



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

CARRERA: LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

DIRECTOR/A DE LA CARRERA:

Dra. Norma Isabel Guezikaraian

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR / LOS AUTORES:

Justina Cornago Martínez, Valentina Ibáñez,
Tomás Labriola Nanni, María Victoria Sedran

TÍTULO DEL TRABAJO:

Adherencia al tratamiento para la obesidad y obstáculos para la
implementación en pacientes del Hospital Dr. Pedro Fiorito

SEDE:

Buenos Aires

DIRECTOR/A DE TIF:

Lic. Tomas Picón

ASESOR/ES:

Lic. Laura Inés Pérez

AÑO DE REALIZACIÓN:

2024

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
☎ (011) 1565193479

Sede La Rioja
Benjamín Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698
☎ (0380) 154811437

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
☎ (03756) 15401364

ÍNDICE:

| | |
|--|----|
| I. Resumen | 3 |
| II. Introducción | 6 |
| III. Marco Teórico | 7 |
| III. I Principales definiciones..... | 7 |
| III. II Epidemiología..... | 10 |
| III. III Resultados..... | 11 |
| III. IV Causas probables del problema..... | 11 |
| III. V Antecedentes o estado del arte..... | 12 |
| III. VI Soluciones posibles..... | 16 |
| III. VII Vacíos de conocimiento..... | 17 |
| III. VIII Justificación de la investigación..... | 17 |
| III. IX Problema..... | 18 |
| IV. Objetivos | 18 |
| IV. I Objetivo general..... | 18 |
| IV. II Objetivos específicos..... | 18 |
| V. Diseño metodológico | 18 |
| V. I Tipo de estudio y diseño..... | 18 |
| V. II Población..... | 19 |
| V. III Muestra..... | 19 |
| V. IV Técnica de muestreo..... | 19 |
| V. V Criterios de inclusión..... | 19 |
| V. VI Criterios de exclusión..... | 19 |
| V. VII Definición operacional de las variables..... | 20 |
| V. VIII Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y | |

| | |
|--|-----------|
| métodos para el control de calidad de los datos..... | 25 |
| V. IX. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos..... | 25 |
| VI. Resultados..... | 26 |
| VII. Discusión..... | 48 |
| VII. I Limitaciones del estudio..... | 50 |
| VII. III Consideraciones para próximos estudios..... | 51 |
| VIII. Conclusión..... | 52 |
| IX. Referencias Bibliográficas..... | 54 |
| X. Anexos..... | 58 |
| X. I Tablas..... | 62 |
| X. II. Dimensiones..... | 68 |
| X. III Consentimiento informado..... | 69 |
| X. IV Cuestionario..... | 69 |
| X. V Plan de alimentación brindado por la Lic. en nutrición, jefa del servicio de nutrición del Hospital Dr. Pedro Fiorito..... | 75 |
| X. VI Carta de solicitud y autorización para recolección de datos dirigida al Hospital Dr. Pedro Fiorito..... | 78 |
| X. VII Carta del Hospital Dr Pedro Fiorito para la autorización de los alumnos a la recolección de datos..... | 80 |

I. **RESUMEN:**

Introducción: la obesidad, una enfermedad crónica y multifactorial, es reconocida como una pandemia global con importantes consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Está estrechamente asociada a comorbilidades como hipertensión y diabetes, y su tratamiento enfrenta desafíos en la adherencia debido a barreras personales, sociales y del sistema de salud.

Objetivo general: “Evaluar la adherencia y los obstáculos en el tratamiento para la obesidad en pacientes del Hospital Dr. Pedro Fiorito que asisten al consultorio externo de Nutrición durante los meses de agosto y septiembre, del año 2024, en la localidad de Avellaneda, provincia de Buenos Aires, Argentina”.

Metodología: Estudio descriptivo observacional y transversal, la muestra incluyó 30 pacientes de entre 40 y 65 años con un IMC >30 kg/m². Cuestionario con preguntas abiertas y cerradas.

Resultados: El análisis de adherencia a los grupos de alimentos muestra resultados variados. Los dulces, vegetales y cereales tienen alta adherencia, mientras que los lácteos y las carnes presentan niveles más bajos. Factores como preferencias personales, restricciones alimentarias y accesibilidad influyen en estos resultados, destacando la necesidad de ajustar las recomendaciones nutricionales según cada individuo. La adherencia al tratamiento nutricional muestra que el 66,66% de los participantes tiene una adherencia media, mientras que el 20% presenta adherencia alta y el 13,33% baja. En relación al acceso económico se demostró que solo el 36,66% de los participantes tiene acceso económico constante a los alimentos, mientras que un 26,66% no puede acceder a ellos. Además, el 46,66% consume alimentos fuera del plan regularmente, lo que dificulta la adherencia al tratamiento. El estudio muestra que el acceso económico a los alimentos influye en la adherencia al tratamiento nutricional. Los participantes con acceso limitado tienen mayor adherencia media, pero también registran tasas de adherencia baja. En cambio, quienes pueden comprar alimentos presentan una mayor proporción de adherencia alta, indicando que el acceso regular facilita seguir el plan nutricional. Por último, el consumo de alimentos fuera del plan afecta la adherencia al tratamiento. Los pacientes que lo hacen ocasionalmente presentan mayor adherencia media (88,88%) y ninguno tiene adherencia baja. Aquellos que no consumen alimentos fuera del plan muestran una distribución equilibrada entre adherencia alta, media y baja. Los que consumen alimentos fuera del plan regularmente también mantienen una adherencia media significativa (71,42%), lo que sugiere que otros factores podrían influir en su cumplimiento general.

Discusión: Éste estudio evaluó la adherencia al tratamiento nutricional en pacientes con obesidad, identificando como principales obstáculos el acceso económico a alimentos y el consumo fuera del plan, en contraste con otros estudios donde la falta de motivación fue significativa. Comparado con un estudio de Fundación Barceló, este trabajo evidenció mayores niveles de motivación en los participantes, pero mayores barreras económicas (65% mujeres y 60% varones frente al 27% y 5%, respectivamente). Respecto al apoyo social, un 86,66% reportó sentirse acompañado, frente a cifras menores en Barceló. En relación con un estudio realizado en Madrid, se observó que las barreras fueron distintas, destacándose problemas económicos en este estudio y factores como vacaciones o problemas laborales en el español. La restricción calórica más moderada (1500-1800 kcal) en este trabajo también podría haber favorecido la adherencia, al igual que un contexto más favorable para reducir azúcares y aumentar vegetales. Se concluye que las intervenciones deben ser más personalizadas y adaptadas al contexto económico para mejorar la adherencia y eficacia del tratamiento.

Conclusión: El estudio sugiere que intervenciones nutricionales personalizadas, junto con el abordaje de factores psicológicos y socioeconómicos, podrían mejorar la adherencia al tratamiento. Se recomienda realizar investigaciones futuras con muestras más grandes y una mayor consideración de los factores socioeconómicos para mejorar las estrategias de manejo de la obesidad.

Palabras clave: obesidad, adherencia, obstáculos, comorbilidades, alimentos.

RESUMO:

Introdução: A obesidade, uma doença crônica e multifatorial, é reconhecida como uma pandemia global com importantes consequências físicas, psicológicas e sociais. Está estreitamente associada a comorbidades como hipertensão e diabetes, e seu tratamento enfrenta desafios de adesão devido a barreiras pessoais, sociais e do sistema de saúde.

Objetivo geral: “Avaliar a adesão e os obstáculos no tratamento da obesidade em pacientes do Hospital Dr. Pedro Fiorito que frequentam o ambulatório de Nutrição durante os meses de agosto e setembro de 2024, na localidade de Avellaneda, província de Buenos Aires, Argentina”.

Metodologia: Estudo descritivo, observacional e transversal. A amostra incluiu 30 pacientes entre 40 e 65 anos com IMC >30 kg/m². Foi aplicado um questionário com perguntas abertas e fechadas.

Resultados: A análise de adesão aos grupos alimentares revelou resultados variados. Doces, vegetais e cereais apresentaram alta adesão, enquanto laticínios e carnes tiveram níveis mais baixos. Fatores como preferências pessoais, restrições alimentares e acessibilidade influenciaram esses resultados, destacando a necessidade de ajustar as recomendações nutricionais para cada indivíduo. A adesão ao tratamento nutricional mostrou que 66,66% dos participantes tiveram adesão média, enquanto 20% apresentaram alta adesão e 13,33% baixa.

Em relação ao acesso econômico, apenas 36,66% dos participantes tinham acesso constante aos alimentos, enquanto 26,66% não conseguiam adquiri-los regularmente. Além disso, 46,66% consumiam alimentos fora do plano regularmente, dificultando a adesão ao tratamento.

O estudo mostrou que o acesso econômico influencia a adesão ao tratamento nutricional. Participantes com acesso limitado tiveram maior adesão média, mas também registraram taxas de baixa adesão. Em contraste, aqueles que podiam comprar alimentos regularmente apresentaram maior proporção de alta adesão, indicando que o acesso constante facilita o cumprimento do plano nutricional.

Por fim, o consumo de alimentos fora do plano também impactou a adesão. Pacientes que consumiam alimentos fora do plano ocasionalmente tiveram maior adesão média (88,88%), e nenhum apresentou baixa adesão. Aqueles que não consumiam alimentos fora do plano mostraram uma distribuição equilibrada entre adesão alta, média e baixa. Já os que consumiam alimentos fora do plano regularmente mantiveram uma adesão média significativa (71,42%), sugerindo que outros fatores podem influenciar o cumprimento geral.

Discussão: Este estudo avaliou a adesão ao tratamento nutricional em pacientes com obesidade, identificando como principais obstáculos o acesso econômico a alimentos e o consumo fora do plano, em contraste com outros estudos onde a falta de motivação foi predominante. Em comparação com um estudo da Fundação Barceló, este trabalho evidenciou maiores níveis de motivação nos participantes, mas maiores barreiras econômicas (65% mulheres e 60% homens frente a 27% e 5%, respectivamente). Quanto ao apoio social, 86,66% relataram sentir-se acompanhados, em contraste com números menores na Barceló.

Comparado a um estudo realizado em Madri, as barreiras foram diferentes: enquanto os problemas econômicos foram mais destacados neste estudo, fatores como férias ou questões laborais prevaleceram no contexto espanhol. A restrição calórica mais moderada (1500-1800 kcal) deste trabalho pode ter favorecido a adesão, assim como um contexto mais propício para reduzir açúcares e aumentar o consumo de vegetais. Conclui-se que as intervenções devem ser mais personalizadas e adaptadas ao contexto econômico para melhorar a adesão e a eficácia do tratamento.

Conclusão: O estudo sugere que intervenções nutricionais personalizadas, juntamente com o manejo de fatores psicológicos e socioeconômicos, podem melhorar a adesão ao tratamento. Recomenda-se a realização de pesquisas futuras com amostras maiores e maior consideração dos fatores socioeconômicos para aprimorar as estratégias de manejo da obesidade.

Palavras-chave: obesidade, adesão, obstáculos, comorbidades, alimentos.

ABSTRACT:

Introduction: Obesity, a chronic and multifactorial disease, is recognized as a global pandemic with significant physical, psychological, and social consequences. It is closely associated with comorbidities such as hypertension and diabetes, and its treatment faces challenges in adherence due to personal, social, and healthcare system barriers.

Objective: “To assess adherence and obstacles in obesity treatment among patients at Dr. Pedro Fiorito Hospital attending the Nutrition outpatient clinic during the months of August and September, 2024, in Avellaneda, Buenos Aires Province, Argentina.”

Methodology: Descriptive, observational, and cross-sectional study. The sample included 30 patients aged 40 to 65 years with a BMI >30 kg/m². A questionnaire with open and closed questions was used.

Results: Adherence analysis to food groups shows varied results. Sweets, vegetables, and cereals have high adherence, while dairy and meats have lower levels. Factors such as personal preferences, dietary restrictions, and accessibility influence these results, highlighting the need to adjust nutritional recommendations according to the individual. Adherence to the nutritional treatment shows that 66.66% of participants have moderate adherence, while 20% show high adherence, and 13.33% show low adherence. Regarding economic access, only 36.66% of participants have constant economic access to food, while 26.66% cannot access it. Additionally, 46.66% consume foods outside the plan regularly, which hinders adherence to treatment.

The study shows that economic access to food influences adherence to nutritional treatment. Participants with limited access have higher moderate adherence but also higher rates of low adherence. In contrast, those who can purchase food show a higher proportion of high adherence, indicating that regular access facilitates following the nutritional plan.

Finally, consuming food outside the plan affects treatment adherence. Patients who do so occasionally show higher moderate adherence (88.88%) and none have low adherence. Those who do not consume food outside the plan show a balanced distribution between high, moderate, and low adherence. Those who regularly consume food outside the plan also maintain a significant moderate adherence (71.42%), suggesting that other factors may influence their overall compliance.

Discussion: This study evaluated adherence to nutritional treatment in patients with obesity, identifying the main obstacles as economic access to food and consumption outside the plan, contrasting with other studies where lack of motivation was significant. Compared to a study by Fundación Barceló, this work showed higher levels of motivation among participants but greater economic barriers (65% of women and 60% of men, compared to 27% and 5%, respectively). Regarding social support, 86.66% reported feeling supported, compared to lower figures in the Barceló study. In relation to a study conducted in Madrid, it was observed that barriers were different, with economic problems highlighted in this study and factors such as vacations or work issues in the Spanish study. The more moderate caloric restriction (1500-1800 kcal) in this study may have also favored adherence, as well as a more favorable context to reduce sugars and increase vegetables. It is concluded that interventions should be more personalized and adapted to the economic context to improve adherence and treatment effectiveness.

Conclusion: The study suggests that personalized nutritional interventions, along with addressing psychological and socioeconomic factors, could improve adherence to treatment. Future research with larger samples and greater consideration of socioeconomic factors is recommended to improve obesity management strategies.

Keywords: obesity, adherence, obstacles, comorbidities, food.

I. INTRODUCCIÓN:

En la actualidad, la obesidad es ya considerada como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en occidente y su prevalencia está aumentando tanto en países desarrollados como en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo.

Sin embargo, algunos autores han llamado ya la atención sobre la necesidad de considerar que esta relación establecida entre obesidad y enfermedad varía en función de las poblaciones y debe tener en cuenta diferentes aspectos sociales y medioambientales ligados a distintos niveles de modernización.

La alimentación saludable es reconocida como un factor crítico en la prevención de condiciones de salud crónicas, incluyendo hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares y obesidad.

La comunicación en salud y los tratamientos nutricionales son una estrategia efectiva para el cambio de normas y creencias sobre los comportamientos dietarios, especialmente promoviendo el conocimiento acerca de las elecciones alimentarias apropiadas.

Nutricionistas matriculados y profesionales de la salud son los responsables de llevar a cabo de manera efectiva estas estrategias de promoción y prevención.

Esta investigación se centra en detectar los obstáculos que podrían llevar al fracaso en la adherencia al tratamiento en la obesidad en los pacientes del Hospital Dr. Pedro Fiorito para así poder comprender cuales son los motivos.

Para llevar a cabo la investigación se empleó el análisis de estudios epidemiológicos y estudios de caso, además de realizar encuestas y entrevistas a los pacientes para obtener una comprensión más profunda de las percepciones y comportamientos alimentarios en esta población.

II. MARCO TEÓRICO:

III. I Principales definiciones:

La obesidad es una enfermedad caracterizada por el exceso de grasa corporal, la cual no solo afecta la salud física sino también a nivel psicológico y social.

¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la obesidad cuando se presenta un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor a 30 kg/m² ¹⁹, siendo esta un problema de salud pública a escala mundial, la cual va en aumento, y es considerada la pandemia del siglo XXI. ²

Esta enfermedad es considerada crónica, recurrente, de etiología compleja dada por un desequilibrio de energía, donde algunas de las causas que originan esta enfermedad se considera la escasa actividad física o sedentarismo, el alto consumo de calorías en la ingesta dietética y el nivel socioeconómico como principales factores desencadenantes, ¹ además de la interacción de factores genéticos, sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares²⁰.

La obesidad representa uno de los problemas más importantes de salud de nuestros tiempos; hoy en día se considera un desafío sanitario en los países tanto desarrollados, como en vías de desarrollo ya que han adoptado los hábitos alimenticios típicos de los primeros, y eso conlleva a padecer comorbilidades asociadas.² Dentro de estas se encuentra la hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares y cerebrales así como también algunos tipos de cáncer, agravando el riesgo de vida del paciente.¹

Hay diferentes tratamientos para abordar la obesidad en la actualidad. Una de las dificultades que se presentan al momento de llevar a cabo el tratamiento nutricional en estos pacientes es la falta de adherencia al mismo, ya que pueden tomar una actitud pasiva ante su enfermedad.

Se considera adherencia terapéutica a la manera en la que el paciente tiene una implicancia activa y voluntaria frente al cumplimiento del tratamiento, aceptándolo de

mutuo acuerdo junto con los profesionales de la salud.¹

Debemos tener en cuenta que la adherencia es un fenómeno complejo y multifactorial, porque en él interviene una gran variedad de situaciones (acudir a las citas, las conductas de riesgo, el entorno familiar, el nivel socio económico, etc.), y no es una conducta que sea permanente, porque puede o no presentarse de manera temporal, ya que la adherencia terapéutica lleva implícita una relación centrada en las necesidades de la persona, en la que hay que considerar sus valores y sus conocimientos, informarla adecuadamente y respetar la elección de sus alternativas terapéuticas; es decir, se debe migrar del modelo paternalista, en el que el paciente no tiene participación activa, a un modelo de decisiones compartidas. Se considera, por tanto, un error responsabilizar a un paciente como no adherente o como incumplidor, atribuyéndole en exclusiva la responsabilidad de un problema tan complejo y multifactorial como es la adherencia terapéutica¹⁹. Según la OMS la falta de adherencia al tratamiento, se ve en aumento, sobre todo para los países en desarrollo. De acuerdo a estudios, 8 de cada 10 pacientes que comienzan un tratamiento nutricional lo abandonan antes de concluirlo, esto se debe a varios factores que llevan a que el paciente no logre superar el tratamiento y muchas veces tampoco mantenerlo, lo que se conoce como un obstáculo³. El contexto socioeconómico, la complejidad del tratamiento, la participación del paciente, las condiciones de la enfermedad y el tipo de participación de los profesionales de la salud son algunos de los factores que intervienen en la adherencia. Es de suma importancia la comunicación y fluidez en esa instancia por parte del o los profesionales y el paciente.¹

A partir de diversos análisis multifactoriales se han identificado diversos obstáculos que afectan la adherencia terapéutica. Algunos de ellos son:

- Características del paciente: indiferencia y escaso grado de conocimiento sobre la enfermedad, el tratamiento o consecuencias de no realizar el mismo, escaso grado de confianza en la eficacia del tratamiento, escasa motivación para recuperar la salud, enfermedad percibida como poco grave, edades extremas (niños y ancianos), nivel educativo y estatus económico, inestabilidad emocional, depresión, personalidad hipocondríaca, mitos y creencias acerca de la enfermedad y los tratamientos (sociales y religiosos), resistencia a cambios de rutina para hacer ejercicio y para cambiar el tipo de

régimen alimentario.

- Características del régimen terapéutico: incompreensión del régimen terapéutico, características organolépticas desagradables, tratamientos crónicos y/o recurrentes.
- Características del entorno familiar y social: problemas de comunicación intrafamiliares o sociales, alto grado de conflicto entre las normas familiares/sociales y la conducta a seguir (violencia o falta de apoyo para el manejo de la enfermedad), soledad (vivir solo).
- Características de la estructura sanitaria: Burocracia administrativa, dificultad de acceso a los centros sanitarios, costo de la atención médica.
- Características del profesional sanitario: Desconfianza o poca cooperación entre el paciente y el profesional sanitario, profesional con aptitudes y actitudes negativas para presentar la información que desmotivan al paciente, falta de empatía hacia la condición emocional de los pacientes, ausencia de instrucciones escritas, lenguaje demasiado técnico.²²

Según la Guía de Práctica Clínica Nacional sobre abordaje integral de la obesidad en personas adultas del Ministerio de salud de la Argentina, que trabaja de manera interdisciplinaria considerando al paciente de manera holística se recomienda desde el abordaje nutricional un plan de alimentación saludable basado en alimentos frescos que incluya verduras, frutas, legumbres, frutos secos, semillas, cereales integrales (ej.: arroz integral), huevo, pescados y aceites vegetales insaturados, con bajo consumo de carnes rojas (optando por cortes magros), cereales refinados, alimentos y bebidas con exceso de calorías, grasas saturadas, trans o azúcares agregados y productos ultraprocesados, para favorecer el descenso de peso. ²⁴

Para finalizar, se sabe que la obesidad es una enfermedad crónica degenerativa que se convirtió en una especie de epidemia en el siglo XX y continúa en crecimiento en el siglo XXI, amenazando con colapsar la economía, así como también la salud pública a nivel mundial. La mejor manera de combatirla es la prevención, y no dejar de ver que la obesidad y el sobrepeso son la auténtica pandemia en todo el mundo.²

III. II Epidemiología:

En el año 2018 se realizó la 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Esta forma parte del Sistema de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (ENT) la cual proporciona información válida, confiable y oportuna sobre factores de riesgo.

En la tabla nº 1 se puede observar la prevalencia de exceso de peso, sobrepeso y obesidad por autorreporte en la población de 18 años y más por sexo, grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Año 2018. ¹⁶

| | Exceso de peso | | Sobrepeso | | Obesidad | |
|--|----------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|
| | % | CV | % | CV | % | CV |
| Total | 61,6 | 0,9 | 36,3 | 1,4 | 25,3 | 2,0 |
| Sexo | | | | | | |
| Varón | 68,5 | 1,0 | 41,9 | 2,0 | 26,6 | 2,9 |
| Mujer | 55,0 | 1,5 | 30,9 | 2,0 | 24,2 | 2,6 |
| Grupo de edad | | | | | | |
| 18 a 24 | 39,1 | 4,1 | 27,2 | 5,3 | 11,9 | 8,5 |
| 25 a 34 | 55,6 | 2,1 | 34,5 | 3,3 | 21,1 | 5,1 |
| 35 a 49 | 66,0 | 1,6 | 36,6 | 2,8 | 29,4 | 3,3 |
| 50 a 64 | 72,1 | 1,5 | 39,6 | 2,7 | 32,5 | 3,5 |
| 65 y más | 70,1 | 1,5 | 42,4 | 2,7 | 27,7 | 3,6 |
| Nivel educativo | | | | | | |
| Hasta primario incompleto | 70,9 | 2,4 | 37,5 | 5,2 | 33,4 | 5,5 |
| Primario completo y secundario incompleto | 68,4 | 1,3 | 38,2 | 2,3 | 30,2 | 2,8 |
| Secundario completo y más | 56,6 | 1,3 | 35,0 | 2,0 | 21,6 | 3,1 |
| Cobertura de salud | | | | | | |
| Obra social, prepaga o servicio de emergencia médica | 62,1 | 0,9 | 37,1 | 1,5 | 25,0 | 2,2 |
| Cobertura sólo pública | 60,5 | 1,7 | 34,4 | 2,8 | 26,1 | 3,8 |
| Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora | | | | | | |
| 1 | 61,8 | 2,2 | 34,3 | 3,6 | 27,6 | 4,1 |
| 2 | 62,8 | 2,1 | 35,2 | 3,4 | 27,6 | 4,0 |
| 3 | 65,4 | 1,7 | 37,3 | 3,1 | 28,1 | 3,9 |
| 4 | 63,2 | 1,8 | 39,0 | 3,3 | 24,2 | 4,3 |
| 5 | 55,0 | 1,9 | 35,4 | 2,9 | 19,6 | 4,2 |
| Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018. | | | | | | |

Tabla nº 1. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo - 2018.

III. III Resultados:

En la fase de autoreporte de la 4° edición de la ENFR, 6 de cada 10 adultos presentaron exceso de peso (sobrepeso + obesidad). Se evidencia que la tendencia se mantuvo en ascenso al comparar con las tres ediciones previas.

En el análisis antropométrico usando peso y talla medidas en el domicilio en la 4° edición de la ENFR, se obtuvo una prevalencia de exceso de peso (sobrepeso + obesidad) de 66,1% ¹⁶

- Mayores de 18 años:

En la población adulta, la prevalencia de exceso de peso fue de 67,9%. Se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto al nivel educativo: entre aquellos con nivel educativo hasta secundario incompleto (73,8%) el indicador fue mayor respecto de aquellos con secundario completo y más (62,3%).

La prevalencia de sobrepeso en la población adulta fue de 34,0%. Se evidenció mayor prevalencia de sobrepeso en los varones (37,5%) con respecto a las mujeres (31,1%). La prevalencia total de obesidad de la población adulta fue de 33,9%.

Se evidenció que el grupo de menor nivel educativo alcanzado tuvo una prevalencia de obesidad 1,4 veces mayor que el segmento educativo más alto (39,8% vs 28,3%). ¹⁷

III. IV Causas probables del problema:

El abandono y falta de adherencia al tratamiento para la obesidad tiene varios factores. Según un estudio, se demostró que la escasez de tiempo de los participantes y las dificultades de accesibilidad a los tratamientos serían probables responsables de más de la mitad de los casos de abandono. También por otro lado la insatisfacción con las metas alcanzadas, el basar la autovaloración predominantemente en la imagen corporal y el peso centrismo, y el usar la comida para regular el estado de ánimo, pueden ser otras de las causas probables de la obesidad y de no cumplir con el tratamiento comenzado ⁴.

También otros estudios reportan que el éxito de los tratamientos conductuales para el control de la obesidad está normalmente supeditado al cumplimiento de los

requerimientos del programa establecido desde el comienzo, y es de suma importancia en primer lugar la asistencia al mismo y luego la realización de las actividades relacionadas con la ingesta de calorías y la actividad física. En caso de no cumplir con esta metodología, comenzarán los obstáculos para el tratamiento en sí.⁵

Asimismo, no muchos de los pacientes obtienen la información necesaria para poder tomar decisiones, siendo esta una técnica de motivación para ellos.⁷

La falta de apoyo terapéutico, teniendo en cuenta los cambios en el estado de ánimo que pueden surgir en el paciente durante el tratamiento también surgen como obstáculos en el tratamiento para la obesidad. Es de total importancia que no solo se sientan motivados, sino que acompañados durante el proceso.

Otras situaciones que generan frustración en los pacientes, es comprender que la adhesión al tratamiento de la obesidad es un proceso que lleva mucho tiempo, aunque los cambios deberían ser para toda la vida.⁶

Esta falta de adhesión origina que los pacientes busquen tratamientos alternativos, como por ejemplo realizar AI (ayuno intermitente), ocasionando más complicaciones de las que ya la patología adquiere.⁸

Por último, existe una relación en la fisiopatología junto con el TDM (trastorno depresivo mayor). Esta podría corresponder a un efecto directo a nivel de la toxicidad cerebral que genera la obesidad. Cursar con las dos patologías a la vez está altamente asociada con resultados negativos para la salud. Los resultados en obesidad y trastornos depresivos pueden ser mejorados si se logra un enfoque más integral y por supuesto multidisciplinario, que tome a estas dos patologías y su coexistencia en consideración.¹⁵

III. V Antecedentes o estado del arte:

La eficacia en los tratamientos para abordar el sobrepeso y la obesidad ha sido estudiada desde hace tiempo tanto desde el punto de vista de la adherencia como la no adherencia al tratamiento.

Según la revisión del trabajo de investigación realizado por estudiantes de Lic. en Nutrición de la Fundación Barceló titulado "Relación entre la Percepción de Obstáculos y la Adherencia al Tratamiento Nutricional en integrantes de grupos

para el descenso de peso corporal” los resultados que se obtuvieron de las 100 encuestas discriminado por sexo (60% mujeres y 40% varones) fueron los siguientes:

-Obstáculos:

En relación a la cantidad de obstáculos percibidos al realizar el tratamiento, el 44% seleccionó menos de 4 obstáculos, el 48% entre 4 y 7 y el restante 8% más de 7.

Los Obstáculos para la adherencia al tratamiento seleccionados con mayor frecuencia fueron:

- “Falta de Motivación” en un 69%.
- “Antigüedad de la obesidad” en un 52%.
- “Antecedentes familiares de obesidad” en un 51%.
- “Baja autoestima” en un 49%.

Al analizar la Cantidad de Obstáculos desagregada por sexo, los resultados difieren en tres de sus dimensiones.

-Las mujeres seleccionaron “Falta de Recursos Económicos” en un 27% y los varones lo hicieron en un 5%.

-Los varones eligieron “Falta de apoyo del Entorno” en un 40% mientras que las mujeres lo hicieron en un 22%.

-La dimensión “Largas jornadas laborales” fue seleccionada por el 43% de los varones y el 25% de las mujeres.

-Adherencia:

La adherencia al Tratamiento Nutricional resultó del 10%, siendo mayor en los varones con 15%, que, en las mujeres, con un 7%.

No hubo diferencias entre cantidad de obstáculos y adherencia al tratamiento.

Las personas que adhirieron tuvieron un promedio de 4,8 Obstáculos, y aquellas que no, de 4. Se realizó el Test de 2 medias, obteniéndose un p valor de 0,28, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa.

-Conclusiones de la revisión:

Según los resultados de esta investigación los obstáculos que se observan son la falta de motivación, la antigüedad de la obesidad, antecedentes familiares de obesidad y baja autoestima como los más significativos. Además, se concluye que los obstáculos varían entre géneros, incluyendo la falta de recursos económicos, apoyo del entorno y el impacto de largas jornadas laborales. A pesar de los mismos, la adherencia general al tratamiento fue baja, con un cumplimiento levemente mayor en varones que en mujeres. Llamativamente, no se encontró una correlación significativa entre la cantidad de obstáculos percibidos y la adherencia al tratamiento, sugiriendo que la complejidad de la adherencia a tratamientos nutricionales va más allá de la simple acumulación de dificultades percibidas. Este estudio hace hincapié en la necesidad de enfoques individualizados y de apoyo en los programas de nutrición para mejorar la eficacia de los tratamientos de descenso de peso.

Por otra parte, según el trabajo de investigación titulado “Variables predictoras de baja adherencia a un programa de modificación de estilos de vida para el tratamiento del exceso de peso en atención primaria” se buscó identificar las posibles variables predictoras de adherencia a un programa piloto de Modificación de Estilos de Vida (MEV) basado en dieta equilibrada hipocalórica, promoción de ejercicio físico y apoyo psicológico, desarrollado en Atención Primaria (AP) y dirigido a 60 pacientes con sobrepeso y obesidad (IMC entre 27-39,9 kg/m²) que tenían entre 18-50 años, que residían en Madrid, España. La dieta se centró en una restricción calórica de 500 kcal/ día para alcanzar una pérdida de peso del 5-10% en 6 meses, con un reparto de macronutrientes equilibrado.

