



POSGRADO MÉDICO ESPECIALISTA EN NUTRICIÓN

FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ

Facultad de Medicina

Especialización en Nutrición

Director Dr. Gustavo Fretchel

Cohorte 2021 - 2023

***Obstáculos y dificultades para el descenso de peso percibidas por personas
con obesidad y diabetes tipo 2***

AUTOR:

Waijer María Celeste

Tutora: Anahí Sy

Buenos Aires, 22 de Marzo de 2025.

RESUMEN

Introducción: La obesidad es una enfermedad crónica, multifactorial que incluye factores genéticos, biológicos y socioeconómicos. Además, es el principal factor de riesgo para el desarrollo de la diabetes tipo 2. Ambas han experimentado un aumento en su prevalencia, lo que ha llevado a un mayor número de fallecimientos y un aumento en los costos de atención.

Objetivos: Identificar, analizar y describir los obstáculos percibidos sobre las propuestas de tratamiento implementadas en personas con obesidad y diabetes tipo 2.

Material y métodos: Investigación cualitativa, con entrevistas estructuradas y semiestructuradas a pacientes entre 18 y 80 años, con obesidad y diagnóstico de diabetes tipo 2 de más de cinco años de evolución, atendidos en un consultorio particular de la Ciudad de Buenos Aires.

Resultados: El promedio de edad fue de 58 años, predominando el sexo masculino con un 62%, con un índice de masa corporal (IMC) promedio de 35,5. Más del 50% no tiene conocimientos sobre la diabetes y la obesidad. Solo un tercio interpreta el tratamiento como medicación únicamente, pero el 100% refiere el cumplimiento de la toma de medicación. El 90% menciona dificultades principalmente relacionadas con la realización de dietas restrictivas. Casi el 50% presenta alteraciones del sueño y no considera útil el acompañamiento psicológico.

Discusión: Los conocimientos sobre ambas enfermedades son escasos y provienen principalmente de los medios de comunicación y las redes sociales. Si bien la mayoría interpreta el tratamiento como una combinación de diferentes áreas, todos mencionan el cumplimiento del mismo debido a la toma de medicación. Se observan asociaciones repetitivas entre el tratamiento alimentario y la dieta restrictiva, lo que

evidencia una falta de educación nutricional. En cuanto al ejercicio, tienen conocimiento sobre su importancia y su impacto en la salud, sin embargo, principalmente debido a limitaciones motrices, no siguen las indicaciones médicas.

Conclusiones: La asociación entre la dieta restrictiva con alimentos prohibidos, que consideran difícil de cumplir, y las dificultades motrices para realizar actividad física son los principales obstáculos para el descenso de peso. Esto está asociado a la falta de conocimiento general sobre estas enfermedades y al desconocimiento de los hábitos alimentarios recomendados. Clínicamente, se debe considerar al paciente en su totalidad, a nivel físico, psicológico y ambiental, para poder ofrecer un tratamiento personalizado que se acerque al éxito terapéutico.

PALABRAS CLAVE: Diabetes tipo 2; Obesidad; Descenso de peso; Investigación Cualitativa; Nutrición; Salud Pública.

SUMMARY

Introduction: Obesity is a chronic, multifactorial disease that encompasses genetic, biological, and socioeconomic factors. It is also the primary risk factor for the development of type 2 diabetes. Both conditions have seen a rise in prevalence, resulting in increased mortality rates and healthcare costs.

Objectives: This study aimed to identify, analyze, and describe the perceived obstacles to treatment interventions in individuals with obesity and type 2 diabetes.

Material and methods: A qualitative research approach was employed, utilizing structured and semi-structured interviews with patients aged between 18 and 80 years, who had obesity and had been diagnosed with type 2 diabetes for over five years. The study was conducted at a private clinic in Buenos Aires.

Results: The average age of the participants was 58 years, with a majority of 62%

being males. The average body mass index (BMI) was 35.5. More than 50% of the participants had limited knowledge about diabetes and obesity. Only one-third regarded treatment as solely medication, but all participants reported compliance with medication intake. The study found that 90% of participants faced difficulties primarily related to adhering to restrictive diets. Nearly 50% experienced sleep disturbances and did not find psychological support beneficial.

Discussion: The study revealed that knowledge about both diseases was generally scarce, with information primarily sourced from media outlets and social media. While most participants recognized the multidimensional nature of treatment, compliance was primarily linked to medication intake. The findings highlighted a repeated association between dietary treatment and restrictive eating, indicating a lack of nutritional education. Participants acknowledged the importance of exercise and its impact on health; however, limitations in physical mobility hindered their ability to follow medical recommendations.

Conclusions: The main obstacles to weight loss identified in this study were the perceived difficulty of adhering to restrictive diets, including prohibited foods, and physical limitations hindering participation in physical activities. These challenges were associated with a lack of general knowledge about these diseases and unfamiliarity with recommended dietary habits. The study emphasizes the importance of considering patients holistically, addressing their physical, psychological, and environmental needs, in order to provide personalized treatment that aligns with therapeutic success.

KEY WORDS: Type 2 diabetes; Obesity; Weight loss; Qualitative research; Nutrition; Public health.

LISTADO DE FIGURAS, CUADROS Y TABLAS

Tabla 1	Características basales de las personas entrevistadas
---------	---

LISTADO DE ABREVIATURAS

OMS	Organización Mundial de la Salud
IMC	Índice de masa corporal
ENNYS	Encuesta Nacional de Nutrición y Salud
DM	Diabetes mellitus
DM2	Diabetes tipo 2
PAMI	Programa de Atención Médica Integral
iDPP4	Inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4
aGLP1	Agonistas del péptido similar al glucagón 1
iSLGT2	Inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	8
ANTECEDENTES.....	11
IDENTIFICACIÓN, DELIMITACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
FUNDAMENTO Y MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL.....	15
OBJETIVOS.....	16
Objetivo general	
Objetivos específicos	
METODOLOGÍA.....	16
Tipo de estudio.....	17
Población.....	17
Diseño y procedimiento	17
Descripción del ámbito de estudio.....	18
Dimensiones de análisis.....	19
Selección de técnica e instrumento de recolección de datos.....	23
Método de análisis de los resultados.....	24
Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación.....	25
RESULTADOS.....	26
DISCUSIÓN.....	34
CONCLUSIÓN.....	41
CONCLUSIÓN INDIVIDUAL.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	

Anexo I: Modelo de entrevista.....	47
Anexo II: Matriz de datos.....	49
Anexo III: Consentimiento informado.....	51
Anexo IV: Dictamen del comité de ética.....	56

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica, progresiva, recurrente y multifactorial¹. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, y se considera una pandemia desde 1998². Además, la obesidad se clasifica como un factor de riesgo para otras enfermedades no transmisibles, como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y el cáncer, entre otras. Esta enfermedad crónica tiene una amplia variedad de impulsores y determinantes, que incluyen factores genéticos, biológicos, socioculturales, económicos y ambientales³.

El índice de masa corporal (IMC) es el método más comúnmente utilizado para medir e identificar la obesidad. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la altura en metros cuadrados. Según la OMS, se considera obesidad en adultos a un IMC igual o superior a 30 kg/m². Los IMC más altos se clasifican como obesidad severa, incluyendo la obesidad grado II (≥ 35 kg/m²) y obesidad grado III (≥ 40 kg/m²).

La obesidad afecta a todos los países y se prevé que el número de adultos afectados siga aumentando en la próxima década, convirtiéndola en un problema de salud pública a nivel mundial. Según estimaciones del 2020, aproximadamente el 15% de la población mundial, es decir, alrededor de 764 millones de personas, vivían con obesidad³. Se proyecta que para el 2030, 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 7 hombres a nivel global vivirán con obesidad, lo que equivale a más de mil millones de personas³. En Argentina, se estima que para el 2030, 6 millones de mujeres (36%) y 6 millones de hombres (35%) serán adultos con obesidad³.

En Argentina, la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud realizada en 2019 (ENNYS, 2019) reveló que la prevalencia de obesidad en la población adulta era del

33,9%, con diferencias significativas según el nivel de ingresos, evidenciándose en los grupos sociales de menores ingresos índices mayores de exceso de peso (21 % más que en grupos sociales de mayor ingreso)⁴. Varios estudios han demostrado que la práctica regular de ejercicio físico, seguir una dieta equilibrada similar al patrón mediterráneo, evitar el consumo excesivo de grasas y aumentar la ingesta de grasas saludables como los ácidos grasos poliinsaturados y monoinsaturados, así como reducir el consumo de sal, pueden ayudar a prevenir la lipotoxicidad, mejorar la resistencia a la insulina y los niveles de adipocinas en personas con obesidad.

La diabetes mellitus (DM) ha emergido como un importante problema de salud pública a nivel mundial en los últimos años⁵. Actualmente, se estima que alrededor de 463 millones de adultos de entre 20 y 79 años viven con diabetes, lo que representa aproximadamente el 9,3% de la población mundial en ese grupo de edad⁶. Se proyecta que esta cifra aumente a 578 millones (10,2%) para el año 2030 y a 700 millones (10,9%) para el año 2045⁶.

Esta creciente prevalencia de la diabetes puede atribuirse a diversos factores, como la mejora en las tasas de supervivencia, los cambios demográficos, el aumento en la detección de casos, los cambios en los criterios de diagnóstico y diversos factores ambientales y de comportamiento que aumentan el riesgo de desarrollar la enfermedad^{7,8}. En Latinoamérica, se informa una prevalencia de diabetes entre el 8% y el 13% en adultos de 20 a 79 años⁹. En Argentina, según la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo publicada en 2018, se encontró que la prevalencia de diabetes ya sea por auto reporte o por niveles elevados de glucemia capilar en personas mayores de 18 años, fue del 12,7%¹⁰.

