3											4			
4							7					5		
5							7							7
6														7
7														7
8													6	
9														7
10														7
11							7							7
12														7
13														7
14												5		
15													6	
16							7							7
17														7
18														7
19													6	
20													6	
21														7
22													6	
23													6	
24												5		
25													6	
26												5		
27													6	
Total							4				1	5	8	13

## Anexo Nº 4

### Entrevista a profesionales

#### Anexo 4A Entrevista a Janira Ruz Balcázar, Psicóloga

Departamento de RRHH Comudéf La Florida.

Refiérase a la motivación personal

“La motivación personal es un factor importante que debe tener todo ser humano para poder llevar a cabo cualquier objetivo o meta, para esto resulta fundamental poseer una adecuada autoestima que ayude a mantener una motivación a la acción, para garantizar así buenos resultados en los actos que cada individuo se proponga, tanto a nivel personal como interpersonal, lo que sin duda influirá positivamente en el logro de las metas propuestas.

Además, de poseer una adecuada autoestima, resulta importante mantener una buena disposición, la que incita aun más en los niveles motivacionales para poder realizar de forma clara los objetivos que deseamos cumplir”.

¿Porqué podrá existir un alto % de inasistencia a la consulta nutricional, si el paciente está consciente que se le diagnosticó una patología?

“Esto puede ocurrir, por una falta de conocimiento preciso acerca de los factores de riesgo asociados a la patología presente en el paciente. Por lo que resulta importante realizar una adecuada psicoeducación sobre estos factores.

Por otro lado, esto se puede suscitar debido a que los paciente generalmente priorizan otras cosas en su vida, como por ejemplo el trabajo, o simplemente no tiene conciencia de los riesgos que inciden en su salud y calidad de vida, viéndose reflejado en la baja asistencia y/o en la

asistencia inoportuna a los centros de salud para llevar un tratamiento dietético (en el caso de la nutrición) y/o farmacológico”.

“Esto es muy similar a lo que ocurre con la atención psicológica o psiquiátrica en donde los pacientes creen que cuentan con la capacidad de poder manejar sus problemas desde ellos mismos, o porque tiene la falsa creencia que no necesitan de un tercero para resolver su problemática. Es aquí donde se ve muchas veces que los pacientes se automedican o siguen consejos de familiares cercanos o amigos para hacer frente a su patología.

Todo depende de la predisposición, el grado de motivación que tenga el paciente al tratamiento y de la magnitud e importancia que éste le de a su salud”.

¿Qué factores podrían estar ligados a este problema?

“Como se mencionó anteriormente puede estar asociado a la falta de información brindada al usuario en relación a una adecuada psicoeducación, donde se exponen de manera clara, con un lenguaje accesible y entendible por el paciente aspectos sobre su patología

La falta de interés y la preocupación por su salud se ven descuidados de tal forma que se entrega prioridad a otros aspectos de la vida como familia, trabajo, entre otros dejando de lado esta situación. También, muchos pacientes al ser diagnosticados con diversas patologías asumen por su cuenta un autotratamiento, o en algunos casos no hacen frente a su realidad y no asumen la patología, lo que da como resultado el abandono del tratamiento.

Entrevista presencial, 08-10-2012.



## Anexo 4B

Entrevista a Patricia Ortiz, Nutricionista  
CESFAM San José de Chuchunco, Estación Central

Con respecto a los pacientes dislipidémicos puros ¿Cómo es el comportamiento asistencial a los controles nutricionales?

“En pacientes mayores de 70 años la asistencia a los controles es mayor debido a que su asistencia se condiciona a la entrega de los productos del PACAM. No sé cómo se realiza en otros sectores, pero en el mío a los pacientes menores de 70 años se les entrega orden de examen al ingreso con perfil lipídico para evaluar en 4 meses más, razón por la cual vienen. Mi apreciación en general es que el paciente viene a los controles, por lo menos en mi sector”.

Al ingresar el paciente dislipidémico, ¿Se realiza educación de patología y entrega de pauta alimentaria?

“Si, se le explica un poco de la patología y se le entrega un régimen”.

¿Cuáles son los pasos a seguir en el sector que tu trabajas, en el ingreso de un paciente al PSCV?

“Se deriva a médico dependiendo del nivel de lípidos que tenga, si el colesterol total se encuentra menor a 240 mg/dl sólo lo veo yo. Si se encuentra mayor a 240 mg/dl se realiza el ingreso a médico y nutrición. El tratamiento farmacológico depende exclusivamente del médico, lo que determinará la frecuencia de los controles”.