Se registraron hábitos alimentarios y se promovió la actividad física cardiovascular y de fuerza. Se evaluaron variables sociodemográficas, estilos de vida, medidas antropométricas, análisis bioquímicos y dietéticos al inicio y a los 6 meses. La asistencia a sesiones grupales quincenales fue parte integral del programa, que incluyó educación nutricional, pautas de actividad física y apoyo psicológico basado en Mindfulness. Para evaluar los resultados se utilizaron cuestionarios específicos sobre hábitos de

vida relacionados con la obesidad y se aplicaron pruebas estadísticas para analizar los datos recopilados.

-Obstáculos:

La edad e IMC medio de los participantes (71% mujeres) fue 40 ± 9 años y $32,7 \pm 4$ kg/m² respectivamente. El 17% de ellos declaró, al inicio del programa, que la actividad profesional podría ser el principal obstáculo para lograr el adecuado cumplimiento. A los 6 meses el 55% de los sujetos presentó una baja adherencia al programa. Las causas autoreferidas de no adherencia o abandono del tratamiento fueron: vacaciones estivales (18%), problemas laborales (16%), falta de motivación (4%) y problemas familiares (2%).

Al finalizar la intervención, se observó que los sujetos cuyo periodo de exfumadores fue < 4 meses presentaron menor adherencia al programa de MEV, mientras que aquellos con un periodo de abstinencia mayor tuvieron una adherencia más alta (9,1% vs 47,4%; $p < 0,01$). Del mismo modo, los sujetos con IMC inicial < 35 kg/m² se adhirieron mejor que los sujetos con IMC ≥ 35 kg/m² (55% vs 25%; $p < 0,05$).

Los participantes que, según el Cuestionario de Hábitos de Vida, declararon mayor contenido calórico inicial de la dieta comparado con aquellos con menor contenido (escala CC: 2,17 vs 2,6; $p < 0,01$) y menor práctica de ejercicio físico basal comparado a los sujetos con mayor práctica de actividad (escala EF: 1,78 vs 2,19; $p < 0,05$) no finalizaron el programa. Además, se observó una tendencia mayor al abandono de solteros frente a casados (66,7% vs 26,7%; $p = 0,057$) Entre los sujetos que completaron la intervención se observó una reducción significativa del peso con respecto al inicio del programa ($86,0 \pm 15,6$ vs $79,2 \pm 13,4$ kg; $p < 0,001$),

del % masa grasa ($41,6 \pm 4,6$ vs $38,8 \pm 5,4\%$; $p < 0,001$), del perímetro de cintura ($104,0 \pm 10,0$ vs $94,6 \pm 9,4$; $p < 0,001$) y de la glucemia basal ($108 \pm 45,48$ vs $94,38 \pm 11,97$ mg/dL; $p < 0,01$). Igualmente, se observó una disminución del porcentaje de grasa ingerida ($39,6 \pm 4,8$ vs $35,5 \pm 5,6\%$; $p < 0,01$), que repercutió positivamente en el perfil calórico de la dieta.

-Adherencia:

En los sujetos con mayor adherencia al programa se observó un aumento de la práctica de actividad física moderada: incremento de días por semana ($1,43 \pm 1,92$ vs $2,36 \pm 1,89$ días; $p < 0,01$); minutos dedicados ($32,61 \pm 48,88$ vs $70,00 \pm 138,05$ minutos; $p < 0,05$) y número de días en los que se caminó al menos 10 minutos ($4,11 \pm 2,48$ vs $5,15 \pm 2,25$ días; $p < 0,01$). Así mismo, un elevado porcentaje de sujetos practicó ejercicio > 3 días/semana ($8,33\%$ vs $54,17\%$).²³

-Conclusiones:

El estudio concluyó que la baja adherencia estuvo influida por factores como el periodo de abstinencia de los exfumadores, el IMC inicial, el contenido calórico de la dieta, la práctica de ejercicio físico basal, y el estado civil. A pesar de los obstáculos identificados, como problemas laborales y falta de motivación, aquellos participantes que completaron el programa mostraron mejoras significativas en peso, masa grasa, perímetro de cintura, y glucemia basal, además de adoptar hábitos más saludables en su alimentación y actividad física. El estudio destaca la importancia de considerar estas variables para mejorar la eficacia de los programas de modificación de estilos de vida en atención primaria.

III. VI Soluciones posibles:

No hay una única solución a este problema, sin embargo, se demostraron varios recursos que podrían generar un cambio en cada participante. Se busca realizar un tratamiento con equipo interdisciplinario, en donde nutricionistas, médicos clínicos, endocrinólogos, psicólogos, coaching nutricional¹³, kinesiólogos y profesores de educación física sean parte del mismo.¹⁴

Este tipo de tratamiento lograría la correcta adhesión al mismo y que el paciente tenga una autopercepción positiva como posibles soluciones frente al fracaso que hay en este tipo de procedimientos. Un correcto apoyo nutricional, la motivación, trabajo psicológico, lograrán que los pacientes puedan llevar a cabo el tratamiento y lograr sus resultados. ⁷

Por otra parte, según la Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad del Ministerio de Salud, se recomienda por un lado el abordaje conductual con el área de psicología, asociado a un plan alimentario nutricional y ejercicio físico sostenido en el tiempo para lograr una mayor pérdida de peso. La realización de estas estrategias de manera conjunta demuestra que la persona logra mejores resultados en estos pacientes ⁹

Finalmente, según otros estudios que investigan la farmacología y la relación con la obesidad, se puede ver que el tratamiento semanal con Semaglutida administrada a nivel subcutánea sumados a los cambios en el estilo de alimentación y actividad física, dan como resultados pérdida de peso sostenida en el tiempo clínicamente relevante. ¹²

III. VII Vacíos de conocimiento:

Según estudios las App fueron consideradas como herramientas que podrían ser útiles para tratar a los pacientes con obesidad, aunque quedó demostrado que su uso es todavía limitado. Si bien fueron consideradas estas herramientas para el control del peso, en especial en la mejora de la adherencia y en la motivación se requiere todavía una mayor definición de sus funcionalidades, así como del rol del profesional y su participación, tanto en el diseño como en la supervisión del tratamiento. ¹⁰

Por otro lado, en el tratamiento con fármacos y placebo, los primeros fueron superiores a los segundos en relación a la pérdida de peso, sin embargo, es necesario evaluar el costo beneficio de su uso y los resultados a largo plazo. ¹

III. VIII Justificación de la investigación:

Como humanos, estamos inmersos en complejas estructuras sociales que marcan y organizan nuestro comportamiento. En la actualidad, la obesidad es una situación corporal que cabalga entre los límites de lo médico-nutricional, lo psicológico y lo socio-cultural.

El hecho de ser obeso o no, afecta transversalmente a los individuos y a las sociedades, en base tanto a la construcción de los discursos socioculturales (a menudo con una fuerte carga moral) y, sobre todo, en los últimos años, en base a los parámetros analíticos y de actuación creados y puestos en práctica particularmente desde el campo de la salud pública.

La importancia de esta investigación radica en mejorar los conocimientos sobre la adhesión, el fracaso, así como también los obstáculos en el tratamiento nutricional para la obesidad, independientemente de las comorbilidades asociadas como la diabetes, hipertensión, entre otras. De este modo, permitirá un análisis más amplio de los efectos del tratamiento en una población diversa, buscando beneficiar tanto a los pacientes que la padecen, así como también a los profesionales de la salud que lleven a cabo el trabajo exhaustivo y comprometido para tratar la nueva pandemia del siglo XXI.

III. IX Problema:

Se desconoce cuál es la adherencia en el tratamiento para la obesidad en pacientes del Hospital Dr. Pedro Fiorito y cuáles son los obstáculos para su implementación.

III. OBJETIVOS:

IV. I Objetivo general:

Evaluar la adherencia y los obstáculos en el tratamiento para la obesidad en pacientes del Hospital Dr. Pedro Fiorito que asisten al consultorio externo de Nutrición durante los meses de agosto y septiembre, del año 2024, en la localidad de Avellaneda, provincia de Buenos Aires, Argentina.

IV. II Objetivos específicos:

- Determinar el nivel de adherencia en el tratamiento para la obesidad.
- Identificar si existen obstáculos en el tratamiento para la obesidad.
- Relacionar los obstáculos que se presentan en el tratamiento con la falta de adherencia.
- Describir las motivaciones para la continuidad del tratamiento para la obesidad.

IV. DISEÑO METODOLÓGICO:

V. I Tipo de estudio y diseño:

El presente estudio es de tipo descriptivo observacional y transversal.

V. II Población:

La población estuvo conformada por pacientes ambulatorios que concurren al servicio de Nutrición del Hospital Dr. Pedro Fiorito en partido de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires durante los meses de agosto y septiembre de 2024.

V. III Muestra:

La muestra estuvo constituida por 30 personas de ambos sexos entre 40-65 años que estén bajo tratamiento nutricional como mínimo 1 mes, en el servicio de Nutrición del Hospital Dr. Pedro Fiorito en el partido de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires durante los meses de agosto y septiembre de 2024.

V. IV Técnica de muestreo:

La técnica utilizada en esta investigación es no probabilística por conveniencia.

V. V Criterios de inclusión:

- Concurrentes/pacientes del Hospital Dr. Pedro Fiorito.
- Pacientes ambulatorios del servicio de Nutrición entre 40-65 años.

- IMC >30kg/m², calculado por la Lic. Andrea Fuentes en la primera consulta.
- Pacientes en tratamiento Nutricional como mínimo 1 mes.
- Consentimiento informado.

V. VI Criterios de exclusión:

- Pacientes post quirúrgicos.
- Pacientes oncológicos.

V. VII Definición operacional de las variables:

| VARIABLES | DIMENSIONES | INDICADORES | VALOR DE LA VARIABLE |
|-----------------|---------------|-----------------|----------------------|
| Edad | Rango de edad | >18 años | Años |
| | | De 40 a 60 años | |
| Género | | | Femenino |
| | | | Masculino |
| | | | Otro |
| Nivel educativo | | Años cursados | Primaria |
| | | | Secundaria |
| | | | Terciario |

| | | | |
|-----------------------|---|------------------------------|----------------------------|
| | | | Universitario |
| Ocupación | | Ocupación actual | Profesional |
| | | | Ama de casa |
| | | | En relación de dependencia |
| | | | Jubilado |
| | | | Administrativo |
| | | | Cuentapropista |
| Estado nutricional | | IMC >30kg/m ² | Obesidad |
| Grado de obesidad | | IMC 30-34,9kg/m ² | Obesidad grado I |
| | | IMC 35-39,9kg/m ² | Obesidad grado II |
| | | IMC >40kg/m ² | Obesidad grado III |
| Pérdida de peso | Descenso de peso desde el inicio del tratamiento | Kg descendidos | Sí No |
| | Mantenimiento del descenso de peso | Kg no aumentados | Sí No |
| Tiempo en tratamiento | Tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento | Meses Años | Menos de 3 meses |
| | | | De 3 a 6 meses |
| | | | De 6 meses a 1 año |
| | | | Más de un año |
| Actividad física | Tipo de actividad | Leve | Caminar lento, |

| | | | |
|---------------------------------------|---|----------------------------|--|
| | física que realiza | | jardinería, tareas domésticas |
| | | Moderada | Caminar rápido, bailar, nadar, bicicleta, deportes recreativos |
| | | Intensa | Correr, trotar, básquet, tenis, fútbol, soga, gimnasio. |
| | Frecuencia de realización de actividad física | Cantidad de días semanales | Menos de 3 veces |
| | | | Entre 3 y 5 veces |
| | | | Más de 5 veces |
| | | | Todos los días |
| Presencia de comorbilidades asociadas | | Presencia Ausencia | Diabetes |
| | | | Hipertensión |
| | | | Dislipemia |
| | | | Nefropatías |
| | | | Artritis/Artrosis |
| | | | Alteración tiroidea |
| | | | Afecciones respiratorias |
| Adherencia al tratamiento | Comidas en las que consume vegetales | No consume | No adhiere |
| | | 1 comida | Adhiere parcialmente |

| | | | |
|--|---|-----------------------|----------------------------------|
| | | 2 comidas | Adhiere totalmente |
| | | Más de 2 comidas | No adhiere/adhiere parcialmente? |
| | Cantidad de fruta consumida por día | No consume | No adhiere |
| | | De 1 a 2 porciones | Adhiere parcialmente |
| | | 3 porciones | Adhiere totalmente |
| | | Más de 3 porciones | No adhiere/adhiere parcialmente |
| | Tipo de lácteo que consume | Lácteos enteros | No adhiere |
| | | Lácteos descremados | Adhiere |
| | Porciones de lácteos consumidas por día | Ninguna | No adhiere |
| | | Entre 1 y 2 porciones | Adhiere parcialmente |
| | | Entre 3 y 4 porciones | Adhiere totalmente |
| | | Más de 4 porciones | No adhiere |
| | Comidas en las que consume carne | Ninguna | No adhiere |
| | | 1 comida | Adhiere parcialmente |
| | | 2 comidas | Adhiere totalmente |
| | Cantidad de huevo consumido por día | No consume | No adhiere |
| | | 1 porción | Adhiere |

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
| | | Más de 1 porción | No adhiere |
| Porciones de cereal / legumbre / vegetal consumidas | C | No consumo | No adhiere |
| | | 1 porción | Adhiere |
| | | Más de 1 porción | No adhiere |
| Consumo diario de agua | | Menos de 1 litros | No adhiere |
| | | De 1 a 2 litros | Adhiere parcialmente |
| | | De 2 a 3 litros | Adhiere totalmente |
| Consumo de gaseosa light semanal | | No consumo | Adhiere |
| | | 1 vez por semana | No adhiere |
| | | Más de 1 vez por semana | |
| | | Consumo con azúcar / original / regular | |
| Consumo de alcohol | | No consumo | Adhiere |
| | | Consumo | No adhiere |
| Consumo de dulces | | No consumo | Adhiere |
| | | Consumo | No adhiere |
| Método de endulzado | | No endulzo / edulcorante | Adhiere |
| | | Miel / azúcar | No adhiere |
| Forma de consumo | | En crudo | Adhiere totalmente |

| | | | |
|------------------------|--|--|---|
| | de aceite | Para fritura | No adhiere |
| | | De ambas maneras | Adhiere parcialmente |
| | Comidas que realiza en el día | Desayuno Almuerzo Merienda Cena 1 colación 2 colaciones | No adhiere (<3 comidas) Adhiere parcialmente (3-4 comidas) Adhiere totalmente (5-6 comidas) |
| Acceso a los alimentos | Capacidad de compra de los alimentos brindados por la Licenciada | Si puedo comprar | Adhiere totalmente |
| | | A veces puedo comprar | Adhiere parcialmente |
| | | No puedo comprar | No adhiere |

V. VIII Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos:

Para la recolección de datos se utilizó una encuesta (ver en Anexos) semiestructurada, mixta (combinando preguntas cerradas y abiertas), de carácter anónimo y que tuvo como objetivo medir la adherencia al tratamiento para la obesidad y la presencia de obstáculos para la adherencia al mismo. La misma fue gestionada por el entrevistador.

V. IX. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos:

Se llevó a cabo la investigación siguiendo los lineamientos establecidos en el artículo 8 de la Declaración de Helsinki. La encuesta fue realizada en la sala de espera

del consultorio externo al cual los pacientes acuden. Antes de participar, se les solicitó leer el consentimiento informado y expresar su acuerdo firmándolo, el cual estaba anexado al formulario utilizado para la recolección de datos (ver en Anexos).

V. **RESULTADOS:**

Se realizó un total de 30 encuestas a pacientes con diagnóstico de obesidad, determinado según el índice de masa corporal (IMC), quienes asistieron a consulta de nutrición en el Hospital Dr. Pedro Fiorito durante los días miércoles y jueves de los meses de agosto y septiembre de 2024. Tal como se observa en el Gráfico N°1, el 66.60% de los participantes pertenecen al género femenino, mientras que el 33.30% corresponden al género masculino (ver Tabla N°1 en Anexos).