La obesidad es el principal factor de riesgo para el desarrollo de la diabetes tipo 2 (DM2). Ambas condiciones han experimentado un aumento constante en su

prevalencia, lo que ha llevado a un mayor número de fallecimientos entre los pacientes y un aumento en los costos de atención médica. La pérdida de peso del 5% o más del peso corporal total ha demostrado mejorar el control glucémico, reducir la necesidad de medicamentos para la diabetes y aumentar la calidad de vida. El tratamiento integral de la obesidad y la diabetes requiere un enfoque médico que incluya cambios intensivos en el estilo de vida, como modificaciones en el comportamiento, la nutrición y la actividad física, además del uso de medicamentos y, en algunos casos, intervenciones quirúrgicas.

Los mecanismos que relacionan la obesidad y la DM2 son complejos y aún están siendo investigados. Se cree que ambos trastornos comparten y combinan algunos mecanismos fisiopatológicos que afectan la acción y producción de insulina. La disfunción del tejido adiposo se ha observado como uno de estos mecanismos, con la liberación de hormonas y citocinas proinflamatorias, así como un aumento de ácidos grasos circulantes y glicerol, lo cual afecta la señalización de la insulina y aumenta la resistencia a la misma^{11,12}. Además, los niveles crónicamente elevados de lípidos pueden provocar el deterioro de las células beta en los islotes pancreáticos y una disminución en la producción de insulina¹².

El aumento global de la obesidad y la DM2 puede atribuirse a diversos factores, como el crecimiento urbano, cambios en los estilos de vida, sedentarismo, envejecimiento de la población, trastornos del sueño, desigualdades sociales y la promoción y consumo de alimentos poco saludables impulsados por agresivas estrategias de marketing.

En cuanto al tratamiento de la DM2, ha habido diferentes enfoques a lo largo del tiempo, desde aquellos centrados en el control de la glucemia hasta los enfocados

en el manejo del riesgo cardiovascular. Actualmente, se reconoce que el manejo del peso corporal debe ser uno de los principales objetivos en el tratamiento de las personas con DM2, ya que aborda directamente la fisiopatología de la enfermedad y puede ayudar a revertir o retrasar su progresión, al mismo tiempo que proporciona otros beneficios para la salud de la persona¹³.

En resumen, el tratamiento de la obesidad desempeña un papel fundamental en el manejo de la DM2. Abordar ambos trastornos de manera integral, con énfasis en la modificación del estilo de vida y, cuando sea necesario, el uso de medicamentos o intervenciones quirúrgicas, puede ser clave para controlar la diabetes y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

ANTECEDENTES

Tanto la obesidad como la diabetes han sido objeto de estudio en los últimos años debido a su prevalencia y su estrecha relación. Sin embargo, en nuestro medio, se han abordado principalmente desde enfoques cuantitativos de investigación, que no capturan las dimensiones personales, culturales, sociales y simbólicas que subyacen en la etiología de la obesidad en personas con diabetes y sus complicaciones.

Un estudio cualitativo publicado por la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral en octubre de 2018 analizó el discurso de personas obesas a través de grupos de discusión para explorar las diferencias de género en la percepción de la obesidad, sus causas, abordaje y repercusiones para la salud. El estudio reveló que el nivel socioeconómico y la accesibilidad a una alimentación saludable influyen tanto en el aumento del riesgo de obesidad como en el éxito de la pérdida de peso. Además, se encontró que el apoyo de familiares y amigos desempeña un papel

crucial en los esfuerzos por perder peso. Las mujeres mostraron una mayor preocupación estética y una mayor presión social para perder peso, así como una mayor susceptibilidad a comer emocionalmente en comparación con los hombres¹⁴.

En un estudio realizado en el año 2000 en tres áreas urbanas de México, se exploraron las percepciones de los pacientes diabéticos adultos sobre el concepto de "dieta". Se observó que este concepto tenía una connotación restrictiva y aislante para los pacientes, y que sus seres cercanos no mostraron solidaridad con ellos, lo que intensificaba el estigma asociado a la dieta. Por otro lado, el concepto de "buena dieta" se asociaba más con la carencia económica que con aspectos nutricionales¹⁵.

Otro estudio abordó las barreras y facilitadores para una alimentación saludable y la actividad física en mujeres embarazadas con sobrepeso y obesidad. Se identificaron aspectos culturales y económicos como los principales obstáculos para seguir una dieta saludable durante el embarazo, como la disponibilidad de ciertos grupos de alimentos y la influencia de los gustos alimenticios de otros miembros de la familia¹⁶.

En otro estudio publicado en 2013 por la Universidad Autónoma de San Luis México, se describieron las principales causas del incumplimiento del tratamiento y la dieta en pacientes con diabetes, como el olvido y la insistencia en consumir alimentos restringidos¹⁷.

Existe una clara necesidad de adquirir nuevos conocimientos sobre los factores que influyen en el cumplimiento de las metas terapéuticas en personas con diabetes y obesidad. A nivel mundial, se observa un alarmante incumplimiento de los tratamientos prescritos para controlar enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes. En los países desarrollados, solo la mitad de los pacientes

cumplen con los tratamientos recomendados, y el problema es aún mayor en países menos desarrollados. El incumplimiento de los tratamientos no solo impide a los pacientes obtener todos los beneficios esperados, sino que también genera complicaciones clínicas y psicosociales que afectan su calidad de vida^{17,18}.

Hasta la fecha, se han publicado escasos trabajos cualitativos en revistas científicas que abordan los factores que influyen en la pérdida de peso en personas con diabetes y obesidad en nuestra población. Aunque se encuentran metaanálisis, revisiones narrativas y trabajos monográficos mixtos en metabuscadores, estos estudios incluyen una mirada cualitativa sólo de manera parcial, lo que señala la necesidad de realizar un estudio que se enfoque exclusivamente en el aspecto cualitativo como punto de partida^{19,20}.

IDENTIFICACIÓN, DELIMITACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El enfoque predominante en el estudio de las enfermedades en nuestro medio ha sido principalmente biomédico, donde se considera que las enfermedades pueden ser aisladas y tratadas de manera efectiva. Este enfoque ha sido exitoso en la caracterización cuantitativa de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes y la obesidad, a través de medidas de salud pública. Sin embargo, a pesar de los avances en el conocimiento biomédico, existe una preocupante falta de cumplimiento de los tratamientos, lo que conduce a un aumento de las complicaciones y los costos de atención médica.

Dentro del ámbito médico, el tratamiento de estas enfermedades se basa en medidas dietéticas, actividad física, tratamiento farmacológico y educación nutricional. Sin embargo, existe una falta de personalización y adaptación de los

tratamientos, ya que no se tienen en cuenta los gustos y hábitos individuales del paciente, y se carece de un enfoque multidisciplinario. Estos factores pueden ser relevantes para realizar cambios efectivos en la prevención y el tratamiento de estas enfermedades.

Por lo tanto, es necesario replantear el paradigma actual y buscar nuevas formas de comprender la relación entre salud y enfermedad. Esto implica adoptar enfoques interdisciplinarios y utilizar métodos de investigación cualitativos para obtener información que permita a los pacientes asumir el control de su cuerpo y su salud, y ayudar al personal de salud a comprender mejor los aspectos biopsicosociales de los individuos, evitando estereotipos perjudiciales que afecten su autoestima y tengan un impacto negativo en el cumplimiento del tratamiento, especialmente en el descenso de peso y la adherencia al plan alimentario.

El objetivo de esta investigación es recopilar información que proporcione herramientas tanto a los pacientes como al personal de salud para mejorar la comprensión de los aspectos biopsicosociales de las personas, a fin de evitar estereotipos dañinos y promover un mayor cumplimiento del tratamiento. Asimismo, se busca identificar problemáticas no abordadas en estudios cuantitativos previos que puedan afectar el cumplimiento del tratamiento en pacientes con diabetes y obesidad, con el fin de reducir las tasas de obesidad y diabetes en la población argentina.

No se planteó una hipótesis de trabajo dado que es un abordaje de investigación cualitativa y en ningún caso se orienta hacia la formulación de hipótesis para su contrastación empírica, porque se parte de un paradigma hermenéutico/interpretativo, diferente al de las ciencias naturales.

FUNDAMENTO Y MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL.

Aunque existen numerosas investigaciones cuantitativas en el campo de la diabetes y la obesidad, todavía hay un importante vacío en el reconocimiento de las características cualitativas de las comunidades y las personas que sufren estas enfermedades. La mayoría de los estudios se han enfocado en enfoques cuantitativos, dejando de lado o pasando por alto las características que solo pueden ser evidenciadas desde una perspectiva cualitativa. Según Conde y Pérez-Andrés (2005) “En la metodología cualitativa el elemento de estudio no son los hechos sino los discursos, y su herramienta no es la cuantificación sino el análisis y la interpretación del lenguaje”²¹.

Las técnicas cualitativas de investigación nos permiten comprender procesos desde una perspectiva psicosocial, partiendo de las experiencias individuales. Además, nos brindan la oportunidad de profundizar en la información obtenida y de identificar procesos y situaciones susceptibles de ser estudiados con mayor profundidad en un futuro²².

En este tipo de metodología, el objetivo es analizar e interpretar situaciones a través de entrevistas individuales o grupales, tanto con pacientes como con profesionales de la salud. Lo interesante de este enfoque es que no se busca cuantificar los resultados de los tratamientos en términos de valores numéricos preestablecidos, sino que se busca comprender la concepción cultural de la medicina y el simbolismo asociado. La investigación cualitativa trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables.

Por lo tanto, al comprender la perspectiva y el simbolismo que los pacientes atribuyen al proceso de la enfermedad de la obesidad y la diabetes, incluyendo todo su marco terapéutico, este estudio puede servir como una herramienta para proponer medidas dirigidas al éxito terapéutico con una mayor aceptación a nivel de la población²³.

A través de estas investigaciones, es posible explorar la experiencia de las personas que viven con una condición socialmente estigmatizada, como la obesidad y la diabetes. En este contexto, la investigación cualitativa tiene como objetivo mejorar la comprensión de la dinámica subjetiva de estas enfermedades, con el fin de diseñar alternativas que promuevan un tratamiento óptimo y una mejor calidad de vida para la población afectada.

OBJETIVOS

Objetivo general.