Entrevista presencial, 05-10-2012

Anexo Nº 5

**Entrevistas a pacientes en estudio, Cecosf de Villa Francia, Estación Central.**

Anexo 5A Entrevista SRA. MARIA VALLEJOS

RUT 5.263.967-0

1) ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron su enfermedad?

La última vez que vine a médico, yo pienso que hace un año y medio más menos, aproximadamente en el 2010.

2) Con sus propias palabras, ¿Podría explicarnos en qué consiste su enfermedad?

Que mi cuerpo acumula grasa, mi cuerpo produce el colesterol y se acumula en la sangre.

3) ¿Qué le parece el problema que usted tiene? (Aquí , dejar fluir)

Yo pienso de que para que no me avance más, yo misma tengo que cuidarme, no comer carnes gruesas, rojas, tratando de comer más verduras, frutas, pescado. Yo creo que puedo controlar la enfermedad porque desde el momento que a mí me dijeron que las calugas y esas cosas con las que uno arreglas las comidas hace mal, yo las deje inmediatamente y me he sentido bien no me ha avanzado.

## CUERPO DE LA ENTREVISTA

1) ¿Qué piensa de su pauta nutricional? ¿La entiende? ¿Le gusta? ¿La sigue?

Me gusta, la entendí pero la tengo que repasar de nuevo. Me gusta y me siento motivada a seguirla, la voy a hacer todos los días.

2) Usted no suele asistir a la consulta nutricional, ¿Podría contarnos cuáles son sus razones?

Una fue porque viaje al sur porque falleció un familiar mío entonces me quede un tiempo allá y se me paso la hora en la que tenía que venir. Estuve como 2 meses, pero lo demás fue dejación mía porque me sentía bien.

3) El no asistir a la consulta nutricional, ¿Le afecta de alguna manera?

Sí porque estaba sin saber si estaba bien, si había subido de peso, si estaba dentro de lo que tenía que estar.

4) ¿Hay algo que usted cambiaría cuando hay que ir a la consulta nutricional?

No cambiaría nada, porque el tiempo me da tiempo para organizarme. No tengo ningún aporte que hacer.

Entrevista presencial, 22 - 11-2012.

Anexo 5B

Entrevista SRA: MYRIAM VENEGAS

RUT: 5.861.646-k

INICIO

1) ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron su enfermedad?

Hace como 2 años.

2) Con sus propias palabras, ¿podría explicarnos en qué consiste su enfermedad?

No tengo idea, yo creo que puede ser algo con el colesterol alto en la sangre.

3) ¿Qué le parece el problema que usted tiene? (Aquí, dejar fluir)

No lo he tomado muy en serio porque no se las consecuencias que trae.

## CUERPO DE LA ENTREVISTA

1) ¿Qué piensa de su pauta nutricional? ¿La entiende? ¿Le gusta? ¿La sigue?

Si la entendí pero la encontré muy estricta, y que los alimentos son muy costoso. Actualmente no sigo la pauta.

2) Usted no suele asistir a la consulta nutricional, ¿Podría contarnos cuáles son sus razones?

Porque cuando fui a buscar los medicamentos dos veces seguidos no habían, entonces me aburrí y me dije no voy más.

3) El no asistir a la consulta nutricional, ¿Le afecta de alguna manera?

No porque yo seguí tomando las pastillas igual en forma particular. Pero puede afectar el no saber cómo alimentarme.

4) ¿Hay algo que usted cambiaría cuando hay que ir a la consulta nutricional?

El pedir la hora porque por ejemplo ahora fui como me vinieron a visitar y ya no hay horas. Y me dieron que tenía que ir los primeros días de diciembre.

Entrevista presencial, 23- 11-2012.

## Anexo 5C

Entrevista SR. GERARDO QUIROZ

RUT: 4.660.092-4

### INICIO

1) ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron su enfermedad?

Hará unos 3 o 4 años. Fue en el consultorio de Chuchunco donde me diagnosticaron con el EMPAM, me mandaron a hacer exámenes, me pincharon los dedos.

2) Con sus propias palabras, ¿Podría explicarnos en qué consiste su enfermedad?

Consiste en que se comienzan a bloquear las venitas con el colesterol y uno está propenso a un accidente vascular, a un derrame, son varias enfermedades que causa esa enfermedad.

3) ¿Qué le parece el problema que usted tiene? (Aquí, dejar fluir)

Mal. Para mí no es bueno. Porque desde el momento que estoy propenso a todas esas enfermedades eso significa que voy a dejar mi prole sola. Me preocupa.