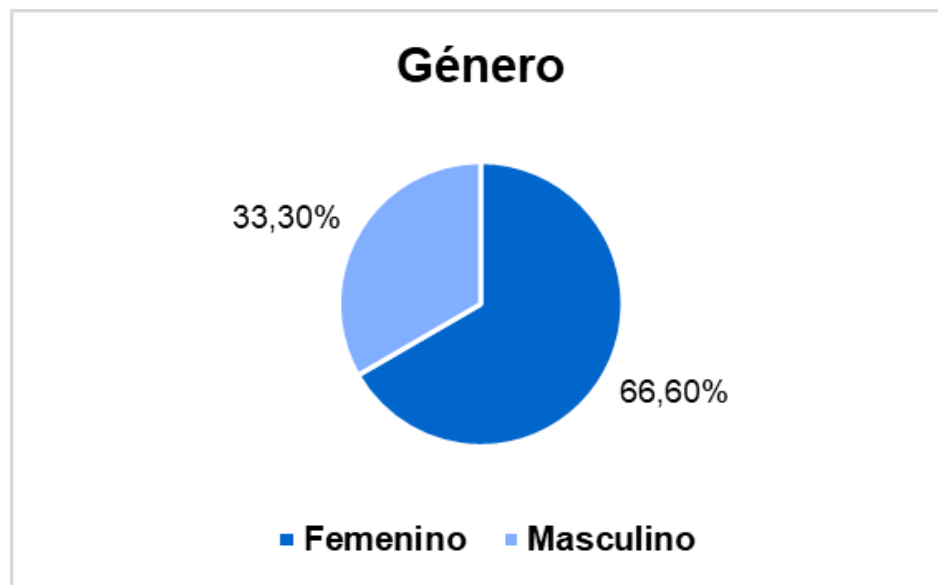


Gráfico N° 1: Sexo de la población.

El promedio de edad del total de la muestra es de 51,53 años (ver Tabla N° 2 en Anexos), siendo el promedio etario para el género femenino y masculino de 51,4 años y 51,8 años, respectivamente (ver Tabla N° 3 en Anexos).

En cuanto al nivel educativo de los participantes representado en el gráfico N° 2, la mayor parte de la muestra posee una educación primaria, representando el 56,66% del total. Un 33,33% ha alcanzado el nivel de educación secundaria, mientras que solo un 10% cuenta con estudios universitarios (ver Tabla N° 4 en anexos).

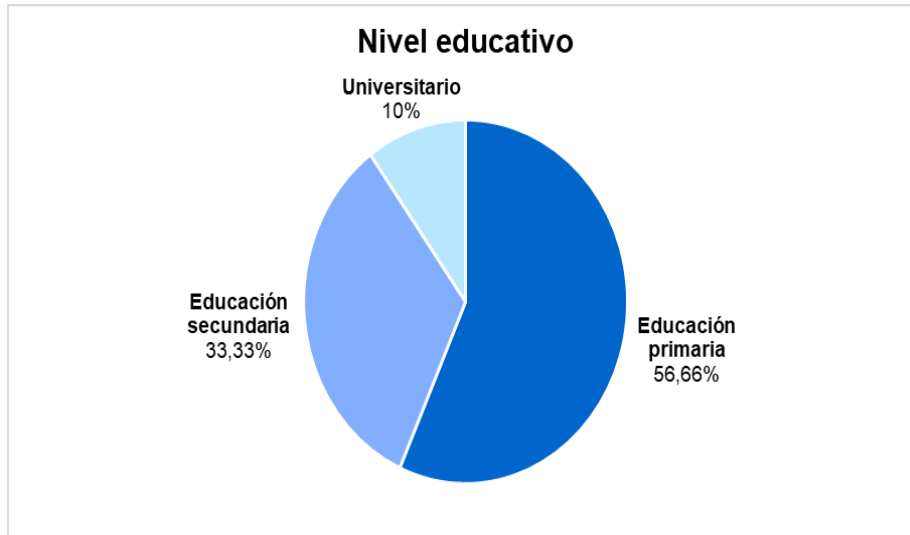


Gráfico N° 2: Nivel educativo.

En lo que respecta a la ocupación de los participantes de la muestra (n=30), en el Gráfico N° 3 se observa que la mayoría se identificó como ama de casa, representando el 40% del total. Un 20% de los encuestados trabaja en relación de dependencia, seguido por un 16,66% que trabaja de manera independiente como cuentapropistas. Un 13,30% se desempeña en ocupaciones profesionales, mientras que un 6,66% son jubilados y un 3,33% trabaja en el área administrativa (ver Tabla N° 5 en Anexos).

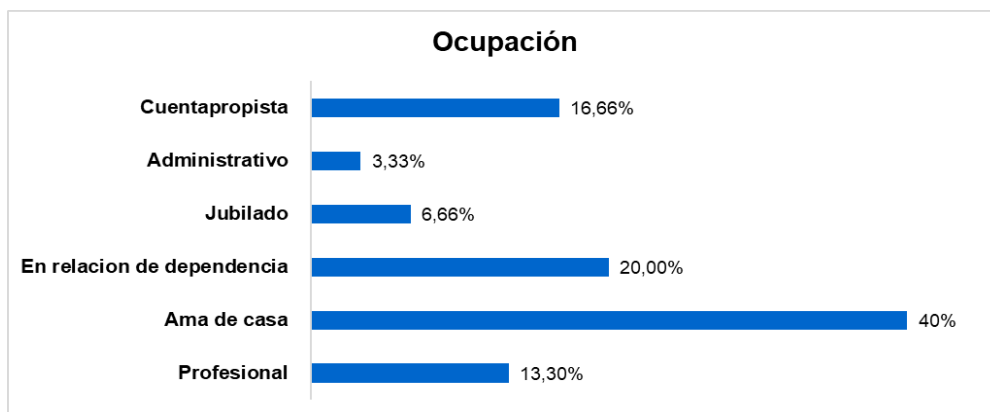


Gráfico N° 3: Ocupación.

En cuanto al diagnóstico nutricional de los participantes, el mismo fue evaluado mediante el índice de masa corporal (IMC), el cual arroja como resultado (Gráfico N° 4) una predominancia de obesidad grado I en el 60% de los individuos. Un 23,33% presenta obesidad grado III, mientras que un 16,66% se encuentra en el rango de obesidad grado II (ver Tabla N° 6 en Anexos).

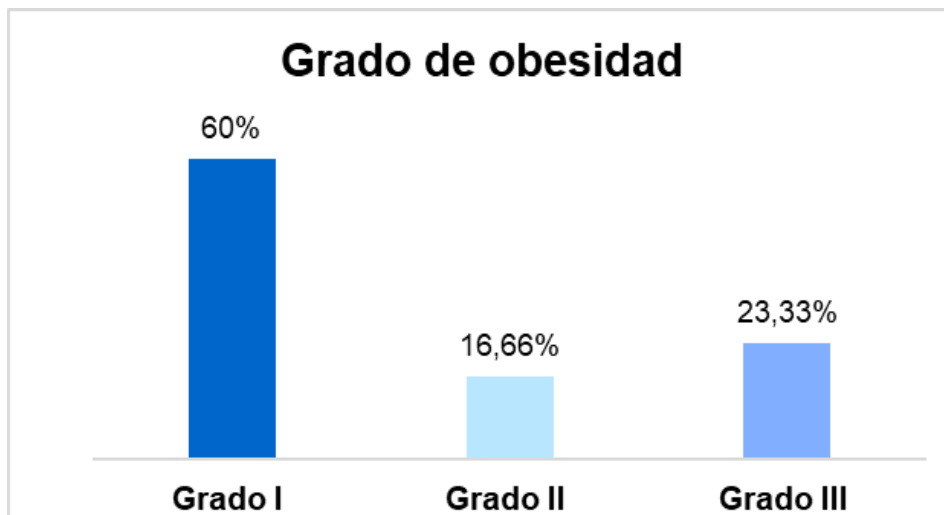


Gráfico N° 4: Grado de obesidad según IMC.

En el Gráfico N° 5 se observa el tiempo de antigüedad en el tratamiento, por lo que se concluye en que el 66,66% llevaban de 1 a 3 meses, el 16,66% de 4 a 6 meses, el 13,33% de 7 meses a 1 año, y finalmente el 3,33% se encontraba en tratamiento desde hace más de 1 año (ver Tabla N° 7 en Anexos).

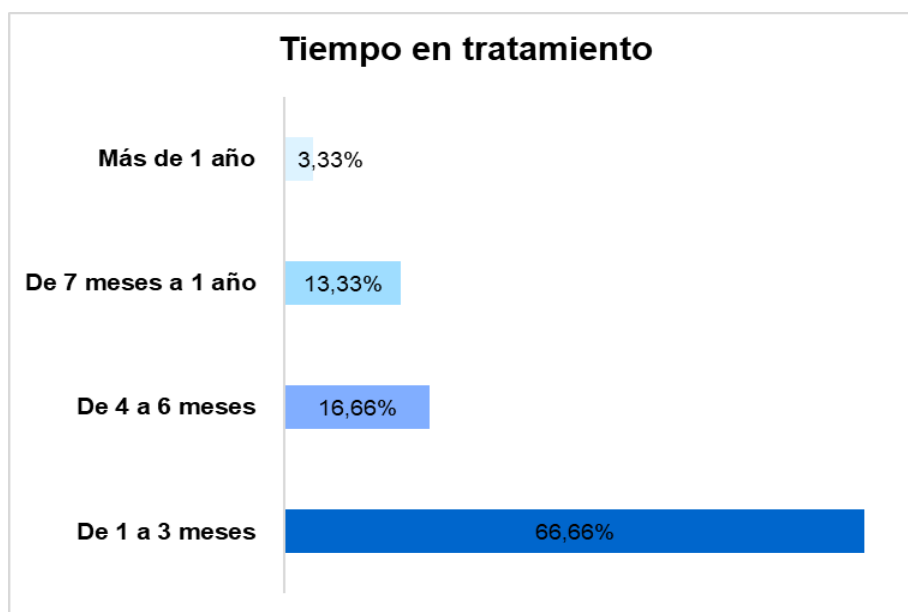


Gráfico N° 5: Tiempo en tratamiento.

En relación al gráfico visto anteriormente, sería fundamental evaluar tanto el descenso de peso durante el tratamiento como su mantenimiento a largo plazo. Los resultados obtenidos y plasmados en el Gráfico N° 6 muestran que un 70% de los encuestados lograron disminuir su peso y mantener esa reducción, lo cual sugiere que la intervención nutricional ha tenido un efecto positivo en una gran parte de los participantes. Sin embargo, es importante señalar que un 23,33% de los pacientes, aunque lograron bajar de peso inicialmente, no pudieron mantener dicha pérdida, mientras que el 6,66% restante no logró reducir su peso en absoluto. Estos hallazgos destacan no solo el éxito de la intervención, sino también la necesidad de investigar los obstáculos que podrían estar afectando la adherencia al tratamiento en aquellos que no consiguieron mantener o alcanzar una reducción de peso significativa (ver Tabla N° 8 en Anexos).



Gráfico N° 6: Descenso de peso.

En el análisis de comorbilidades en la muestra estudiada (Gráfico N° 7), se observó que el 33,33% de los pacientes no presentaban ninguna patología asociada. Sin embargo, entre aquellos que sí manifestaron comorbilidades, la diabetes fue la más frecuente, afectando al 50% de los casos, seguida de la hipertensión arterial (HTA) en un 30% y dislipemia (DLP) en un 26,66%. Además, un 10% de los individuos presentaron alteraciones tiroideas, mientras que nefropatías y artritis/artrosis estuvieron presentes en un 6,66% cada una. Las afecciones respiratorias fueron las menos comunes, con una prevalencia del 3,33%. Esta distribución resalta la

variabilidad en la carga de enfermedades crónicas dentro del grupo de estudio. Asimismo, es importante considerar que, aunque no se puede determinar de manera general si la obesidad es la causa o el efecto de las comorbilidades (por lo que depende de cada paciente), se observa una clara relación con estas patologías, lo cual subraya la necesidad de abordajes personalizados en el manejo nutricional de cada caso (ver Tabla N° 9 en Anexos).

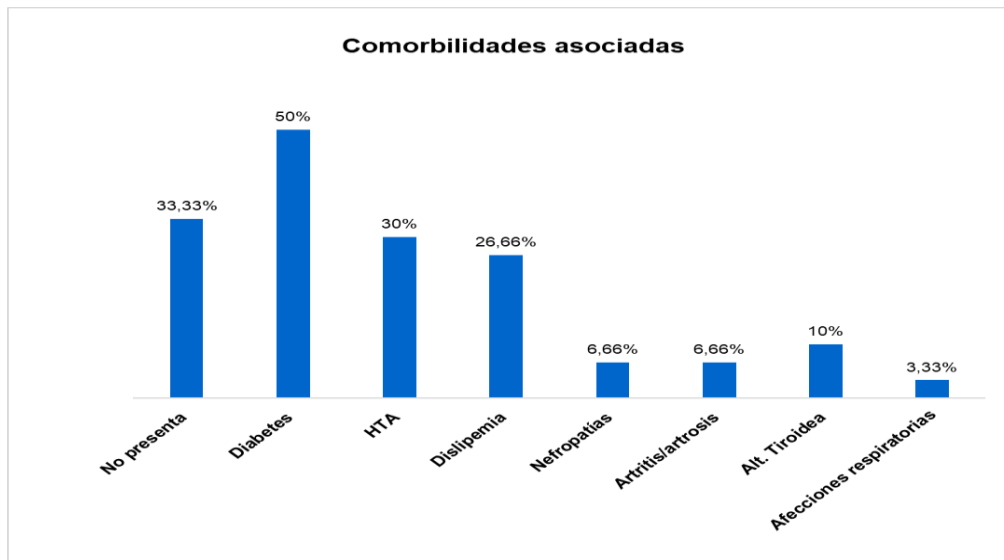


Gráfico N° 7: Presencia de comorbilidades asociadas.

En el gráfico N° 8, donde muestra los niveles de adherencia de los participantes a distintos grupos de alimentos en función del plan nutricional proporcionado por la nutricionista del Hospital Dr. Pedro Fiorito. Este análisis de adherencia se realizó a partir de las respuestas de los participantes, evaluando el cumplimiento de las recomendaciones nutricionales establecidas. (ver Tabla N° 10 en Anexos)

Los resultados reflejan una alta adherencia en el grupo de **dulces**, donde el 70% de los participantes sigue completamente las recomendaciones, mientras que el 30% no lo hace. Esto sugiere que la mayoría de los participantes limita el consumo de azúcares conforme a lo recomendado. En el grupo de **cereales, legumbres y verduras del grupo C**, se observa una adherencia total del 70% y un 30% de no adherencia, indicando que una gran mayoría de los participantes incluye estos alimentos en su dieta de acuerdo con el plan nutricional. En cuanto al consumo de **huevo**, el 66,66% de los participantes adhiere totalmente a las recomendaciones, mientras que el 33,33% no lo hace.

En el caso del modo de uso del **aceite**, el 63,33% de los participantes cumple completamente con las recomendaciones, mientras que un 6,66% no adhiere y un 30% lo hace parcialmente.

En el grupo de **carnes**, los resultados muestran que el 73,33% de los participantes adhiere parcialmente, y solo el 20% cumple totalmente con las recomendaciones, mientras que el 6,66% no adhiere. El grupo de **lácteos** presenta un 50% de no adherencia, lo cual es considerablemente alto, y solo el 26,66% de adherencia total.