Identificar, analizar y describir los obstáculos percibidos sobre las propuestas de tratamiento instauradas en personas con obesidad y diabetes tipo 2.

Objetivos específicos

Delimitar las propuestas terapéuticas y dietéticas, herramientas que están fallando, según la percepción de las personas, a la hora de lograr el descenso de peso.

Describir aspectos del tratamiento o personales, que sean percibidos como límites para el descenso de peso o dificultades a la hora de su cumplimiento, relacionados tanto al ámbito médico como al ámbito psicosocial.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

La investigación desarrollada es de tipo cualitativa. Se realizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad, donde se proponen preguntas previamente formuladas en combinación con temas abiertos donde el informante aborda libremente el tema.

Población

La población se formó por adultos que se atendieron en un consultorio particular de la Ciudad de Buenos Aires (Universo).

La muestra se seleccionó de modo intencional, favoreciendo la diversidad de género y las trayectorias de la enfermedad.

El trabajo de campo se desarrolló durante un periodo de cuatro meses durante el cual se realizaron las entrevistas.

Criterios de inclusión:

- Adultos que se identifiquen varones, mujeres o no binario,
- de 18 a 80 años inclusive.
- Con diagnóstico de diabetes de tipo 2 con un mínimo de 5 años de evolución desde su diagnóstico, y obesidad (IMC mayor a 30 Kg/m²).
- Tratados en consultorios particulares de la Ciudad de Buenos Aires.

Criterios de exclusión:

- Personas que no firmaron el consentimiento informado
- Personas con trastornos neurocognitivos
- Mujeres embarazadas.

Diseño y procedimiento

Se desarrollaron entrevistas semiestructuradas. Se indagó sobre las experiencias y vivencias en torno a las dificultades para dar continuidad al tratamiento médico recomendado incluyendo una alimentación acorde a lo prescrito médicamente. (ANEXO I)

Descripción del ámbito de estudio

La investigación se llevó a cabo en consultorios particulares de la Ciudad de Buenos Aires. Cada uno de los/as investigadores/as contacto entre sus pacientes a personas que cumplieran con los criterios de inclusión.

Cada uno/a de tales pacientes fue invitado/a a participar. Una vez que el paciente aceptó participar del estudio, el investigador (que no tenía vínculo médico con el paciente) lo contactó para acordar la entrevista, concertar día, modalidad y horario (mediando previamente el envío del formulario de consentimiento informado para su firma). Se buscó que la persona que realizó la entrevista no fuera su médico/a privado/a para evitar cualquier tipo de sesgo que ello pudiera generar.

Las entrevistas semiestructuradas se llevaron a cabo por videollamadas o personalmente, según lo acordado con el/la entrevistado/a.

El lugar fue, en el caso presencial, ajeno a todo ambiente relacionado con la salud, es decir, una plaza, un bar, siendo este opcional. En aquellas entrevistas virtuales, se optó por el uso de audio y video, considerando dispositivos a los que tuviera acceso y pueda manipular con comodidad el participante, para una mejor interpretación de los datos recolectados.

Las entrevistas fueron grabadas. Se intentó mantener un clima ameno, una conversación con el participante en donde se sintiese a gusto, libre de responder y comentar cuáles eran sus dificultades para el descenso de peso. Se fomentó un ambiente que le genere confianza al paciente para responder en forma verosímil cada una de las preguntas realizadas.

Dimensiones de análisis

En base al modelo de entrevista, fundada en los objetivos de la investigación, se establecieron las dimensiones de análisis que conformaron la matriz de análisis de las entrevistas. Se refiere a “dimensiones de análisis” y no a variables dado que se trata de una investigación cualitativa y tales dimensiones no adquieren valores discretos como lo hacen las variables. Las dimensiones remiten a los sentidos, valores y descripciones de las personas entrevistadas.

Las entrevistas se transcribieron de audio a texto y se analizaron los mismos buscando y agrupando por similitud de respuestas o temas vinculados.

A continuación, se presentan las dimensiones de análisis y definiciones clave.

a) Conocimientos sobre diabetes y obesidad. Conceptos:

Obesidad: entendida como una enfermedad crónica, de presentación subclínica, que responde a un estado inflamatorio de bajo grado y fenotípicamente se caracteriza por un exceso de grasa corporal, generalmente acompañada por aumento de peso, cuyo monto y distribución condiciona la salud del individuo.

Diabetes tipo 2: se entiende como enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles aumentados de glucosa en sangre, secundarios a insulinoresistencia o a

déficit en la secreción de insulina por el páncreas, y que a largo plazo conduce a daño en el corazón, los riñones, los ojos, el sistema nervioso y los vasos. Dentro de esta dimensión esperamos abarcar a priori no sólo la presencia o ausencia de conocimiento sobre los conceptos, sino además las fuentes de información (médico de cabecera, otros médicos, medios de comunicación masivo), la posible relación percibida entre ambas patologías, su posible asociación con el consumo de determinados grupos de alimentos.

b) Propuesta terapéutica recibida por el paciente para el tratamiento de estas enfermedades, si la hubiera.

Comprende aquellas pautas planteadas por el equipo médico para mejorar, retrasar la evolución o curar la diabetes y/o la obesidad, dentro de las cuales podemos considerar:

- Medidas farmacológicas (insulina, metformina, sulfonilureas, tiazolidinedionas, iDPP4, aGLP1, iSLGT2).
- Medidas no farmacológicas (plan alimentario adecuado, ejercicio físico, educación nutricional, acompañamiento psicológico).

c) Dificultades/obstáculos percibidos por el paciente para llevar a cabo la propuesta terapéutica planteada

Reúne toda situación, condición o estado que pueda ser representado por el paciente como una limitante para el cumplimiento del tratamiento recomendado, comprendiendo todo el proceso de toma de decisiones por parte del paciente, su intención de cumplimiento, impedimentos económicos, físicos o culturales para cumplirlo.

d) Valoración sobre el propio peso

Apreciación personal sobre su peso corporal y la importancia percibida en relación al proceso salud enfermedad.

e) Dificultades/ obstáculos percibidos para el descenso de peso

Implica toda situación, condición o estado que sea percibido por el paciente como una limitante para el descenso de peso. Situación económica/ del ámbito familiar o social; en lo personal considera motivación, voluntad, tiempo, impedimentos físicos.

f) Hábitos de cocina

Se refiere a comportamientos que conducen a la persona a seleccionar, consumir y utilizar determinados alimentos o dietas, en respuesta a influencias sociales o culturales. Dominio de la cocina en el hogar, posibilidad de reproducción en el ambiente culinario según las indicaciones médicas teniendo en cuenta: ámbito familiar, accesibilidad a alimentos indicados, ámbito laboral, tiempo disponible, entorno social, etc.

g) Lugar de elaboración de la comida

Pretende diferenciar hábitos y preferencias de alimentos de elaboración propia/núcleo familiar o externa. Precauciones en la elección de comidas y/o preparaciones al comer fuera de casa o comida de elaboración externa.

h) Hábitos alimentarios

Comprende conductas adquiridas percibidas como hábitos no saludables. picoteo entre comidas/ levantarse a la noche a comer/repetir platos.

i) Alimentos permitidos y alimentos no recomendados:

Refiere a los conocimientos o creencias sobre la alimentación recomendada y no recomendada en pacientes con diabetes y obesidad.

j) Ocupación

Se refiere al empleo que desarrolla el paciente/actividad/trabajo.

k) Ejercicio físico

Incluye la realización de movimientos corporales planificados, repetitivos y en ocasiones supervisados por un instructor.

l) Valoración sobre el ejercicio

Importancia percibida por el paciente sobre el impacto de realizar actividad física de algún tipo asociado a la diabetes y la obesidad.

m) Accesibilidad al tratamiento farmacológico

Conocer la mayor o menor posibilidad de conseguir los fármacos indicados como tratamiento en el contexto geográfico, económico y cultural de forma continuada (sin interrupciones).

n) Tiempo de descanso/ calidad de descanso

Horas de sueño por día y percepción sobre la calidad de esas horas de sueño.

ñ) Percepción sobre el tratamiento médico

Se refiere a la apreciación personal sobre las indicaciones recibidas por parte del médico.

o) Acompañamiento médico

Percepción de contención y apoyo por parte del equipo médico que trata las patologías.

p) Percepción sobre cumplimiento de objetivos planteados

Interpretación personal sobre los resultados alcanzados frente a los objetivos planteados inicialmente.

q) Acompañamiento psicológico

Percepción del paciente sobre necesidad de apoyo psicológico ante dos enfermedades crónicas de alto impacto sobre calidad de vida como son la diabetes y la obesidad.

r) Otras influencias

Impresión personal del paciente sobre otras condiciones/situaciones que influyan en el descenso de peso en pacientes con diabetes tipo 2 y obesidad y que no hayan sido nombradas previamente:

- Acompañamiento e impacto del ámbito familiar sobre el tratamiento indicado.
- Influencia del estado anímico sobre el cumplimiento del tratamiento.

En el Anexo II se presenta la matriz con los datos utilizados. (ver Anexo II)

Selección de técnica e instrumento de recolección de datos.

Previo a la entrevista se procedió a la firma del consentimiento informado (ver

Anexo III).

Se trabajó con fuentes primarias, el modelo de entrevista a aplicar se detalla en el Anexo I.

Las entrevistas, semiestructuradas en profundidad, se realizaron según el modo de preferencia de los participantes, sea virtual mediante videollamada por las distintas aplicaciones, o de modo presencial pautando un lugar diferente al ámbito hospitalario por los diferentes integrantes del grupo investigador, haciendo de esta manera una situación más relajada y amena. Se hicieron 21 entrevistas; de ellas 6 presenciales y 15 virtuales.

La entrevista constó de varias preguntas abiertas y cruzadas. El entrevistado tuvo la libertad de responder según crea.

Si bien se planeó corregir las entrevistas si al realizarlas se consideraba necesario, no se presentó esta situación. Asimismo, inicialmente se previó realizar un total de 20 entrevistas, considerando el criterio de saturación teórica, varió a veintiuno²⁴.