## CUERPO DE LA ENTREVISTA

1) ¿Qué piensa de su pauta nutricional? ¿La entiende? ¿Le gusta? ¿La sigue?

La entiendo completamente, incluso estoy tomando la leche del consultorio que compramos en la feria porque las venden, así que estoy tomando con quaker molido en la juguera porque entero no me gusta. Eso tomo de desayuno y duro hasta las 13:00. Lo reemplacé por el pan. La pauta me gusta, no la encuentro extrema. Yo soy bien dócil, la patrona me hace la dieta y yo no pongo problema, no digo que esto no me gusta. Me encuentro motivado.

2) Usted no suele asistir a la consulta nutricional, ¿Podría contarnos cuáles son sus razones?

Porque tramitan mucho y ponen mucho problema que venga a pedir tal fecha, uno llega al consultorio y parece que lo primero que les enseñan es decir esperece un rato, un momentito. Muchas veces andan dándose vuelta por ahy y a uno no lo atienden, eso no me lo pueden decir que no porque cuando yo iba al consultorio lo veía. Yo veía que las personas andaban dando vuelta para acá, conversando allá, entonces por eso no fui más. A mí me chorean cuando a uno lo empiezan a tramitar, no me gusta.

3) El no asistir a la consulta nutricional, ¿Le afecta de alguna manera?

Sí, porque yo no voy a saber si he avanzado o retrocedido con la enfermedad. Yo espero bajar al máximo el colesterol, la diabetes no sé si tenga, disminuir el peso. Me van a tener que ayudar a comprar ropa si porque estoy bajando mucho de peso (risas).

4) ¿Hay algo que usted cambiaría cuando hay que ir a la consulta nutricional?

A usted no porque usted me ha atendido bien, no me ha hecho esperar, porque eso es lo que más me carga, tanta espera donde uno sentado hay ve que pasan para allá, que pasan para acá, eso molesta y no creo que sólo a mi si no que a todas las personas. Muchas veces tiene el tiempo para hacerlo pero se dedican más a tomar el café o conversar con la compañera y ellos que creen que pasan piola pero no pasan na piola. Ahora me encuentro más motivado con la atención que he recibido.

Entrevista presencial, 23 - 11-2012.



Anexo 5D

Entrevista Sr. MARCIAL ALVAREZ

RUT 6.170.662-3

INICIO

1) ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron su enfermedad?

Hace como 13 años más o menos, cuando yo tenía 50 años, porque en esa fecha a mi me dio un infarto y ay me la descubrieron, pero no le tome mayor importancia, porque yo me sentía bien y seguí con mi trabajo normal, hasta hace poco que me dio un accidente vascular y hora le tome un poco mas de importancia.

2) Con sus propias palabras, ¿podría explicarnos en qué consiste su enfermedad?

Por lo que se yo, dicen que tapa las venas, produce ese efecto que va cerrando las venas y no deja circular la sangre, por lo que yo sé, y puede producir parálisis y el accidente vascular que me dio a mí.

3) ¿Qué le parece el problema que usted tiene? (Aquí , dejar fluir)

Ahora sipo, afecta porque no puedo hacer mi vida normal, tengo que andar tomando remedios, cuidarme de lo que como, tengo que andar siguiendo una dieta que me dijeron en el hospital por eso a veces tengo que privarme cuando voy a alguna fiesta o algo así, ay es , más problema.

## CUERPO DE LA ENTREVISTA

1) ¿Qué piensa de su pauta nutricional? ¿La entiende? ¿le gusta? ¿la sigue?

Si la entiendo toda, no le puedo cambiar nada. mi señora es la que me ayuda a seguir la dieta, me hace la comida o las cosas que tengo que comer ella se preocupa, si lo único que a mí no me gusta es que no puedo comer cosas más ricas que a uno le gusta, tengo que comer sin sal, cosas sin grasas y no tanto alcohol. Pero ya me acostumbre po, si ahora con lo que me paso tengo que cuidarme y seguir todas las cosas que me dice la nutricionista porque es por mí bien, no porque me guste.

2) Usted no suele asistir a la consulta nutricional, ¿podría contarnos cuáles son sus razones?

Mire la hora que tenía hace hartos meses atrás, no fui porque estaba trabajando, y se me olvido y no le tomaba mucha importancia.