En el caso de las **frutas**, se observa una adherencia parcial del 80% y una adherencia total del 16,66%, con un mínimo del 3,33% que no adhiere. Esto sugiere que, aunque los participantes consumen frutas, quizás no alcanzan las cantidades recomendadas en el plan nutricional. Por último, en el grupo de **vegetales**, se observa una adherencia total del 46,66% y parcial del 40%, con solo un 13,33% de no adherencia, lo cual refleja una tendencia positiva en la incorporación de estos alimentos en la alimentación diaria.

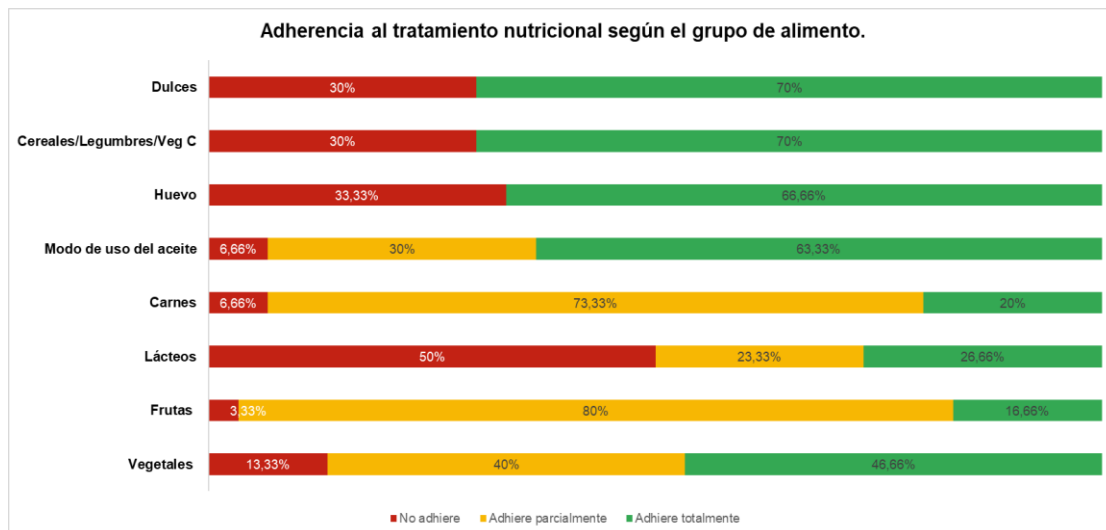


Gráfico N° 8: Adherencia según el grupo de alimentos.

En el siguiente gráfico (Gráfico N° 9), se observa la adherencia al tratamiento nutricional según las bebidas consumidas por los participantes. (ver Tabla N° 11 en Anexos)

En el caso de las **infusiones endulzadas**, el 86,66% de los participantes adhiere totalmente a las recomendaciones ya que no endulzan las infusiones o lo hacen con

edulcorante (tal como lo indica el plan mencionado anteriormente), mientras que el 13,33% no lo hace. Por otro lado, el consumo de **gaseosas** muestra una adherencia del 66,66% y una no adherencia del 33,33%. Esto sugiere que, aunque una mayoría de los participantes cumple con las recomendaciones para reducir o evitar el consumo de bebidas azucaradas, un tercio aún no lo hace.,

En cuanto al consumo de **agua**, el 60% de los participantes adhiere completamente a las recomendaciones, el 13,33% adhiere parcialmente y el 26,66% no sigue las recomendaciones.

Por último, en cuanto al consumo de agua, se observa un aspecto positivo, ya que un alto porcentaje de los participantes cumple completamente con la ingesta de agua recomendada. Este dato refleja un avance favorable en la adherencia a las pautas de hidratación, aunque todavía hay un porcentaje menor de participantes que no alcanza el consumo adecuado por lo que se debería seguir haciendo hincapié en educación alimentaria.

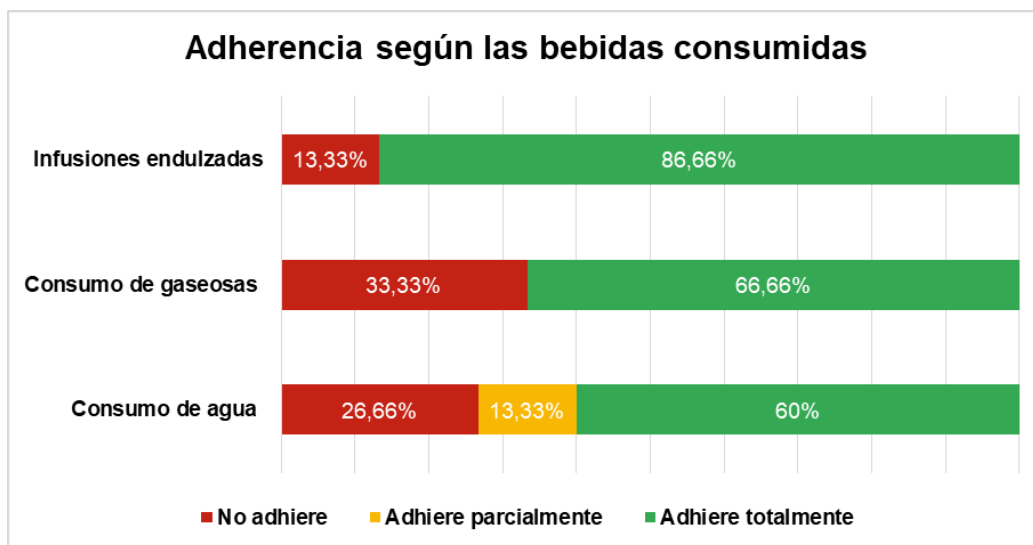


Gráfico N° 9: Adherencia según el consumo de bebidas.

Analizando el número de comidas realizadas a lo largo del día por los participantes (Gráfico N°10), se evalúa su adherencia al tratamiento. (ver Tabla N° 12 en Anexos)

Los resultados indican que el 66,66% de los participantes adhiere totalmente a las recomendaciones, cumpliendo con el número de comidas sugeridas en el plan.

Por otro lado, el 16,66% de los participantes adhiere parcialmente a las recomendaciones sobre las comidas diarias. Finalmente, el 16,66% de los participantes no adhiere a las recomendaciones en cuanto a las comidas realizadas en el día.

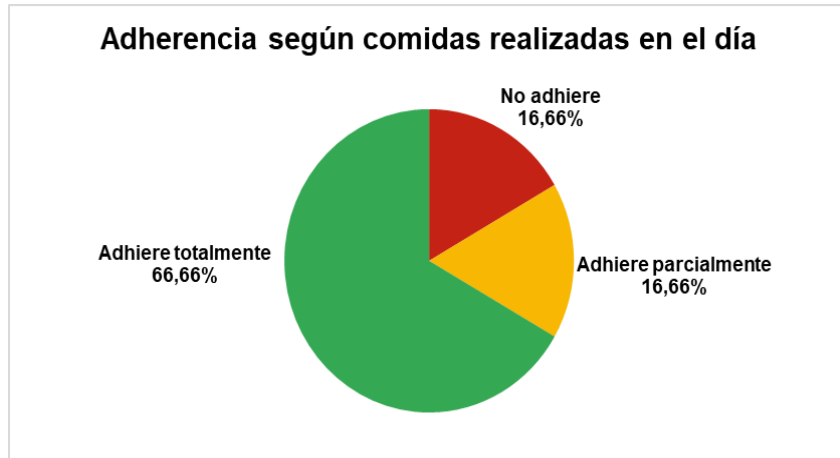


Gráfico N° 10: Adherencia según comidas realizadas en el día.

El gráfico N° 11 muestra la distribución de la adherencia total al tratamiento nutricional por parte de los participantes. Se observa que un 20% de los participantes muestra una adherencia alta, lo cual indica un compromiso con el tratamiento nutricional propuesto. La categoría de adherencia media abarca el 66,66% de los participantes mientras que sólo un 13,33% de los participantes se clasifica con adherencia baja (ver Tabla N° 13 en Anexos).

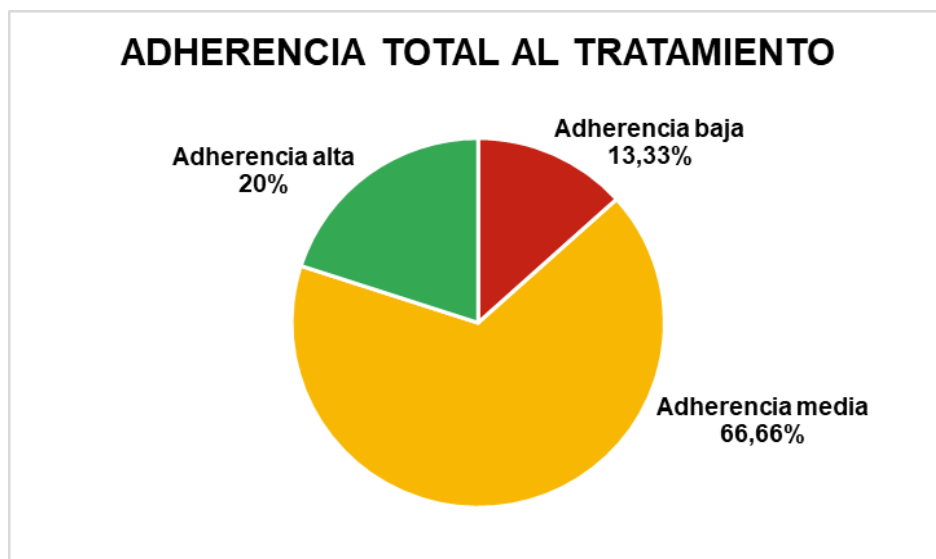


Gráfico N° 11: Adherencia total al tratamiento nutricional.

El gráfico N° 12 analiza dos aspectos clave relacionados con la adherencia al tratamiento nutricional: el acceso económico a los alimentos y el consumo regular de alimentos por fuera del plan (ver Tabla N° 14 en Anexos).

En cuanto al acceso económico a los alimentos, el 36,66% de los participantes señaló que tiene acceso económico constante a los alimentos, mientras que otro 36,66% indicó que este acceso es intermitente (“a veces”). Por otro lado, un 26,66% de los encuestados indicó no poder acceder económicamente a los alimentos.

En relación con el consumo regular de alimentos por fuera del plan, el 46,66% de los encuestados indicó que consume estos alimentos de manera habitual, lo que representa un obstáculo importante para el seguimiento del tratamiento. Un 30% manifestó consumirlos ocasionalmente, mientras que un 23,33% señaló que no lo hace. Esto evidencia que más de la mitad de los participantes presenta dificultades para mantenerse dentro del plan alimentario, ya sea de forma constante o esporádica, lo que podría influir en los resultados esperados del tratamiento.

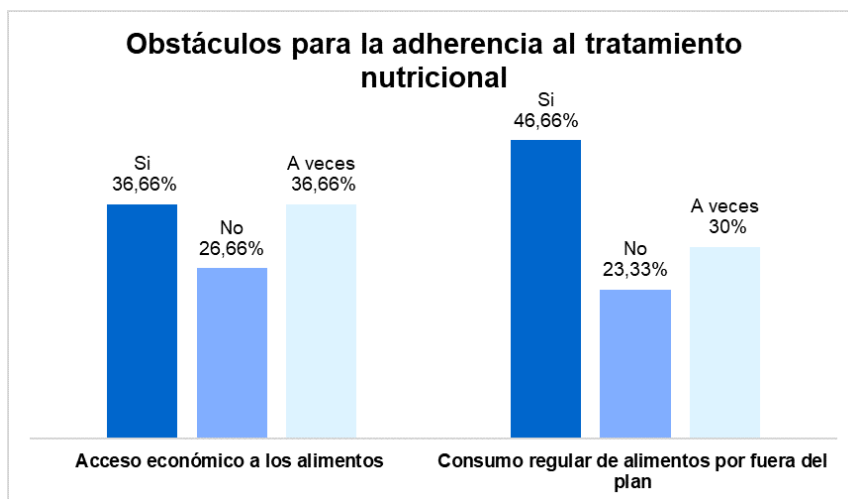


Gráfico N° 12: Obstáculos para la adherencia al tratamiento nutricional.

Al consultarle a los participantes sobre el motivo que los llevó a consumir alimentos por fuera del plan y cómo se sentían luego, se obtuvieron varias respuestas las cuales fueron plasmadas en la imagen n° 1, siendo las más destacadas el gusto, deseo, satisfacción y ansiedad.



Imagen nº 1: Motivo de consumo de alimentos por fuera del plan y sensación luego de dicho acto.

El gráfico N° 13 analiza el acceso económico a los alimentos según género, clasificando las respuestas en tres categorías: “Sí”, “A veces” y “No”, permitiendo identificar diferencias significativas en la seguridad alimentaria entre varones y mujeres.

En primer lugar, se observa que, dentro del grupo masculino, el 40% de los varones reporta tener acceso económico estable a los alimentos. Este mismo porcentaje señala tener acceso solo “a veces”, lo cual evidencia que una proporción importante enfrenta inestabilidad en su capacidad para adquirir alimentos. Finalmente, el 20% de los varones declara no contar con acceso económico suficiente.

Por otro lado, el grupo femenino muestra resultados menos favorables en comparación con el masculino. Solo el 35% de las mujeres cuenta con acceso económico estable, cifra que es inferior al porcentaje reportado por los varones. Además, el 35% indica que su acceso económico a los alimentos es intermitente (“a veces”), lo cual también refleja una inestabilidad preocupante. Es importante destacar que un 30% de las mujeres afirma no tener acceso económico a los alimentos, una proporción superior al 20% registrado en el grupo masculino, lo que sugiere una mayor vulnerabilidad alimentaria en esta población.

Estos resultados reflejan una brecha de género en el acceso económico a los alimentos, donde las mujeres se encuentran en una posición de mayor desventaja (ver

Tabla N° 15 en Anexos).

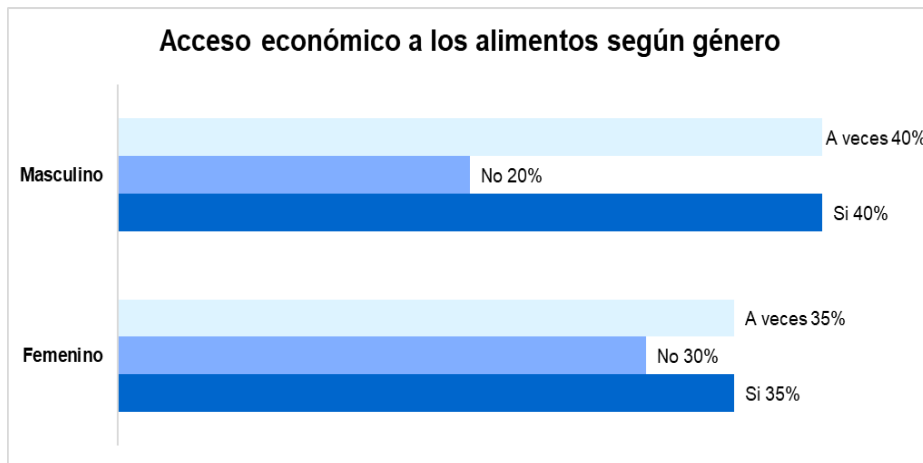


Gráfico n° 13: Acceso económico a los alimentos según género.

Teniendo en cuenta el acceso a los alimentos (expresado en el gráfico N° 12) como un obstáculo para la adherencia al tratamiento, en el siguiente gráfico (N° 14), se evalúa la relación presente entre el acceso a los mismos y el grado de adherencia al tratamiento nutricional (ver Tabla N° 16 en Anexos).

La mayoría de los participantes que presentan un acceso limitado a los alimentos (correspondientes a quienes no pueden comprar los mismos o pueden hacerlo “a veces”) tienen una adherencia media al tratamiento nutricional (75% y 72,72%, respectivamente). Sin embargo, en estas categorías también se observan tasas de adherencia baja, lo que indica que el acceso irregular a los alimentos podría ser un factor clave que reduce la posibilidad de los pacientes para seguir el plan de forma óptima.