Método de análisis de los resultados

Los datos obtenidos de las entrevistas semiestructuradas, registrados mediante una grabadora, se analizaron cualitativamente siguiendo la metodología general del análisis temático.

Para la realización del análisis temático, tras la lectura repetida de los datos se procedió a la búsqueda de patrones de respuesta y significados semánticos latentes. Se seleccionaron extractos relevantes y estas percepciones documentadas se agruparon temáticamente de acuerdo con las dimensiones de análisis establecidas a priori y aquellas que emerjan del análisis.

Se interpretó la información en el contexto en el que fue obtenida, cotejando las

respuestas dadas con notas realizadas por el entrevistador durante las mismas. Se elaboraron tablas de contenido para estos análisis.

Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

El trabajo cuenta con el aval del Comité de Ciencia, Bioética y Tecnología del IUCS – FHAB con un dictamen favorable ACTA CBCYT N° 03/2023. (ver ANEXO IV)

Previo a la realización de las entrevistas se entregó un consentimiento informado a los participantes, donde se explicó claramente el propósito del estudio, el método de recopilación y utilización de datos y los mecanismos de protección de su privacidad.

Previo al inicio de la entrevista se informó al participante que la misma sería grabada y se procedió a hacerlo bajo su consentimiento.

Como medida de protección de la confidencialidad de la información se procedió a la eliminación de datos identificables.

Al momento de la transcripción textual de las entrevistas se eliminó cualquier dato que hiciera posible identificar a los participantes como nombres completos, direcciones, números de teléfono, direcciones de correo electrónico o cualquier otro dato personal sensible.

Una vez eliminados esos datos de las transcripciones, se asignaron códigos o identificadores únicos a cada participante. Estos códigos se utilizaron como referencia de los participantes durante el análisis de datos.

Se mantuvo un registro seguro y separado que asoció los códigos con la información real de los participantes y se guardaron las grabaciones originales y las transcripciones en un lugar seguro, protegido y accesible solo para los investigadores autorizados. Se utilizaron sistemas de almacenamiento cifrados.

La utilización de datos sensibles fue sólo para los fines establecidos en este

proyecto de investigación. La divulgación de los resultados se realizó de manera anónima evitando cualquier forma de identificación de los participantes.

RESULTADOS

Características generales

Se llevaron a cabo 21 entrevistas a adultos con diagnóstico de diabetes tipo 2 y obesidad. La edad promedio de las/os entrevistadas/os fue de 58 años, un 62 % (13/21) varones y el 38% mujeres (8/21) y el promedio de BMI fue de 35,5 (obesidad grado 2). De los 21 participantes encuestados, 7 (33%) no trabajan (6 jubilados y 1 desocupado). Con respecto al tratamiento farmacológico el 100% (21/21) de las personas tenían como prescripción la metformina, el 23,8% (5/21) un agonista de GLP1, e insulino terapia el 14,3% de los pacientes. Las características epidemiológicas se encuentran en la tabla 1.

Tabla 1. Características basales de las personas entrevistadas

	n: 21
Edad, en años *	58 (52-68)
Varones (n, %)	13 (62)
Mujeres (n, %)	8 (38)
IMC *	35,5 (6,3)
Ocupación (n, %)	
No trabaja	7 (33)
Trabaja de administrativo	6 (28,6)
Traba en el área de salud	3 (14,3)
Otros trabajos	5 (23,8)
Tratamiento (n, %)	
insulina	3 (14,3)
metformina	21 (100)
sulfonilureas	4 (19)
iDPP4	3 (14,3)

pioglitazona	1	(4,8)
agonistas GLP 1	5	(23,8)
iSGLT2	4	(19)

Mediana (rango intercuartílico o pc 25-pc 75)

* Promedio (desvío estándar o DS)

Propuestas terapéuticas y dietéticas

Con respecto al conocimiento sobre la diabetes y la obesidad, un poco más de la mitad (11 personas) manifiesta no conocer o tener un conocimiento básico sobre las enfermedades, Isabel manifiesta: "Nada, sinceramente nada" y Martin: "Lo básico nada más, o sea, uno no entra a investigar." El resto de las personas pudieron relacionar a la diabetes con la obesidad y el sobrepeso; Ana señala: "Bueno, siempre se dice que la obesidad es un factor desencadenante, sobre todo de la diabetes 2", con un problema pancreático Leticia nos dice: "Sé que la diabetes es una enfermedad que tiene que ver con la glucosa en sangre y con cómo el páncreas lo procesa", con la glucemia alta Lucas plantea: "Bueno, la diabetes es una enfermedad que tiene como problema principal las glucemias altas en sangre, que si está mal controlado genera consecuencias en el corazón, riñones y hasta la amputación de los miembros". Sólo una de las entrevistadas remite a una enfermedad crónica: "Sé que es una enfermedad crónica" (Alicia).

Las fuentes de información referidas son principalmente las redes, medios de comunicación y/o "algún médico/a" que habla del tema, Pedro sobre los conocimientos "La verdad que muy pocos, ya que me guío con lo que dice mi médica"; Romina: "Básico, es más lo que leo en redes o algún médico que uno

escucha."

Con respecto a la propuesta de tratamiento recibida, un tercio del total respondió que los fármacos fueron la única propuesta recibida, como Leticia: "Tenes el azúcar al límite y te vamos a medicar hasta que esto se corrija". Los dos tercios restantes expresaron a la alimentación saludable y a la actividad física como dentro de la propuesta recibida, Naomi: "La propuesta es una dieta y actividad física, nada más, y la medicación obviamente". Ninguna persona consideró la información, la dieta y la actividad física como aspectos que integran la terapéutica recomendada.

A la hora de explorar las dificultades para llevar adelante la propuesta terapéutica, casi un tercio de las personas entrevistadas manifestaron no tener dificultades, Martin: "No encontré ninguna dificultad porque es una decisión de uno, cuidarse para sentirse mejor. Cumpro totalmente con el tratamiento". Aunque el 70 % de las personas que manifestaron alguna dificultad relacionada con la alimentación y la actividad física recomendadas. Paco, por ejemplo, señala que le cuesta: "Cumplir con la dieta", Pilar: "Actividad física no puedo hacer porque tengo un problema severo de cadera. Estoy con un dolor crónico que casi no puedo caminar". Solo 3 pacientes manifestaron dificultades con la medicación; "Yo no la tolero la metformina, me hace ir de cuerpo, pero instantáneo es, me hago encima directamente" (María). Otras dificultades que surgieron en un solo caso fueron económicas, ansiedad y la relación con su médico tratante.

Al momento de hacer valoración de su peso, el 100% de personas entrevistadas creen que es algo muy importante para su salud" El peso siempre me importó y más a lo relacionado a la buena salud" (Pedro), y 3 personas lo relacionan también con su estado anímico: "Cuando he podido bajar un poco de peso, me siento mejor, o sea que sí es importante para mi salud, hasta me cambia el ánimo" (Juan).

Al evaluar las dificultades para bajar de peso, el 90% refiere tener o haber tenido dificultades, y casi todas las personas nombran a la alimentación como la principal o única dificultad: "He tenido problemas con el descenso de peso, ya que he hecho varios tipos de dietas y muy pocas resultaron y más al mantenerlas en el tiempo" (Lucas). Otras dificultades referidas por 4 personas fueron la dificultad para desarrollar de manera sostenida la actividad física y una sola persona remite a la ansiedad. Cómo se desarrolla más adelante, se observa que la mayoría no logra sostener una dieta que describe como restrictiva, que puede funcionar un tiempo, aunque es insostenible en el tiempo, de forma similar ocurre en los casos que se realiza actividad física, aunque en algunos casos se plantea la imposibilidad física para desarrollar esta actividad.

Al momento de explorar los hábitos alimentarios, resultó que el 70% de las personas entrevistadas son las que cocinan en su casa, en la mitad de los casos en forma exclusiva y en un tercio como tarea compartida con un conviviente María: "Yo cocino, no puedo echarle la culpa a nadie", Lucas: "En casa, cocinamos los dos, mi señora y yo. Ella es más a los platos elaborados, yo más a lo rápido". El 75 % de las personas entrevistadas manifestó que come afuera, y la mitad de estas refieren no respetar una alimentación saludable en el momento de hacerlo Romina: "Cuando salgo a comer no me cuido nada". Al momento de analizar hábitos, cerca de la mitad de los entrevistados picotea entre comidas o lo ha hecho Juan: "Tema picoteo, últimamente consumo muchas galletitas, cosa que no debo", sin embargo, solo dos personas declararon haberse levantado a la noche a comer. Con respecto al conocimiento sobre los alimentos, todos los entrevistados nombraron algún alimento a restringir Pilar: "No tengo que comer frituras, que no tengo que comer cosas pesadas en carbohidratos en harinas, todas esas cosas no" y solo la mitad

mencionó alimentos recomendados Leticia: "Puedo consumir proteínas, carnes y algunos granos y lo que no es recomendable son las harinas y las grasas saturadas". El 80% (17 personas) mencionan como alimentos a restringir los que tienen harinas Romina: "Las harinas hacen mal por la diabetes, el colesterol, el sobrepeso", la mitad menciona a los azúcares como alimentos a evitar María: "Todo lo que contenga azúcares por supuesto, harinas, mucho carbohidrato eso no puedo" y un tercio a las grasas como alimentos no deseados Leticia: "Puedo consumir proteínas, carnes y algunos granos y lo que no es recomendable son las harinas y las grasas saturadas."

Con respecto a la realización de ejercicio físico, un tercio de los entrevistados refiere no realizar ningún tipo de ejercicio físico, como es el caso de Pilar: "Trabajo prácticamente todo el día sentada (...) prácticamente no camino". De los dos tercios restantes que, si realizan ejercicio, la mitad manifiesta presentar limitaciones físicas para ello, por problemas articulares y dolor, es el caso de Gabriel que responde "limitada por dolores de cintura: caminata y natación". Más de la mitad de los participantes realiza caminatas como ejercicio físico. Dos personas refieren realizar natación y otros dos concurren al gimnasio. Dos entrevistados alternan caminatas con paseos en bicicleta y uno refiere alternar con running.