Ahora me cuesta más porque tengo un problema en la cadera y me cuesta un poco trasladarme, ahora si voy a tratar de ir a pedir una hora para que me atiendan acá en el consultorio, y hace años cuando me descubrieron la enfermedad, no iba por que yo me sentía bien, igual no seguía al pie de la letra la dieta que me dio el doctor en el hospital cuando me dio el infarto, pero trataba de cuidarme me limitaba a ciertas cosas, pero igual no iba a los controles, pero ahora me cuidare por que puede traer más consecuencias.

3) El no asistir a la consulta nutricional, ¿le afecta de alguna manera?

Claro que debe afectar, porque uno no lo controlan, y entonces eso debe influir en que uno se siente bien, pero en el fondo no esta tan bien.

4) ¿Hay algo que usted cambiaría cuando hay que ir a la consulta nutricional?

No, acá en realidad no cambiaría nada, porque en este consultorio son todas las personas buenas, son simpáticos todos y nos atienden a todos por igual, el consultorio es como familiar donde es chiquitito que todos se conocen y a uno igual le acomodan los horarios más o menos a lo que uno puede, a veces hay que llegar temprano pero uno tiene que poner de nuestra parte porque yo sé que son muchas personas no soy solo yo.

Ahora yo voy a poner todo de mi parte y no voy a faltar a los controles si es por mi bien. Ahora lo único malo que le encuentro que a veces cambian muy seguido los médicos.

Si yo considero que tengo buena relación con el equipo, si yo fui despreocupado en no asistir a los controles.

El otro inconveniente es que se parece que se reparten los médicos acá y en el Chuchunco, entonces una vez había muchas personas esperando que nos atendieran y se cumplió el horario del doctor y se tuvo que ir al chuchunco y así quedamos varios sin atenderlos.

Entrevista presencial, 21 - 11-2012.

Anexo 5E

Entrevista SRA: ANA URRUTIA

RUT: 8.826.867-9

INICIO

1) ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron su enfermedad?

Hace como 5 meses atrás aproximadamente

2) Con sus propias palabras, ¿podría explicarnos en qué consiste su enfermedad?

Es que no me recuerdo muy bien, pero sé que tiene que ver con el colesterol, con el peso y que me puede dar algo vascular.

También me prohibieron fumar, tomar bebida, pero igual sigo fumando como 15 cigarrillos al día

3) ¿Qué le parece el problema que usted tiene? (Aquí, dejar fluir)

Me la he tomado a la ligera porque en realidad como no sé bien de que se trata, pero lo que si me he sentido mareada un par de veces pero no se si puede deberse a eso, pero como no me siento mal por eso tampoco no le doy importancia porque estoy más preocupada de mi hermana en estos momentos.

## CUERPO DE LA ENTREVISTA

1) ¿Qué piensa de su pauta nutricional? ¿La entiende? ¿le gusta? ¿la sigue?

Hay veces que me pongo en campaña y la sigo como por una semana, pero después me pongo a golosear, pero igual encuentro que a veces me sale un poco carita, porque yo no trabajo y solo recibo una pensión de viudez de \$60.000 pesos.

Porque la leche descremada y el pan integral son más caras que las otras cosas normales, pero yo la entiendo la pauta entera

2) Usted no suele asistir a la consulta nutricional, ¿podría contarnos cuáles son sus razones?

Lo que pasa es que en mayo a mi hermana le diagnosticaron cáncer gástrico y hemos estado todos mal, mi mama pasa llorando y en verdad hemos estado todos de capa caída, y la acompañamos al hospital por que ella está hospitalizada, entonces me he preocupado mas de eso que de lo que yo tengo, porque estoy afectada por eso, porque por otras razones yo no tengo problema en asistir no trabajo, no tengo guaguas, si fue solo lo de mi hermana que es más grave.

3) El no asistir a la consulta nutricional, ¿le afecta de alguna manera?

Claro que me afecta por qué no me estoy controlando, no estoy haciendo lo que me dicen, y en cualquier momento me puede dar un patatús, a lo mejor por los mareos que estoy sintiendo, y a los accidentes vasculares que yo le tengo más miedo.

4) ¿Hay algo que usted cambiaría cuando hay que ir a la consulta nutricional?

No si yo no tengo problema, si es solo lo de mi hermana, los horarios son buenos, el centro es ordenado, las personas que me han atendido son buenas.

A lo mejor me gustaría que hicieran así como actividades donde a uno le enseñaran de que se trata la enfermedad y que cosas a uno le puede provocar a uno así uno aprendería mas sobre la enfermedad que tiene , y para cuidarse por la salud de uno más que nada.

Entrevista presencial, 21 - 11-2012.