Entre quienes sí pueden adquirir los alimentos recomendados, aunque la mayoría presenta adherencia media (63,63%), se observa un mayor porcentaje de adherencia alta (18,18%) en comparación con los otros grupos. Este resultado sugiere que contar con acceso económico a los alimentos puede facilitar de algún modo la adherencia al plan.

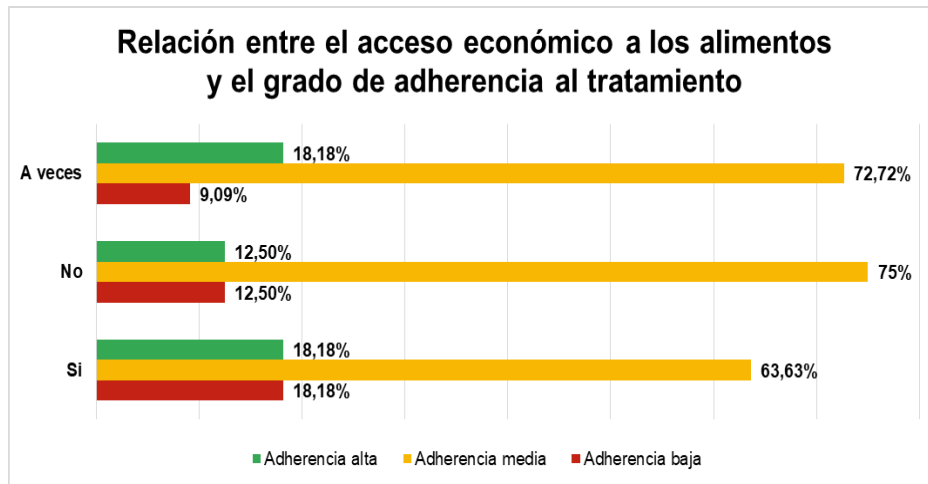


Gráfico N° 14: Relación entre el acceso económico a los alimentos y el grado de adherencia al tratamiento nutricional.

Por otro lado, el gráfico N° 15, titulado “Relación entre el consumo de alimentos por fuera del plan y grado de adherencia al tratamiento” presenta cómo la adherencia al tratamiento varía en función de si los pacientes siguen o no un plan alimenticio establecido. Esto nos muestra un nuevo obstáculo a la hora de seguir el plan nutricional (ver Tabla N° 17 en Anexos).

Los datos se dividen en tres categorías según la frecuencia con la que los pacientes consumen alimentos fuera del plan: “a veces”, “si”, “no”.

La gran mayoría de los pacientes que solo ocasionalmente comen fuera del plan (88,88%) tienen una adherencia media al tratamiento. Esto sugiere que un consumo esporádico de alimentos no planificados puede estar asociado con un cumplimiento moderado de las pautas generales del tratamiento. Cabe destacar que ningún paciente de este grupo muestra una adherencia baja.

En cuanto a la frecuencia: “No” (no consumen alimentos fuera del plan), éste grupo, muestra una distribución equilibrada entre los niveles de adherencia, con una proporción considerable que alcanza tanto adherencia alta como baja (28,57% cada uno), aunque el mayor porcentaje está en la categoría de adherencia media (42,85%).

Esto podría indicar que la adherencia estricta al plan nutricional no siempre se traduce en una adherencia general alta al tratamiento, ya que otros factores pueden estar influyendo en la adherencia general del paciente.

Por último, los pacientes que respondieron “Sí” (consumen alimentos fuera del plan) presentan una adherencia media al tratamiento (71.42%), mientras que tanto la adherencia alta como la baja son menos comunes en este grupo (14.28% cada una). Esto sugiere que, aunque estos pacientes no siguen estrictamente el plan indicado por la Nutricionista, aún pueden mantener un nivel moderado de adherencia general, posiblemente gracias a otros aspectos del tratamiento.

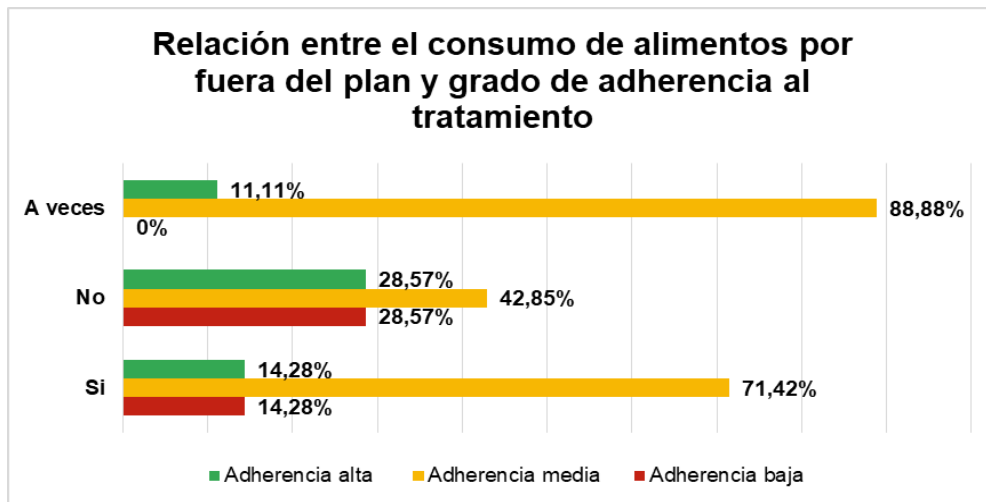


Gráfico N° 15: Relación entre el consumo de alimentos por fuera del plan y grado de adherencia al tratamiento nutricional.

En el gráfico N° 16 se ve presentada la percepción de satisfacción de los participantes con el tratamiento nutricional. De acuerdo con los resultados, el 93,33% manifestó estar satisfecho con el tratamiento, lo que indica un alto nivel de aceptación. Por otro lado, el 6,66% de los encuestados indicó no estar satisfecho. Este porcentaje, aunque bajo, destaca la importancia de investigar las razones detrás de esta insatisfacción y promover nuevas estrategias (ver Tabla N° 18 en Anexos).

En conclusión, el nivel de satisfacción general es muy positivo, pero es crucial profundizar en las experiencias de aquellos que no están conformes para identificar áreas de mejora. Esto podría lograrse mediante herramientas cualitativas como entrevistas o encuestas abiertas, permitiendo así optimizar el diseño y la implementación del tratamiento nutricional en el futuro.



Gráfico N° 16: Satisfacción con respecto al tratamiento nutricional.

Los participantes consultados refirieron las siguientes sensaciones (imagen n°2) al hablar de las motivaciones por las cuales siguen realizando el plan nutricional. Haciendo énfasis en que mejorar la **salud** es lo más importante para seguir cumpliendo con su descenso de peso.



Imagen n° 2: Motivación para continuar con el tratamiento nutricional.

El gráfico N° 17 representa el grado de adherencia al tratamiento nutricional en relación al género.

En el caso de los varones, el 10% muestra una adherencia alta al tratamiento, lo que indica que una proporción relativamente baja logra seguir completamente el plan establecido. La mayoría de los participantes pertenecientes al género masculino (el

80%), tiene una adherencia media, mientras que el 10% restante presenta una adherencia baja.

Por otro lado, entre las mujeres, el 20% alcanza una adherencia alta, porcentaje mayor en comparación con los varones. En cuanto a la adherencia media, se observa en el 65% de las mujeres, siendo también el grado de adherencia predominante en este grupo. Por último, el 15% de las mujeres tiene una adherencia baja, superando en un cinco por ciento la proporción observada en los varones.

En conclusión, puede observarse que en ambos géneros la adherencia media es la más común (ver Tabla N° 19 en Anexos).

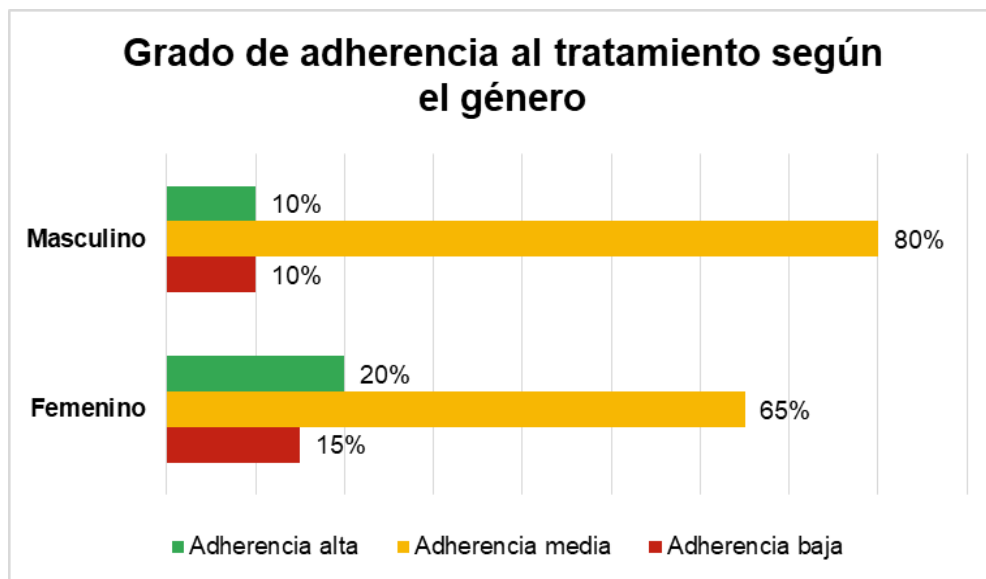


Gráfico N° 17: Grado de adherencia al tratamiento según el género.

En el gráfico N° 18 se observa la relación entre el grado de adherencia al tratamiento nutricional y el tiempo transcurrido en dicho tratamiento (ver Tabla N° 20 en Anexos).

En los primeros meses del tratamiento (de 1 a 3 meses), la mayoría de las personas (el 65%), presenta una adherencia media, mientras que el 20% muestra una adherencia baja y el 15% logra una adherencia alta. Esto podría sugerir que, al inicio, las dificultades para seguir el plan son más recurrentes, y solo una minoría alcanza la implementación completa de las pautas.

Entre los 4 y 6 meses de tratamiento, se observa un cambio significativo: el 80% de los participantes presenta una adherencia media y el 20% logra una adherencia alta. No se reportan casos de adherencia baja en este rango de tiempo, lo que indica una mejora general en la capacidad para seguir el plan. En el periodo de 7 meses a 1 año, la adherencia alta aumenta al 25%, mientras que el 75% mantiene una adherencia media. Al igual que en el rango anterior, no se observan casos de adherencia baja.

El gráfico evidencia que, el tiempo es un factor clave en la implementación completa del plan nutricional, ya que conforme aumenta el tiempo en tratamiento, se reduce la proporción de adherencia baja y media. Esto podría deberse a la consolidación de hábitos e implementación del plan como parte de la rutina diaria del paciente.

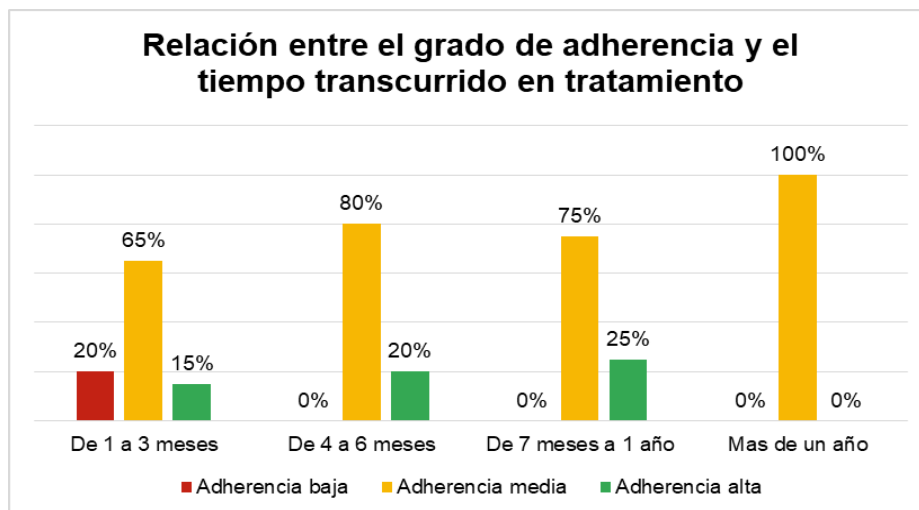


Gráfico N° 18: Relación entre el grado de adherencia y el tiempo transcurrido en tratamiento.

Al consultarle a los participantes por la realización de actividad física, se observa (en el gráfico N° 19) que un 66,66% lleva a cabo actividad física de manera leve, lo que involucra una caminata lenta o tareas domésticas. Contrariamente, el 33,33% restante realiza actividad física moderada como por ejemplo caminata rápida, bailar, nadar, andar en bicicleta o deportes recreativos (ver Tabla N° 21 en Anexos).

Se puede observar que hay un alto porcentaje de participantes sedentarios, lo cual podría deberse a largas jornadas laborales que imposibilitan la realización de alguna actividad o el desconocimiento de los beneficios que esta trae.



Gráfico n° 19: Realización de actividad física.

El gráfico N° 20 analiza la relación entre la intensidad de la actividad física y el grado de adherencia al tratamiento nutricional en la muestra estudiada.

Dentro de los participantes que realizan actividad física leve, el 60% de los mismos presenta una adherencia media al tratamiento, mientras que el 25% tiene una adherencia baja, y solo el 15% logra una adherencia alta.

Por otro lado, en el grupo que realiza actividad física moderada, el 90% de los participantes tiene una adherencia media, mientras que el 10% alcanza una adherencia alta.

En general, el gráfico evidencia que el nivel de actividad física puede influir en el grado de adherencia al tratamiento, ya que aquellos que realizan actividades moderadas parecen tener más posibilidades de mantenerse en niveles medios o altos de cumplimiento en el tratamiento, en comparación con quienes realizan actividades leves (ver Tabla N° 22 en Anexos).

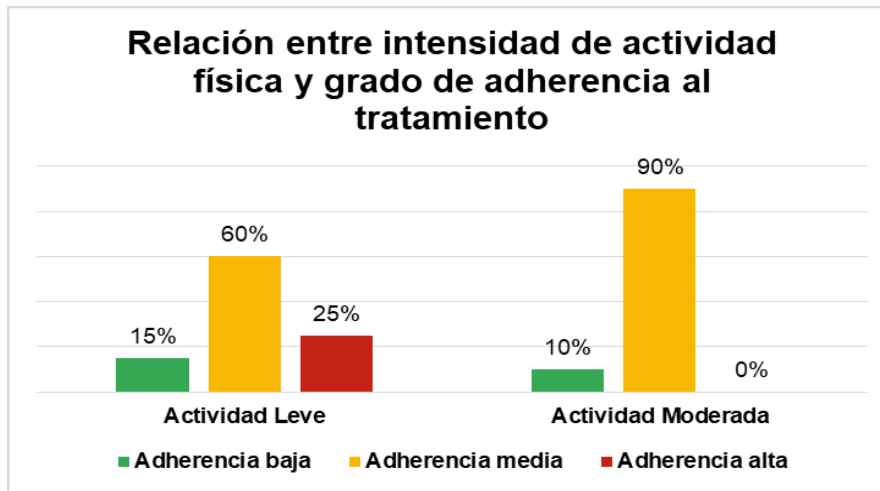


Gráfico N° 20: Relación entre intensidad de actividad física y grado de adherencia al tratamiento.