En cuanto a la valoración sobre el ejercicio físico la totalidad de las personas entrevistadas coinciden en que realizar actividad física es importante para su salud tanto física como mental, aunque como vimos anteriormente, una gran parte no realiza. Dentro de los motivos mencionados se observan los relacionados con limitaciones motrices generadas por el mismo sobrepeso (en 4 entrevistados), como es el caso de Ana: "Sí, claro, pero tengo una limitación muy grande con mis rodillas". Del total de entrevistados, 5 refieren haber notado mejoría con la

realización de ejercicio físico en términos de bienestar físico o psíquico, como es el caso de Juan: "Si es importante, cuando lo realicé con frecuencia, noté los cambios."

Con relación a la accesibilidad al tratamiento farmacológico, de los 21 participantes, solo 3 pacientes refirieron dificultad en el acceso, todos ellos por cuestiones económicas, como fue el caso de Arturo: "No, la diabetes es complicada. La obra social cubre lo básico. Si quieres ir a algo mejor tienes que desembolsar plata (...) Para mí en la medicina si no tenés posibilidad, olvidate". Dos de ellos lo resolvieron sustituyendo el tratamiento indicado por otro al que tuvieron accesibilidad, y un participante interrumpió el tratamiento por dicha causa. Dos entrevistados hacen referencia a limitaciones de índole administrativa como fue el caso de Lucas: "Si, al principio con el llenado de planillas fue un tema, pero después las consigo."

Al consultar sobre el cumplimiento del tratamiento, la mayoría (17) de los entrevistados refieren cumplir con el tratamiento farmacológico, solo 3 entrevistados refieren cumplir con todas las pautas de tratamiento indicados por su médico (plan alimentario, ejercicio y fármacos) como es el caso de Ariel: "Lo médico lo cumpla al pie de la letra, tomo la medicación y empecé a hacer la dieta que me habían dado, hago ejercicio, baje 20 kg". De los que solo se refieren al tratamiento farmacológico, 4 entrevistados relatan irregularidades en las tomas, uno de ellos por intolerancias gastrointestinales, el resto por olvidos.

En cuanto a las horas de sueño y calidad de descanso, 11 de los entrevistados comentaron dormir en promedio entre 6 y 8 horas por noche, 5 refirieron dormir menos de 6 horas y solo 1 dormir por períodos mayores a 8 horas. Al referirse al descanso, solo 10 personas respondieron que lograban hacerlo. Los restantes comentaron no lograr dormir de corrido (4), dormir mal (2), no descansar (2).

Motivos mencionados por la mayoría fueron mirar la televisión hasta altas horas, como la necesidad de levantarse varias veces durante la noche a orinar impidiendo el descanso de corrido. Uno de ellos señala además no encontrar respuestas por parte de su equipo médico "No siento que descanse realmente (...) No tomo nada porque mi médico de cabecera no me quiere derivar al psiquiatra entonces es imposible, me mandó que tomé té de tilo y el té de tilo no me hace nada" (María).

Aspectos psicosociales

Al consultar sobre sus apreciaciones personales hacia el tratamiento médico, 19 de los entrevistados manifestaron estar de acuerdo con el tratamiento que se les ha indicado. Un entrevistado remarcó que, a pesar de estar de acuerdo, no lo consideraba adecuado a su persona, fue el caso de María: "No, a mí me parece que está bien. Lo que pasa que tendré que encontrar el que es más adecuado para mí". Un entrevistado refirió no estar siendo tratado para la obesidad, solo para la diabetes. Ariel remarcó su deseo de evitar tantos fármacos: "Me gustaría si se puede sacar alguna pastilla del tratamiento, pero por ahora me dijo la doctora que era así. Me gustaría bajar la medicación, después cumplo con todo y estoy bien". De un entrevistado no se obtuvo respuesta en relación con esta pregunta. Otro entrevistado respondió "Ahora no, estoy comiendo más de la cuenta y lo noto en mi peso y cuando camino, que me siento pesado".

Al consultar sobre el acompañamiento médico, de los 21 entrevistados, 19 coinciden en sentirse acompañados por el profesional que lleva adelante su tratamiento. De los 2 entrevistados que respondieron desfavorablemente, uno de ellos remarca como limitante no ser atendido por un mismo médico siempre, como lo expresa Ana: "La verdad en este momento no. Porque primero, me dan turno para una médica, me atiende otra, es la verdad y la receta me la hace otra"

mientras que el segundo entrevistado comenta que no sintió el apoyo y recién ahora se encuentra reiniciando su tratamiento. 4 entrevistados refirieron no haberse sentido acompañados en algún momento del tratamiento.

En cuanto a la interpretación personal sobre los resultados alcanzados frente a los objetivos planteados inicialmente, 12 reconocen no llegar a los objetivos deseados por no cumplir con el tratamiento indicado, es el caso de Alicia que respondió ..."No cumplo con los objetivos porque no realizó lo que me dicen (...) Siento que me perjudicó en mi salud al no cumplir. Lo percibo así". Entre los entrevistados, 5 afirmaron que han logrado cumplir sus objetivos al seguir las indicaciones, tal es el caso de Pablo:" cuando los cumplo llegó bárbaro, cuando los cumplo". Del total, 6 de los entrevistados refirieron estar conformes con sus logros. También hubo referencias sobre enojo, angustia, frustración y ansiedad con la comida en menor medida entre los entrevistados con relación a no poder llegar a los objetivos planteados, ejemplo de esto son Romina "Sí, ahora ya sigo adelante, pero en otro momento me podía llegar a sentir frustrada." o Pedro "A veces me pone mal, pero sé que es mi responsabilidad no llegar a los objetivos. Me genera angustia y a veces ansiedad con la comida."

En cuanto al acompañamiento psicológico, casi la mitad de entrevistados (9) no lo consideraron necesario como Paco que dijo: "No, soy una persona que entiendo las cosas y si me lo propongo lo hago". Un cuarto del total de los entrevistados lo consideran necesario y refirieron estar en seguimiento como en el caso de Oscar que respondió: "Creía en su momento que no, que era cerrar la boca, poner conducta y listo. Pero después de incursionar en el apoyo psicológico me ayudó mucho a no picotear...". Dos de ellos a través de grupos de apoyo. Cuatro de los restantes entrevistados lo consideraron necesario, pero refirieron no estar en

seguimiento al momento de la entrevista. En menor medida indicaron haber estado en seguimiento psicológico por otro motivo y no lo consideran necesario para el tratamiento de estas enfermedades. Un entrevistado también refirió haber estado seguido por otros motivos pero que encontró beneficioso el tratamiento de las enfermedades, tal es el caso de Lucas que respondió: "Estoy con psicóloga por situaciones familiares. Una vez hablé del tema de mis antecedentes médicos y no sabía que podía cambiar tanto el charlar sobre eso, aunque mi psicóloga no tenga diabetes".

Al momento de consultarles por otros factores que hayan podido considerar como necesarios en el cumplimiento de objetivos de tratamiento cuatro entrevistados/as volvieron a hacer hincapié en la cuestión de voluntad en relación con el cumplimiento de objetivos, Lucas respondió: "Esto es un proceso largo y controlado, sé que al descontrolarse en las comidas o no realizar ejercicio, se desconfigura todo lo trabajado previamente. Hay que ponerle mucha voluntad". Tres entrevistados mencionaron la cuestión económica como limitante a la hora de poder cumplir con el tratamiento indicado. Dos de los entrevistados comentaron que han tenido que priorizar otras cuestiones en detrimento de su salud, los dos aludieron a cuestiones de salud de familiares. Un entrevistado apuntó a la toma de múltiples de medicamentos como limitante. Un entrevistado se refirió a la relación médico paciente como fundamental para el cumplimiento de objetivos. Un entrevistado remarcó la importancia de la salud mental, fue el caso de Leticia: "Los estados de ánimo influyen muchísimo. El estado de ánimo, la ansiedad, el auto boicot, la falta de autoestima. Todo ese tipo de cosas hacen que uno no se quiera, no se cuide, no pueda mejorar, no pueda salir de donde está".

DISCUSIÓN

En este estudio, llevamos a cabo entrevistas a 21 personas con edades comprendidas entre los 18 y 80 años, que han experimentado diabetes durante más de 5 años y también padecen obesidad. Nuestro objetivo fue recopilar datos para identificar las dimensiones de su vida diaria que perciben como obstáculos en su tratamiento, especialmente en lo que respecta a la pérdida de peso.

Nuestros hallazgos han revelado que, independientemente del nivel educativo, género, posición socioeconómica o la duración de la enfermedad, el conocimiento sobre la diabetes y la obesidad es escaso entre los participantes. Estos resultados son consistentes con los de la investigación realizada por Casanova en Venezuela, pero difieren de los resultados obtenidos por Andrea López Vaesken en su estudio en Asunción, donde se evidenció un nivel de conocimiento bueno a regular, especialmente entre las mujeres con nivel universitario, quienes mostraron un mayor conocimiento acerca de estas enfermedades²⁵. Además, nuestros resultados contrastan con otro estudio realizado por Gómez y colaboradores en México²⁶. Al identificar estas diferencias y similitudes con investigaciones previas, se observa la complejidad y diversidad de los niveles de conocimiento sobre diabetes y obesidad en distintos contextos geográficos y culturales. Estos hallazgos subrayan la importancia de diseñar estrategias educativas específicas y adaptadas a cada población, con el fin de mejorar la conciencia y el manejo de estas condiciones médicas.

Un aspecto relevante que se desprende del análisis de la información obtenida sobre la propuesta terapéutica para la diabetes y la obesidad es que el enfoque principal y único mencionado es la estrategia farmacológica. Ninguna de las personas entrevistadas consideró el plan alimentario, la actividad física y la educación como elementos integrados en la terapéutica recomendada. Esta observación muestra una

brecha significativa en la percepción y comprensión de la importancia de estos aspectos no farmacológicos como parte esencial del tratamiento. Estos hallazgos plantean interrogantes sobre la efectividad y calidad de las propuestas de tratamiento proporcionadas a las personas con diabetes y obesidad.

Se mencionaron varias dificultades para llevar adelante la propuesta de tratamiento. Hubo coincidencia en las dificultades del llevar adelante el plan alimentario, razones económicas y la imposibilidad de realizar actividad física. Algunos participantes señalaron a la ansiedad, el olvido de la medicación y los efectos adversos experimentados como obstáculos particulares. La identificación de las dificultades experimentadas por las personas permite identificar las dimensiones para mejorar la adherencia y los resultados del tratamiento.

Al explorar la valoración sobre el propio peso, los participantes coincidieron en que es muy relevante en el proceso de tratamiento. Reconocieron su importancia en el abordaje de la enfermedad, asociándose con mejoras físicas, un aumento en la autoestima y una mayor motivación para dar continuidad al tratamiento.

En cuanto a las dificultades percibidas para el descenso de peso, se destacó la falta de actividad física, el abandono de esta por diversos motivos, y la dificultad para mantener el plan de alimentación. Algunos participantes reconocieron como obstáculos a problemas económicos, aburrimiento, ansiedad o a sentirse frustrados por no obtener los resultados esperados. A pesar de algunos éxitos en el descenso de peso, muchos participantes mencionaron que les resulta difícil mantener y cumplir con los cambios en los hábitos, lo que los lleva a sufrir recaídas. Estos resultados coinciden con lo publicado por López-Amador y col. en su artículo “Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos”²⁸.

Estas observaciones resaltan la importancia del apoyo multidisciplinario e integral, incluyendo el papel fundamental de la familia, el entorno social y de los profesionales de la salud, para sostener a las personas que padecen estas enfermedades crónicas. Betsy Flores-Atilano y col. en su trabajo “Enfoque psicosocial de la diabetes. Una mirada cualitativa”, también enfatizan la relevancia de los aspectos psicosociales en la vida de las personas que viven con diabetes²⁹. Además, la Dra. Belkis M. Vicente Sánchez señala la necesidad de lograr cambios que puedan perpetuarse a lo largo de los años para mejorar la adherencia y el cumplimiento del tratamiento de manera integral, con el objetivo de mejorar la calidad de vida futura de estas personas³⁰

En relación con el conocimiento sobre los alimentos, todos los entrevistados mencionaron algún alimento que deben restringir, principalmente enfocándose en las harinas. La mitad de ellos también mencionó alimentos recomendados, haciendo hincapié en proteínas y carnes, mientras que sólo un tercio mencionó grasas como alimentos a evitar.

Estos resultados evidencian la importancia de abordar los hábitos alimentarios y el conocimiento sobre los alimentos en el proceso de tratamiento de personas con diabetes y obesidad. La presencia de comportamientos poco saludables, como comer fuera de casa y el picoteo entre comidas, puede tener un impacto negativo en el manejo de estas condiciones médicas. Por otro lado, la falta de educación alimentaria resalta la necesidad de intervenciones educativas para mejorar la toma de decisiones alimentarias. Esto se observa en el trabajo de Claudia Troncoso y col., quienes, al entrevistar a una comunidad chilena, encontraron que la mayoría de los participantes señalaron el poco tiempo dedicado a la educación alimentaria en las consultas y la falta de información proporcionada sobre la alimentación³¹. Asimismo,

en otro artículo cubano se relaciona el desconocimiento sobre la alimentación con la falta de adherencia al tratamiento de la diabetes³².

Al evaluar la actividad física, se observa la falta o escasa presencia de cumplimiento entre las personas entrevistadas, a pesar de que reconocen la importancia de la actividad física para alcanzar las metas terapéuticas y valoran sus beneficios tanto físicos como mentales. Las limitaciones físicas, el dolor y las responsabilidades diarias parecen ser los principales obstáculos que afectan la adherencia. Sería interesante evaluar la capacidad de los profesionales de la salud para prescribir adecuadamente la actividad física, teniendo en cuenta las limitaciones individuales y adaptando programas personalizados. Esto permitiría mejorar el cumplimiento de las indicaciones y obtener un mayor impacto positivo en la salud. A nivel internacional, existen guías de Diabetes y Ejercicio, como la de la Sociedad Española de Diabetes, que enfatizan la importancia de considerar aspectos específicos al indicar actividad física³³.

En cuanto al acceso al tratamiento farmacológico, la mayoría de los entrevistados mencionaron no presentar dificultades. Sin embargo, en algunos casos surgieron obstáculos económicos y burocráticos, lo que llevó a reformular el tratamiento propuesto. Es importante abordar individualmente las dificultades relacionadas con el acceso, ya que pueden afectar la adherencia y el éxito del tratamiento en estos pacientes. Es fundamental crear un ambiente facilitador, de confianza y empatía, para que las personas se sientan cómodas expresando sus problemas económicos y buscar soluciones adecuadas. Es relevante tener en cuenta que nuestros entrevistados pueden no representar la realidad de otras personas que se atienden en el sistema público del país y en otras regiones.

Al analizar el descanso, la mayoría de los participantes durmió entre 7 y 9 horas, pero se mencionaron interrupciones y falta de horas de sueño. Estas dificultades pueden afectar la calidad de vida y el bienestar general debido a la cronodisrupción, por lo que es importante abordar estos problemas y buscar soluciones para mejorar la calidad del sueño y el descanso. Algunos participantes han buscado soluciones para mejorar la calidad del sueño, pero no han recibido el apoyo médico necesario, lo que resalta la importancia de educar sobre la higiene del sueño y brindar una escucha activa por parte de los profesionales de la salud.

En general, la mayoría de los pacientes valoraron positivamente las indicaciones recibidas y el acompañamiento de sus médicos, experimentando resultados satisfactorios para su salud. Sin embargo, algunas respuestas señalaron problemas de continuidad en la relación médico-paciente y cambios frecuentes de médicos, lo que remarca la importancia de establecer una comunicación clara y constante entre médicos y pacientes para garantizar un acompañamiento adecuado y una relación estable en la atención médica. Estos resultados son consistentes con estudios anteriores, como el de José Lauro de los Ríos Castillo, que también señala que la interacción médica y la relación médico-paciente pueden ser obstáculos para la efectividad del tratamiento y la satisfacción de los pacientes³⁴. Del mismo modo, el artículo presentado por Escudero-Carretero y col. enfatiza que mejorar la relación médico-paciente mejora la adherencia al tratamiento y la forma en que los pacientes asumen la enfermedad, lo que resulta en mejores resultados³⁵.

En cuanto a la percepción del cumplimiento de los objetivos planteados, los resultados muestran que algunos pacientes sienten que cumplen con el tratamiento farmacológico, pero enfrentan dificultades en adherirse a las pautas alimentarias, actividad física y otros aspectos del tratamiento. Estos hallazgos resaltan la

importancia de abordar las barreras específicas que dificultan el cumplimiento del tratamiento y brindar un apoyo adicional a los pacientes para ayudarles a alcanzar los objetivos establecidos.

Al respecto del acompañamiento psicológico, algunas personas valoran su importancia para abordar problemas emocionales relacionados con la enfermedad y desean tener acceso a él. Otros han buscado o recibido apoyo psicológico en el pasado, encontrándose beneficioso. Algunos no lo consideran necesario, mientras que otros no lo encuentran útil. Estos resultados señalan la importancia de brindar apoyo psicológico a quienes lo necesiten y puedan beneficiarse. Sería útil contar con herramientas para identificar a los pacientes que podrían obtener mayores beneficios. Además, las experiencias y necesidades de apoyo psicológico pueden variar entre pacientes, y es fundamental adaptar el enfoque para cada caso específico. Asimismo se menciona en el artículo de Ríos, Sánchez, Barrios y col. "Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2", que el diagnóstico de diabetes tipo 2 tiene diferentes impactos emocionales en hombres y mujeres³⁶.

A pesar de los hallazgos significativos obtenidos en este estudio cualitativo, es importante reconocer algunas limitaciones que podrían afectar la generalización de los resultados. En primer lugar, la investigación se llevó a cabo en consultorios particulares en la Ciudad de Buenos Aires, lo que limita la representatividad de la muestra y la aplicabilidad de los hallazgos a otras poblaciones o contextos geográficos. Además, la falta de diversidad en la muestra, donde predominó el sexo masculino y la edad promedio fue de 58 años, podría influir en la variabilidad de las percepciones y obstáculos identificados. Asimismo, el uso de entrevistas estructuradas y semiestructuradas puede introducir sesgos de respuesta o limitar la exploración en profundidad de ciertos temas. Estas limitaciones deben ser

consideradas al interpretar los resultados y se recomienda realizar investigaciones adicionales que aborden estas deficiencias para obtener una comprensión más completa de los obstáculos en el tratamiento de la obesidad y la diabetes tipo 2.

CONCLUSIONES

Este estudio ha proporcionado información valiosa sobre las percepciones y obstáculos que enfrentan las personas con diabetes y obesidad en su tratamiento. Los resultados revelan la necesidad de mejorar el conocimiento sobre estas condiciones y adoptar estrategias educativas específicas y adaptadas a cada población. Es fundamental integrar aspectos no farmacológicos como la alimentación y la actividad física en el tratamiento para mejorar la adherencia y los resultados de salud. Además, se enfatiza la importancia del apoyo multidisciplinario, incluyendo el papel fundamental de la familia y los profesionales de la salud, para mejorar la calidad de vida de los pacientes. La percepción del acompañamiento psicológico varía entre los pacientes, lo que sugiere la importancia de brindar apoyo psicológico personalizado según las necesidades individuales. Estos hallazgos son relevantes para mejorar el manejo de la diabetes y la obesidad y enfatizan la necesidad de un enfoque integral y personalizado en la atención para mejorar la calidad de vida de quienes padecen estas enfermedades.