El gráfico N° 21 muestra la relación entre la presencia de comorbilidades y el nivel de adherencia al tratamiento, categorizando los datos en: pacientes sin comorbilidades, pacientes con diabetes (DBT) y pacientes con otras comorbilidades. (ver Tabla N° 23 en Anexos)

El 75% de los pacientes con adherencia baja no presentan comorbilidades, mientras que el resto de los pacientes presentan DBT (25%). En el grupo con adherencia media, el 42,85% son pacientes con DBT, seguido el 33,33% que no presentan comorbilidades y el 23,80% restante presentan otras comorbilidades. Esto indica que la adherencia media al tratamiento es más común en pacientes con diabetes, en comparación con los otros dos grupos. Por otra parte, el 100% de los participantes con adherencia alta pertenecen al grupo que presenta DBT.

Los participantes sin comorbilidades tienden a mostrar una adherencia baja al tratamiento, mientras que los participantes con DBT presentan una mejor adherencia en comparación con otros grupos, destacando tanto en la adherencia media como en la alta.

Este análisis sugiere que los pacientes con DBT tienden a ser más adherentes a sus tratamientos, posiblemente debido a la conciencia sobre la necesidad de controlar su patología y las complicaciones asociadas.

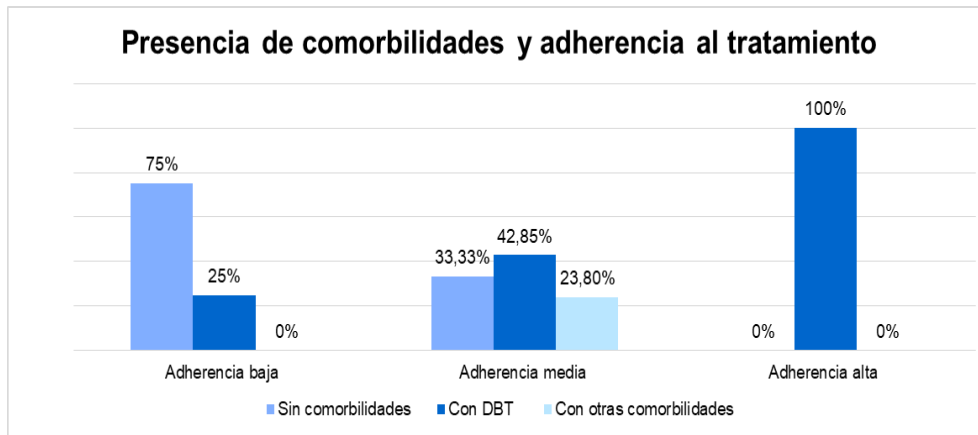


Gráfico N° 21: Presencia de comorbilidades y adherencia al tratamiento nutricional.

Analizando la relación entre la intensidad de actividad física (leve, moderada e intensa) y la presencia de comorbilidades (Gráfico N° 22) se dividió a la muestra en tres grupos distintos: pacientes sin comorbilidades, pacientes con DBT y pacientes con otras comorbilidades. (ver Tabla N° 24 en Anexos)

El mayor porcentaje de participantes que realizan **actividad física leve** pertenece al grupo de pacientes con DBT, representando un 55% del total. Por otra parte, un 40% de los participantes que realizan actividad leve no presentan comorbilidades y solo un 5% de los individuos con otras comorbilidades se encuentran en este nivel de actividad.

La **actividad física moderada** es predominante entre pacientes con DBT y aquellos con otras comorbilidades, con un 50% y 25% respectivamente. El 25% restante son individuos sin comorbilidades.

Se puede observar que la actividad física de intensidad moderada es más frecuente en los pacientes con diabetes y en aquellos con otras comorbilidades, lo que sugiere que la presencia de una enfermedad crónica puede ser un motivador importante para mantener un estilo de vida activo.

En cuanto a la **actividad física alta** no se reporta la participación de ningún grupo (sin comorbilidades, con diabetes o con otras comorbilidades). La falta de actividad intensa podría estar relacionada con limitaciones físicas, falta de interés o motivación.

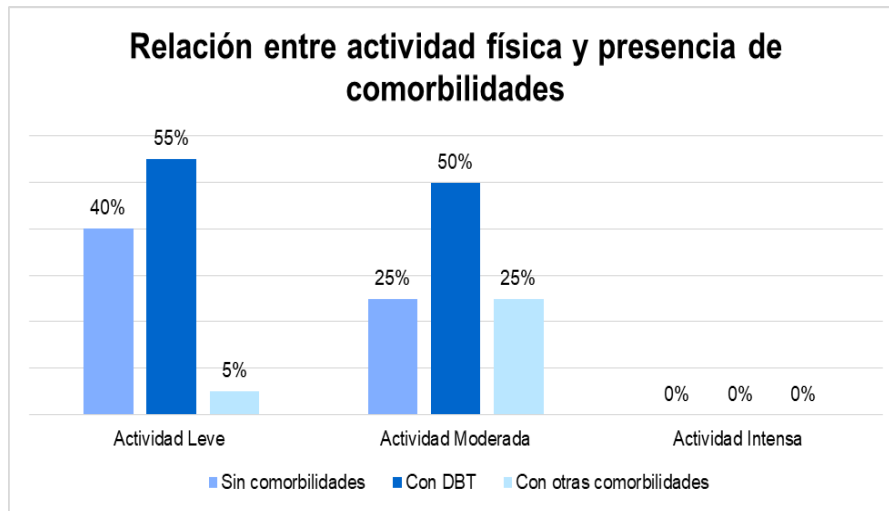


Gráfico N° 22: Relación entre actividad física y presencia de comorbilidades.

El gráfico N°23 muestra la distribución de comorbilidades entre pacientes con diferentes grados de obesidad (Grado I, II y III). Los datos se agrupan en tres categorías: pacientes sin comorbilidades, pacientes con DBT y pacientes con otras comorbilidades. (ver Tabla N° 25 en Anexos)

El grupo con **obesidad grado I** presenta una distribución variada. Un 44,44% de los pacientes no tienen comorbilidades, mientras que un 33,33% corresponde a pacientes con DBT y solo un 22,22% tiene otras comorbilidades.

En el grupo de **obesidad grado II**, se observa una distribución equitativa. El 40% de los pacientes no tienen comorbilidades, otro 40% corresponde a pacientes con DBT y el 20% restante presenta otras comorbilidades.

El grupo de **obesidad grado III** muestra una fuerte prevalencia de diabetes y ausencia de otras comorbilidades, un 71.42% de los pacientes en este grupo presentan DBT y el 28.57% no presentan comorbilidades

Estos hallazgos podrían indicar que la diabetes es la comorbilidad más común en pacientes con obesidad, especialmente en grados más avanzados.

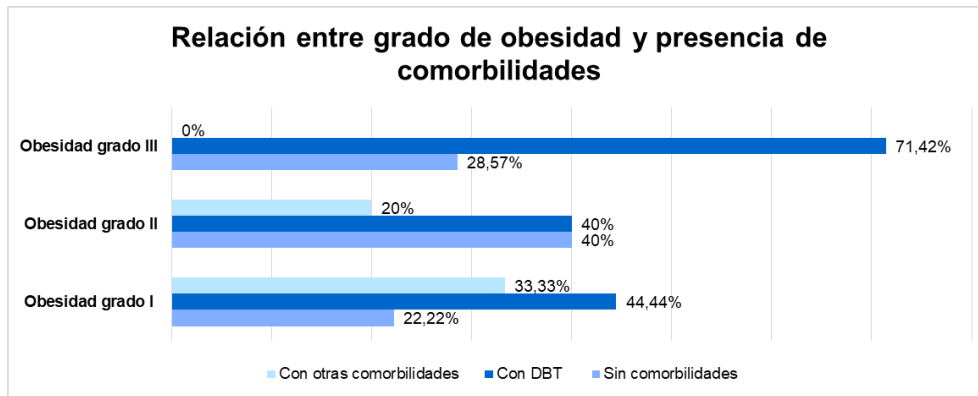


Gráfico N° 23: Relación entre grado de obesidad y presencia de comorbilidades.

El siguiente gráfico (N° 24) refleja la importancia del acompañamiento profesional y del entorno en la adherencia al plan nutricional. Los resultados muestran que el 86,66% de los participantes perciben que cuentan con un acompañamiento constante, tanto profesional como de su entorno social y familiar, siendo el mismo un factor clave para garantizar el cumplimiento del plan, ya que fomenta la motivación.

Por otro lado, el 13,33% de los encuestados mencionaron que reciben este acompañamiento de forma ocasional. Esta intermitencia podría disminuir el grado de adherencia al plan (ver Tabla N° 26 en Anexos).

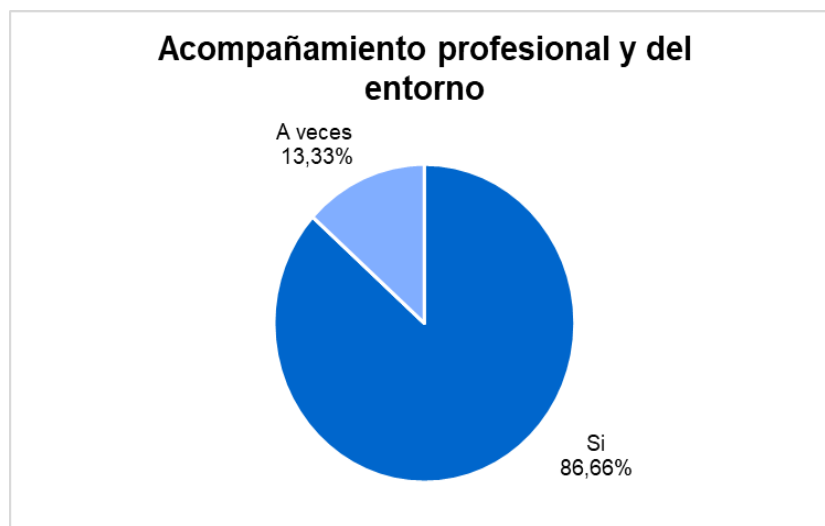


Gráfico N° 24: Acompañamiento profesional y del entorno.

El gráfico N° 25 presenta la relación entre el nivel de acompañamiento profesional y del entorno con el grado de adherencia al tratamiento en tres niveles:

adherencia baja, media y alta. Las categorías de acompañamiento se dividen en “Sí” y “A veces”.

La mayoría de los participantes con acompañamiento constante muestran una adherencia media al tratamiento, con un 69.23% en esta categoría. Mientras que un 15.38% de los participantes con acompañamiento constante presenta adherencia baja, al igual que otro 15.38% que alcanza adherencia alta. Esto sugiere que el acompañamiento profesional y del entorno promueve, en su mayoría, una adherencia media.

Entre los participantes que reciben menor acompañamiento, el 75% muestra una adherencia media al tratamiento y el 25% restante presenta adherencia alta, mientras que ninguno muestra adherencia baja (ver Tabla N° 27 en Anexos).

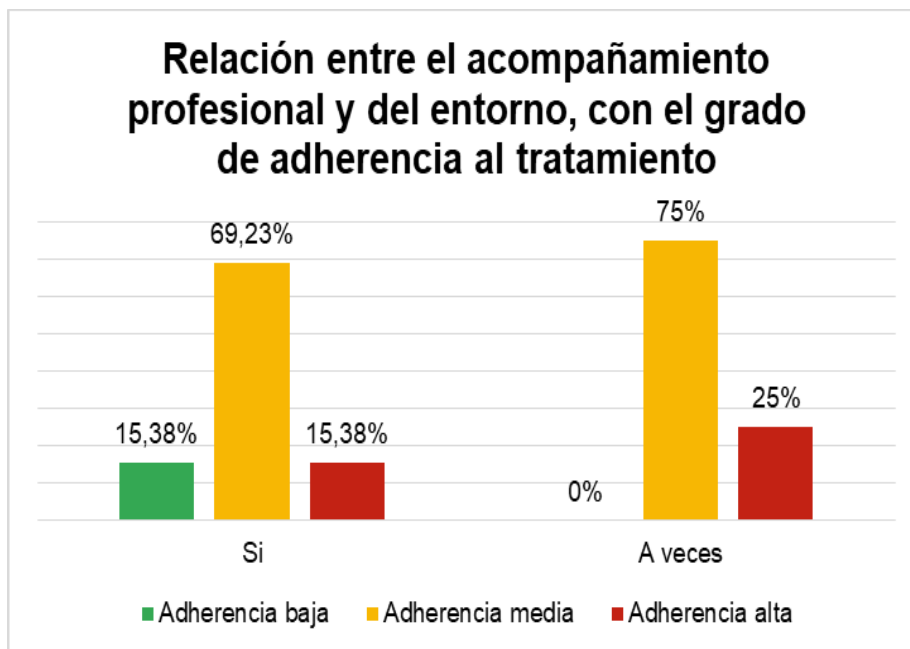


Gráfico N° 25: Relación entre el acompañamiento profesional y del entorno con el grado de adherencia al tratamiento.

VI. DISCUSIÓN:

Los resultados obtenidos en esta investigación reflejan un panorama mixto en cuanto a la adherencia a las recomendaciones nutricionales, mostrando tanto áreas de cumplimiento como desafíos que deben ser abordados para mejorar la efectividad del tratamiento en la población estudiada.

Al comparar los mismos con el estudio titulado *“Relación entre la Percepción de Obstáculos y la Adherencia al Tratamiento Nutricional en integrantes de grupos para el descenso de peso corporal”* realizado por estudiantes de Licenciatura en Nutrición de la Fundación Barceló¹⁸, se observa que este último incluyó una muestra más amplia, con 100 participantes (de los cuales un 60% eran mujeres y el 40% varones), mientras que la muestra fue de 30 participantes, predominando el género femenino (66,6% frente al 33,3% de los varones). Una diferencia notable en ambos estudios fue la percepción de la falta de motivación como obstáculo. En el estudio anterior, el 69% de los participantes señalaron la falta de motivación como un factor determinante para su baja adherencia, mientras que en el presente estudio esta variable no se destacó como un problema significativo. Por el contrario, los participantes mostraron altos niveles de motivación, lo que podría estar relacionado con el contexto de los participantes o diferentes estrategias de intervención nutricional para motivar al paciente a seguir en dicho tratamiento.

En cuanto a los factores específicos relacionados con la adherencia, el primer estudio destacó la antigüedad en la obesidad como un obstáculo importante (52%). En cambio, en esta investigación los principales desafíos identificados fueron el acceso económico a los alimentos (63,3%) y el consumo de alimentos fuera del plan nutricional (69,99%). Sin embargo, es importante señalar que no se cuenta con datos sobre la antigüedad en la obesidad, lo cual limita una comparación directa en este sentido.

Respecto al acceso económico a los alimentos, en el estudio anterior, el 27% de las mujeres y el 5% de los varones señalaron la falta de acceso económico como un obstáculo. En el presente estudio, el 65% de las mujeres y el 60% de los varones reportaron no poder acceder frecuentemente a los alimentos, destacando una diferencia en cómo se perciben las barreras económicas entre géneros.

En cuanto al acompañamiento por parte del entorno, el primer estudio reportó que el 40% de los varones y el 22% de las mujeres percibieron la falta de apoyo social como un obstáculo. En cambio en éste estudio, la mayoría (86,66%) de los participantes siente que su entorno y profesionales de la salud los acompañan en el proceso, mientras que sólo un 13,33% menciona que el acompañamiento es intermitente.

En contraparte, al comparar ésta investigación con el estudio titulado "*Variables predictoras de baja adherencia a un programa de modificación de estilos de vida para el tratamiento del exceso de peso en atención primaria*" realizado en la ciudad de Madrid (España)²³, se observa que la adherencia fue afectada por varios obstáculos, como las vacaciones (18%), problemas laborales (16%), falta de motivación (4%) y problemas familiares (2%). En cambio, en éste estudio, estos factores no fueron percibidos como barreras significativas, sino que los principales obstáculos fueron la falta de acceso económico a los alimentos y el consumo de alimentos fuera del plan, lo que resalta las diferencias en los contextos sociales y económicos que afectan la adherencia al tratamiento.