CONCLUSION INDIVIDUAL

Gracias a la información obtenida de estas entrevistas podemos observar que, pilares fundamentales del tratamiento de estas enfermedades crónicas, como la actividad física, la calidad de los alimentos consumidos, y otros hábitos saludables

como las horas de descanso, son poco reconocidos e incluso aplicados por los pacientes que las padecen, dejando en evidencia la falta de educación que abunda con respecto al manejo multidisciplinario de estas patologías. Se puede ver que, más allá del nivel socio económico de los participantes/entrevistados, nadie prepondera las medidas higiénico dietéticas por sobre la medicación.

Claramente el problema está, en que debemos trabajar en conjunto desde múltiples enfoques, intentando brindar las herramientas necesarias y adecuadas a cada paciente para lograr objetivos beneficiosos a futuro para toda la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Temple NJ, Wilson T, Jacobs DR Jr, Bray GA. Nutritional Health: Strategies for Disease Prevention. Springer Nature; 2023. 422 p.
2. Obesidad y sobrepeso [Internet]. [citado 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. World Obesity Federation Global Obesity Observatory [Internet]. World Obesity Federation Global Obesity Observatory. [citado 2022]. Disponible en: <https://data.worldobesity.org>
4. Website [Internet]. Available from: https://cesni-biblioteca.org/wp-content/uploads/2019/10/0000001565cnt-ennys2_resumen-ejecutivo-20191.pdf
5. Wang C, Zhang Y, Zhang L, Hou X, Lu H, Shen Y, et al. Prevalence of Type 2 Diabetes among High-Risk Adults in Shanghai from 2002 to 2012. PLoS One. 2014

Jul 21;9(7): e102926.

6. Williams R, Stephen Colagiuri S, Almutairi R, Aschner P and cols. Atlas de la International Diabetes Federation (IDF) Novena Edición 2019 [Internet]. [citado 2021]. Disponible en:

https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20210217_042825_IDF-guid-e-on-diabetes-epidemiology-studies-web-res.pdf

7. Rubinstein A, Gutierrez L, Beratarrechea A, Irazola VE. Increased Prevalence of Diabetes in Argentina Is Due to Easier Health Care Access Rather than to an Actual Increase in Prevalence. PLoS One. 2014 Apr 3;9(4):e92245.

8. Trabold T, Babbitt CW. Sustainable Food Waste-to-Energy Systems. Academic Press; 2018. 292 p.

9. Salinas C , Aschner P , Gonzáles R , Brito E, Rodríguez M , Domínguez E. et al. Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes .Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 2019 [Internet]. [citado 2021]. Disponible en: https://revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad

10. INDEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos de la REPÚBLICA ARGENTINA. INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina [Internet]. [cited 2023 Jun 21]. Available from: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf

11. Smith U. Abdominal obesity: a marker of ectopic fat accumulation. J Clin Invest. 2015 May 1;125(5):1790–2.

12. Grant B, Sandelson M, Agyemang-Prempeh B, Zalin A. Managing obesity in people with type 2 diabetes. *Clin Med*. 2021 Jul;21(4): e327–e231.
13. Lingvay I, Sumithran P, Cohen RV, le Roux CW. Obesity management as a primary treatment goal for type 2 diabetes: time to reframe the conversation. *Lancet*. 2022 Jan 22;399(10322):394–405.
14. Barragán R, Rubio L, Portolés O, Asensio EM, Ortega C, Sorlí JV, et al. [Qualitative study of the differences between men and women 's perception of obesity, its causes, tackling and repercussions on health]. *Nutr Hosp*. 2018 Oct 5;35(5):1090-9.
15. Vazquez FM, Monroy Oscar Velazquez, Martin MA, Pratt UP, Maron ECC, Esqueda AL, et al. Comunicación y perspectiva de audiencias: una investigación cualitativa para la diabetes. *Rev Endocrinol Nutr*. 2000;8(1):5-13.
16. Orozco E, Pacheco S, Arredondo A, Torres C, Resendiz O. Barreras y facilitadores para una alimentación saludable y actividad física en mujeres embarazadas con sobrepeso y obesidad. *Glob Health Promotion*. 2020 Dec;27(4):198–206.
17. De La Cruz-Maldonado MG, Vargas-Morales JM, Ledezma-Tristán ES, Holguín-Carrillo MC, Martínez-Castellanos AY, Fragoso-Morales LE. [Causes of diabetic patients' indifference towards treatment, diet and monitoring and possible factors associated with such disease]. *Rev Salud Pública* . 2013 May-Jun;15(3):478–85.
18. Poor adherence to long-term treatment of chronic diseases is a worldwide problem. 2003. *Rev Panam Salud Publica*. 2003 Sep;14(3):218–21.

19. Kaplan LM, Golden A, Jinnett K, Kolotkin RL, Kyle TK, Look M, et al. Perceptions of Barriers to Effective Obesity Care: Results from the National ACTION Study. *Obesity* . 2018 Jan;26(1):61–9.
20. Sánchez-Carracedo D. Obesity stigma and its impact on health: A narrative review. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed)*. 2022 Dec;69(10):868–77.
21. Conde F, Pérez C. LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD PÚBLICA [Internet]. 1995 [cited 2023 June 25]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/fr/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL69/69_2_145.pdf
22. Sánchez Moreno E. Curso de introducción a la investigación clínica. Capítulo 10: La investigación cualitativa en la investigación en salud. Fundamentos y rigor científico. *Medicina de Familia-SEMERGEN* [Internet]. 2008; Available from: <https://medes.com/publication/56949>
23. Braun V, Clarke V. *Thematic Analysis: A Practical Guide*. SAGE; 2021. 376 p.
24. Flick U. *Introducción a la investigación cualitativa*. Morata; 2004. 322 p.
25. Casanova K. Nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus que tienen los pacientes diagnosticados del servicio médico Sanitas de Venezuela entre diciembre 2015 a julio 2016. *Diabetes internacional*. 2017;9(1):1–5.
26. López Vaesken AM, Rodríguez Tercero AB, Velázquez Comelli PC. Conocimientos de diabetes y alimentación y control glucémico en pacientes diabéticos de un hospital de Asunción. *Rev cient cienc salud*. 2021 May 31;3(1):45–55.

27. del Carmen Gómez-Encino G, Zapata-Vázquez R, Morales-Ramón F, Cruz-León A. Nivel de conocimiento que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en relación a su enfermedad. *Salud en Tabasco*. 2015;21(1):17–25.
28. López-Amador KH, Ocampo-Barrio P. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Archivos en medicina familiar*. 2007;9(2):80–6.
29. Betsy Flores Atilano [Internet]. Dialnet. [cited 2023 Jun 25]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=5128295>
30. Vicente Sánchez B, Zerquera Trujillo G, Rivas Alpizar E, Muñoz Cocina J, Gutiérrez Cantero Y, Castañedo Álvarez E. Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes con diabetes tipo 2. *Medisur*. 2010;8(6):412–8.
31. Troncoso P C, Sotomayor C M, Ruiz H F, Zúñiga T C. Interpretación DE Los conocimientos Que influyen en la adherencia a la dietoterapia en adultos mayores con diabetes tipo 2 DE Una comuna rural. *Rev Chil Nutr*. 2008 Dec;35(4):421–6.
32. Castillo Morejón M, Martín Alonso L, Almenares Rodríguez K. Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2017;33(4):0–0.
33. Novials A. Diabetes y ejercicio. Grupo de trabajo de Diabetes y Ejercicio de la Sociedad Española de Diabetes (SED) Ediciones Mayo SA [Internet]. 2006;2. Available from: https://www.academia.edu/download/61770314/Diabetes_y_Ejercicio_FA-sico20200113-11248-1m9yvrt.pdf
34. de los Ríos Castillo JL, Sosa JJS, Santiago PB, Sustaita VG. Calidad de vida

en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2004;42(2):109–16.

35. Escudero-Carretero MJ, Ángeles Prieto-Rodríguez M, Fernández-Fernández I, March-Cerdà JC. La relación médico-paciente en el tratamiento de la diabetes tipo 1. Un estudio cualitativo. Atención Primaria. 2006 Jun 1;38(1):8–15.

36. De los Ríos JL, Sánchez JJ, Barrios P, Guerrero V. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med IMSS.

37. Conrad P. Johns Hopkins University Press; Baltimore: 2007. The medicalization of society: On the transformation of.

38. Sánchez Moreno E. Capítulo 10: La investigación cualitativa en la investigación en salud. Fundamentos y rigor científico. SEMERGEN - Medicina de Familia. 2008 Feb 1;34(2):75–9.

ANEXO I: Modelo de entrevista:

Datos generales del participante

Nombre: (Iniciales en mayúscula)

Edad:

IMC:

Tratamiento farmacológico actual para la DM2 y obesidad:

Sección I: Aspectos generales.

1- ¿Qué conocimientos tiene sobre la diabetes y la obesidad?

2- ¿Cuál ha sido la propuesta de tratamiento médica? ¿Encontró alguna dificultad para llevarla adelante?

3- ¿Usted considera que el peso importa en relación con su salud? ¿Ha tenido dificultades para bajar de peso? ¿Por qué?

Sección II: Tratamiento no farmacológico y farmacológico.

Alimentación:

4- ¿Quién cocina en su casa? ¿Tiene alguna consideración especial en relación con la dieta que le fuera recomendada médicamente?

5- ¿Cómo es en general el tema de la comida en su casa? ¿Y cuando está afuera?

6- ¿Pica entre comidas o se levanta por las noches a comer?

7- ¿Usted diría que cumple con el plan de alimentación indicado por su médico?

¿Qué cosas hacen que sea difícil cumplirlo?

8- ¿Qué alimentos puede consumir y cuáles no son recomendados para su dieta?

¿por qué?

Actividad física:

9- ¿Cuál es su ocupación?

10- ¿Hace alguna actividad física? ¿Realiza algún deporte?

11- ¿Piensa que es algo importante para su salud?

Tratamiento farmacológico:

12- En cuanto al tratamiento farmacológico, ¿Tiene acceso al mismo?

13- ¿Cumple con la toma/aplicación de la medicación?

Sueño:

14- ¿Cuántas horas duerme durante la noche? ¿Siente que descansa realmente?

Sección III: Aspectos psicosociales

15- ¿Qué piensa usted del tratamiento médico recomendado?

16- ¿Cumple con las pautas indicadas por su médico tratante? (toma de

medicación, realización de actividad física, alimentación aconsejada)

17- ¿Se siente acompañado por su médico?

18- ¿Considera que cumple con el tratamiento y aun así no llega a los objetivos planteados? ¿Qué le genera esa situación?

19- ¿Cree necesario un apoyo-acompañamiento psicológico para llevar adelante esta enfermedad? ¿Cuenta con él?

20- ¿Hay algo que influya en su tratamiento y quiera agregar?

ANEXO II: Matriz de datos

Enlace a [matriz de datos](#)

ANEXO III: Consentimiento informado

Este formulario de consentimiento informado se dirige a hombres y mujeres entre 18 a 80 años con diabetes y obesidad que son atendidos/as en un consultorio particular de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y se les invita a participar en la investigación.

TÍTULO DEL PROYECTO: *“Obstáculos y dificultades para el descenso de peso percibidas por personas con obesidad y diabetes tipo 2”*

INVESTIGADOR PRINCIPAL (REPRESENTANTE DEL GRUPO): Russo, María Paula

INVESTIGADORES: Armengol, Carmela; Barone, Mariana; Bertocchi, Mario; Tupó Soto, Pedro; Urbieto, Noelia; Waijer, María Celeste.

TUTOR: DRA. Anahí Sy

AFILIACIÓN INSTITUCIONAL: Fundación H.A. Barceló. Instituto Universitario de Ciencias de la Salud.

INFORMACIÓN:

Introducción:

Somos un grupo de médicos representados por la investigadora principal y

representante del grupo (avalada por el resto de los integrantes del mismo), la Dra. Russo Maria Paula, realizando la carrera de Médico Especialista en Nutrición en el Instituto Universitario de Ciencias de la Salud de la Fundación H.A. Barceló y usted está siendo invitado/a a participar en un proyecto de investigación cualitativo sobre los obstáculos y dificultades para el descenso de peso percibido por pacientes con diabetes y obesidad, dos patologías muy frecuentemente asociadas en nuestro medio actualmente.

Propósito:

El propósito de este estudio es explorar las experiencias y perspectivas de los pacientes con diabetes y obesidad en relación con su proceso de pérdida de peso. Antes de decidir si desea participar, es importante que comprenda los detalles del estudio y que de su consentimiento informado para participar.

Tipo de intervención de investigación:

Si usted decide participar en este estudio, se le pedirá que participe de una entrevista semiestructurada.

Selección de participantes:

Varón o mujer de 18 a 80 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 y obesidad. Al aceptar su participación voluntaria deberá firmar este documento llamado "Consentimiento informado".

Voluntariedad y Retiro:

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho de negarse a participar o de retirarse en cualquier momento sin

penalización o consecuencia alguna. Su decisión de no participar o retirarse no afectará su atención médica o la relación con su médico tratante.

Procedimiento y descripción del proceso:

Si usted decide participar en este estudio, se le pedirá que participe de una entrevista semiestructurada. Estas entrevistas serán grabadas con su consentimiento previo y se llevarán a cabo en un ambiente confidencial. Durante las entrevistas, se le solicitará que compartas tus experiencias, opiniones y dificultades en relación con el descenso de peso en el contexto de la diabetes y obesidad.

Duración:

Las entrevistas tendrán una duración aproximada de 20 minutos y se llevarán a cabo de manera presencial en un lugar y tiempo a convenir o por videollamada, según su preferencia.

Riesgos:

En cuanto a los riesgos, podría haber una mínima posibilidad de malestar emocional o incomodidad al recordar y discutir sus experiencias relacionadas con la pérdida de peso y las enfermedades. El equipo de investigación estará disponible para brindar apoyo y asesoramiento durante y después del estudio, en caso de que surjan situaciones difíciles.

Beneficios:

La participación de usted en este estudio contribuirá a recolectar información que nos permita generar herramientas para ayudar al paciente a asumir el control sobre su cuerpo y su salud, y a su vez, al personal de salud a una mejor comprensión de los aspectos biopsicosociales del individuo para evitar incurrir en estereotipos nocivos que afecten su autoestima e inciden negativamente en el cumplimiento del

tratamiento y específicamente al descenso de peso y plan alimentario. De esta manera se intenta discernir la existencia de diferentes problemáticas a la hora del cumplimiento de tratamiento por parte de los pacientes, no identificadas en estudios cuantitativos hasta el momento, con el fin de aumentar el cumplimiento de tratamientos planteados a pacientes con dicha problemática y disminuir las tasas de obesidad y diabetes en la población argentina.

Costo de la participación

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

Confidencialidad:

La información recopilada durante el estudio será tratada de manera confidencial. Se le asignará un código o seudónimo en lugar de utilizar su nombre real en todos los documentos y grabaciones para mantener el anonimato. La información se almacenará de forma segura y solo será accesible para el equipo de investigación. Los datos recopilados se utilizarán únicamente para fines de investigación y se mantendrán en estricta confidencialidad, a menos que se requiera la divulgación por motivos legales.

Consideraciones éticas

El protocolo de este estudio ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ciencia, Bioética y Tecnología del IUCS – FHAB.

Contacto y Preguntas

Si usted presenta alguna pregunta o inquietud antes, durante o después del estudio, puede comunicarse de manera directa con la representante del grupo, Dra. María Paula Russo, vía mail a la siguiente dirección: paula.russo@hospitalitaliano.org.ar o vía telefónica al 11-4409-6747, teléfono

particular y contacto del consultorio particular ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, calle Pacheco 1840 piso 4 departamento 18; o de manera directa con el Comité de Ciencia, Bioética y Tecnología del IUCS – FHAB, teléfono +54 11 4800 0200 interno 1031. French 2464 (C1125AAH) CABA. Argentina.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Declaración Voluntaria

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

.....

Nombre _____ del
participante: _____ Edad: _____

_____ Teléfono: _____

Dirección: _____

_ Fecha: ____/____/____

Firma: _____

ANEXO IV: Dictamen del Comité de Ética



COMITÉ DE CIENCIA, BIOÉTICA Y TECNOLOGÍA
ACTA CBCYT N° 03/2023

DICTAMEN

COMITÉ DE CIENCIA,
BIOÉTICA Y
TECNOLOGÍA

El día 06 de junio de 2023, en reunión ordinaria, los miembros presentes del Comité de Ciencia, Bioética y Tecnología del IUCS – FHAB: Prof. Dr. Belisario Fernández, y Prof. Marcelo Choi, conforme al Reglamento de CBCYT/Resol HCS N° 10.480/2022 – proceden a la evaluación del Proyecto de Investigación Académica, titulado “**OBSTÁCULOS Y DIFICULTADES PARA EL DESCENSO DE PESO PERCIBIDAS POR PACIENTES CON OBESIDAD Y DIABETES TIPO 2**”, presentado como Proyecto de Trabajo Final de la carrera de Posgrado – Médico Especialista en Nutrición y presentado por **RUSO, María Paula DNI 26.345.970** (en su carácter de Investigadora Principal), **ARMENGOL, Carmela DNI 32.975.325**, **BARONI Mariana DNI 36.291.716**, **BERTOCCHI, Mario DNI 14.557.716**, **RUSO, María Paula DNI 26.345.970**, **TUPA SOTO, Pedro DNI 95.259.127**, **URBIETA, Noelia DNI 35.875.540** y **WAIJER, Celeste DNI 33.691.943**, actuando como Tutora, la Dra Anahi Sy DNI. 25.265.074

Que en virtud de la normativa vigente los miembros evaluadores informan:

- ✓ Que los mencionados alumnos de posgrado se encuentran cursando la carrera de posgrado de Médico Especialista en Nutrición, del Instituto Universitario en Ciencias de la Salud – Fundación H. A. Barceló.
- ✓ Que la ejecución del presente proyecto comprende una actividad obligatoria en el marco de la carrera.
- ✓ Que de la lectura y evaluación del proyecto surge que se propone investigar: “*Identificar, analizar y describir los obstáculos percibidos por los pacientes dentro de las propuestas de tratamiento instauradas en pacientes con obesidad y diabetes tipo 2*”

- ✓ Que la metodología consiste en encuestar, mediante un cuestionario, a los pacientes concurrentes a un consultorio privado, a través de entrevistas y videollamadas.
- ✓ Que el presente protocolo se llevará a cabo en el consultorio particular de la Dra. María Paula Russo, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, calle: Pacheco de Melo 1840 – 4° Piso – Dpto. 18 – habilitado conforme reglamentación por el Ministerio de Salud a nombre de profesional antes mencionada.
- ✓ Que no existen motivos de riesgo personal y que toda información referente a la identidad de los pacientes se encuentra codificada y anonimizada, haciendo imposible su identificación.
- ✓ Que el Investigador Responsable presenta la documentación completa conforme Art. 6. del reglamento vigente del CBCYT
- ✓ Que este Comité considera que se respetan los principios de Ética en la Investigación Científica y que no existen cuestionamientos para la ejecución del proyecto.
- ✓ Que la evaluación del presente proyecto se realiza exclusivamente de acuerdo a las competencias académicas y científicas de sus integrantes.

RESUELVE

- ✓ Dictaminar **CON INFORME FAVORABLE** a la evaluación conforme a lo normado en el Art. N°5 Resol HCS N° 10.480/2022, al Proyecto de Investigación Académica “**OBSTÁCULOS Y DIFICULTADES PARA EL DESCENSO DE PESO PERCIBIDAS POR PACIENTES CON OBESIDAD Y DIABETES TIPO 2**”, Trabajo Final de la carrera de posgrado de Especialista en Nutrición dictado por el Instituto Universitario de Ciencias de la Salud de la Fundación H.A. Barceló

- ✓ Archívese, notifíquese, y publíquese.


Prof. Dr. Marcelo CHOI


Prof. Dr. Belisario FERNÁNDEZ

ACTA CBCYT N°03/2023