Estas diferencias en cuanto a los obstáculos percibidos resaltan la importancia de considerar las características propias de cada grupo poblacional al desarrollar estrategias de tratamiento. Mientras que los estudios previos sugieren que las intervenciones podrían enfocarse en fortalecer la motivación, los resultados obtenidos en esta investigación, indican la necesidad de diseñar planes más adaptados al contexto económico del paciente para que de este modo sea más accesible, como así también fomentar hábitos alimentarios más consistentes con las pautas establecidas.

En relación con la adherencia al tratamiento nutricional en los varones, los resultados del primer estudio revelan que solo un 15% lograron una adherencia significativa al plan nutricional propuesto. Por otro lado, en el contexto del presente estudio, se observa que un 80% de los varones mostró una adherencia media, lo que indica que la mayoría de los participantes logró cumplir parcialmente con las pautas del tratamiento. Un 10% presentó una adherencia baja, mientras que el 10% restante alcanzó una adherencia alta, lo que sugiere una implementación constante y efectiva de las recomendaciones.

Con respecto a la comparación de los mismos resultados entre las mujeres, se observa que en el primer estudio un 7% de las mujeres tuvieron una correcta adherencia, mientras que en esta investigación un 20% tuvo una adherencia alta, el 65% presentó una adherencia media y un 15% restante una adherencia baja, sugiriendo que un determinado número de participantes encontró obstáculos más significativos para seguir las pautas nutricionales.

Por último, se considera de importancia destacar que, al momento de comparar nuestros resultados con el estudio realizado en Madrid, se destacaron diferencias en la restricción calórica, ya que el estudio madrileño implementó una restricción calórica de 500 kcal al día, mientras que en esta investigación la restricción fue de 1500 a 1800 kcal diarias. Esta variación en las recomendaciones calóricas podría influir en los niveles de adherencia observados, dado que una restricción más severa puede generar mayores dificultades para continuar con el tratamiento.

En cuanto a los resultados de la reciente investigación sobre el consumo de diferentes grupos de alimentos y la realización de actividad física como medio para determinar el grado de adherencia al tratamiento nutricional, los resultados muestran una tendencia positiva en algunas áreas, como la adherencia a la reducción del consumo de azúcares y el aumento de la ingesta de vegetales, pero también revelan desafíos significativos, como la dificultad para mantener el consumo adecuado de lácteos, frutas y la adherencia al plan nutricional en su totalidad. Además, el acceso limitado a alimentos saludables y el consumo de alimentos por fuera del plan, son consideradas barreras importantes de abordar para mejorar la adherencia al tratamiento y los resultados en la población estudiada. Estos hallazgos sugieren que, para mejorar la eficacia del tratamiento, se deben considerar intervenciones más personalizadas, educativas y de apoyo económico, así como nuevas estrategias para fomentar un estilo de vida más activo y saludable.

VII. I Limitaciones del estudio:

El estudio enfrentó como limitación, el tamaño reducido de la muestra, debido a la baja disponibilidad de participantes y al limitado tiempo de recolección (dos meses con solo dos consultas semanales de 2 horas). Esto afecta la representatividad y la significancia estadística de los hallazgos.

Otro desafío fue el entorno de recolección, realizado en un espacio compartido, lo que pudo influir en las respuestas por falta de privacidad.

Para obtener resultados más representativos, futuros estudios deberían ampliar la muestra, extender el período de recolección y garantizar un entorno más adecuado y privado.

VII. II Consideraciones para próximos estudios:

Para concluir, se considera que los resultados obtenidos en este estudio sugieren varias áreas que podrían beneficiarse de una investigación adicional, tanto en términos de la ampliación de la muestra como en la profundización de aspectos específicos que no pudieron ser abordados completamente. Algunos de estos son:

- Relación entre comorbilidades, adherencia al tratamiento nutricional y actividad física: los resultados sugieren que la presencia de diabetes motiva a los pacientes a adherirse al tratamiento nutricional y a realizar actividad física moderada. Sin embargo, aún es necesario profundizar en cómo distintas enfermedades crónicas influyen en estos hábitos, ampliando la muestra y segmentando por tipo de comorbilidad.
- Impacto de las barreras económicas en la adherencia a los tratamientos nutricionales: la dificultad económica para acceder a alimentos saludables es una barrera clave en este estudio, pero los mecanismos subyacentes que explican esta limitación no se han explorado a fondo. Se sugiere próximamente investigar cómo la educación nutricional y las políticas públicas podrían mejorar la adherencia a las recomendaciones alimentarias teniendo en cuenta distintos contextos socioeconómicos.
- Factores psicoculturales y motivacionales que afectan la adherencia: aunque a través de los resultados se pueden observar algunas áreas de no adherencia, en particular con el consumo de alimentos fuera del plan nutricional, no se investigaron profundamente las motivaciones o barreras psicológicas y socioculturales que afectan estos comportamientos. Estudiar las percepciones, actitudes y creencias de los participantes sobre su dieta, junto con intervenciones psicoeducativas, podría ayudar a mejorar la adherencia a largo plazo.

- Efectos de la educación nutricional personalizada: teniendo en cuenta la variación en la adherencia a los planes nutricionales entre los participantes, podría ser útil investigar cómo intervenciones de educación nutricional más personalizadas, que consideren las preferencias alimentarias, las barreras económicas y las comorbilidades de los pacientes, podrían mejorar el cumplimiento de las pautas dietéticas.

VII. CONCLUSIÓN:

La obesidad, reconocida como la pandemia del siglo XXI, es una enfermedad crónica y multifactorial que afecta la salud global y los sistemas económicos. Se relaciona con comorbilidades como diabetes e hipertensión, así como con factores desencadenantes como el sedentarismo, una dieta inadecuada y limitaciones socioeconómicas. Aunque existen tratamientos disponibles, la baja adherencia terapéutica representa un desafío importante, influido por barreras personales, familiares, sociales y del sistema de salud.

Según la investigación realizada en el *Hospital Dr. Pedro Fiorito* muestra que la mayoría de las pacientes entrevistadas que concurren al servicio de Nutrición son mujeres de un promedio de edad de 51 años, las cuales presentan obesidad grado I y un bajo nivel educativo.

Aunque el 70% de los pacientes logró reducir y mantener su peso, las barreras como el acceso económico limitado a alimentos saludables y el consumo fuera del plan nutricional impactaron negativamente en la adherencia al tratamiento.

Los hallazgos revelan una adherencia mayoritariamente media, destacándose desafíos en el consumo de alimentos como lácteos y carnes. El tiempo en tratamiento y la práctica de actividad física moderada se asocia con mejores niveles de adherencia al tratamiento, mientras que la flexibilidad en el plan nutricional parece favorecer un cumplimiento más sostenible a lo largo del tiempo.

Por otro lado, las comorbilidades, especialmente la diabetes, están relacionadas con una mejor adherencia, probablemente debido a una mayor conciencia de los riesgos asociados. La intensidad de la actividad física sigue siendo un área pendiente, con baja participación sobre todo en lo que refiere a las actividades intensas.

El acompañamiento social y profesional también influye significativamente en la adherencia al tratamiento. Aunque la mayoría de los pacientes reporta apoyo constante, la calidad y personalización de este acompañamiento parecen ser factores clave para un mayor compromiso.

En conclusión, se considera que la obesidad es un problema de salud complejo que requiere un enfoque integral y personalizado para mejorar la adherencia al tratamiento nutricional y promover mejores resultados. Los principales obstáculos identificados incluyen barreras económicas y el consumo de alimentos fuera del plan nutricional. A pesar de estas dificultades, las estrategias nutricionales menos restrictivas y el apoyo social constante han demostrado ser elementos positivos para mejorar la adherencia.

Este estudio resalta la importancia de incluir factores psicológicos, sociales y económicos en el diseño de los planes de tratamiento. Asimismo, se subraya la necesidad de implementar más estrategias educativas y comunitarias para abordar las barreras específicas de cada grupo poblacional. Aunque los resultados obtenidos son alentadores, las limitaciones del estudio, como el tamaño reducido de la muestra y el contexto en que se realizó, sugieren que los hallazgos deben interpretarse con precaución.

Investigaciones futuras con diseños más amplios y muestras representativas podrían contribuir al desarrollo de soluciones sostenibles y accesibles, incorporando herramientas efectivas para combatir la obesidad de manera más integral y eficaz.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Gómez CC, Palma Milla, S , Miján de la Torre A, Rodríguez Ortega P , Matía Martín P , Loria Kohen V, et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Nutr. Hosp. [Internet]. 2018 [citado 2023 Ago 21] ; 35(spe1): 49-97. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000400003&lng=es.%20%C2%A0Epub%C2%A021-Sep-2020.%C2%A0%20https://dx.doi.org/10.20960/nh.1562.
- 2- Ceballos-Macías JJ, Pérez Negrón-Juárez R, Flores-Real JA, Vargas-Sánchez J, Ortega-Gutiérrez G, Madriz-Prado R et al . Obesidad. Pandemia del siglo XXI. Rev. sanid. mil. [revista en la Internet]. 2018 Dic [citado 2023 Ago 23] ; 72(5-6): 332-338. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2018000400332&lng=es.%20%C2%A0Epub%C2%A023-Ago-2019.
- 3- Organización Mundial de la Salud [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es>
- 4- Brosens C, Terrasa S, Ventriglia I, Discacciatti V. Factores que se relacionan con la adherencia al tratamiento de la obesidad en un dispositivo grupal: estudio exploratorio. Revista Famfyg [Internet] 2015 [cited noviembre 2014, febrero 2015] Disponible en: <https://www.revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/72/64>
- 5- Leija Alva G, Peláez Hernández V, Pérez Cabañas E, Pablo Santiago R, Orea Tejeda A, Domínguez Trejo B et al . Factores cognitivos predictivos de adherencia terapéutica en personas con sobrepeso y obesidad. Rev. Mex. de trastor. aliment [revista en la Internet]. 2019 Jun [citado 2023 Ago 23] ; 10(1): 85-94. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232019000100085
- 6- Alarcón Sotelo A, Gómez Romero P, De Regules Silva S, Pardinás Llergo MJ y col. Actualidades en el tratamiento farmacológico a largo plazo de la obesidad. ¿Una opción terapéutica? [Internet] 2018 Noviembre [citado 2018 Noviembre - Diciembre] Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v34n6/0186-4866-mim-34-06-946.pdf>
- 7- Torresani, M, Maffei, L, Squillace, C, Belén, L, & Alorda, B. (2011). Percepción de la adherencia al tratamiento y descenso del peso corporal en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad. Diaeta, 29(137), 31-38. Recuperado el 22 de agosto de 2023. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372011000400004

8- Janjetic, MA, Oliva ML, Del Campo Leyba SM, Fornaresio V, Gerez VG, Guevara P et al. Ayuno intermitente: impacto en el descenso de peso y la salud cardiometabólica. *Diaeta* [Internet] 2022 Dic [jun. 2022, 26-Dic-2022] vol.40 no.177 Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372022000100075

9- Valenti L, González G. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos para todos los niveles de atención 2012 [internet] Disponible en: <https://iah.salud.gob.ar/doc/Documento3.pdf>

10- Aguilar-Martínez A, Tort E, Medina F. X, Saigí-Rubió F. Posibilidades de las aplicaciones móviles para el abordaje de la obesidad según los profesionales. *Gac Sanit* [Internet]. 2015 Dic [citado 2023 Ago 23]; 29(6): 419-424. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112015000600004&lng=es.

11- Ganduglia M, Lic. Acosta Seró Oi, Minotti L, Maseras M, Kañera A, Salamón D. Farmacoterapia de la obesidad: Revisión de revisiones sistemáticas. *Diaeta* [Internet]. 2022 Jun [citado 2023 Ago 23]; 40(177): 143-159. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-73372022000100143&script=sci_arttext

12- Montalván D.E.A, Prieto Fuenmayor C.F, Ortiz Benavides R.E. Relación entre el fármaco semaglutida y la reducción de peso en pacientes con obesidad: una revisión sistemática. *Vive Rev. Salud* [internet] [Epub 19-Oct-2022] vol.5 no.15. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-32432022000300698

13- Cordella O, Costa-Cordella S, Lecumberri M, Cozzi A, Arévalo Romero C. Coaching para el tratamiento de la obesidad y sobrepeso: una revisión sistemática. Vol.149, n.11 [Internet] 2021 Noviembre [citado 2023-08-12] Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872021001101594&lng=en&nrm=iso&tlng=en

14- Martínez MC, García Cedillo I, Estrada Aranda BD. Adherencia al tratamiento nutricional: intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones. vol.7, n.1 pp.32-39 [Internet] 2016 junio [citado 2023-08-12], Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232016000100032&lang=es

15- Alonso R, Olivos C. La relación entre la obesidad y estados depresivos. Vol 31, Issue 2 [Internet] 2022 abril [citado marzo-abril 2020]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300171?via%3Dihub#sec0025>

16- Forte G; Beccaria M; Bellen K; Barreca ;Tiscornia P. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC ; Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, 2019. [internet] Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-32-68>

17- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Salud Perinatal y Niñez. Manual del nutricionista, ENNyS 2. Argentina, 2022 disponible: <https://cesni-biblioteca.org/2-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-ennys-2-resumen-ejecutivo/>

18- Amicone, MB; Settis, MA. Relación entre la Percepción de Obstáculos y la Adherencia al Tratamiento Nutricional en integrantes de grupos para el descenso de peso corporal / Amicone, María Belén; Settis, Marcelo Alejandro. [s.l.] : [s.n.], 2012-03-26. Disponible en: https://repositorio.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASH0169/fe891d3f.dir/BRC_T_FI_Amicone_Settis.pdf

19- Alcock, M; Wolvaardt, JE. Barreras percibidas que afectan la adherencia a las pautas de alimentación y ejercicio saludables entre el personal militar obeso en servicio activo de la Fuerza de Defensa Nacional de Sudáfrica. *Scientia Militaria: Revista Sudafricana de Estudios Militares* , 51 (1), 71-94. 2023. [Internet]. Disponible en: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2224-00202023000100005&lang=es

20- Kaufer-Horwitz, M; Pérez Hernández, JF. La obesidad: aspectos fisiopatológicos y clínicos. *Interdisciplina*, 10 (26), 147-175. Epub 04 de abril de 2022. [Internet]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-57052022000100147

21- Medina, FX; Aguilar, A; Solé-Sedeño, JM. Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias desde la salud pública. *Nutr. clín. diet. hosp.* 2014; 34(1):67-71. 2014. [Internet]. Disponible en: <https://revista.nutricion.org/PDF/ASPECTOS-SOCIALES.pdf>

22- Mendoza Reyes, R. La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. *Medicina y ética*, 32(4), 897-945. Epub 14 de agosto de 2023. [Internet] Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2594-21662021000400897&lang=es#B18

23- Arrebola Vivas, E; López Plaza, B; Koester Weber, T; Bermejo López, L; Palma Milla, S; Lisbona Catalán, A; Gómez-Candela, C. . Variables predictoras de baja adherencia a un programa de modificación de estilos de vida para el tratamiento del exceso de peso en atención primaria. *Nutrición Hospitalaria*, 28(5), 1530-1535 (2013) [Internet] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000500024

24- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Abordaje Integral de la Obesidad en personas adultas. [Internet]. Argentina. 2023. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-de-practica-clinica-nacional-sobre-abordaje-integral-de-la-obesidad-en-personas>

X. ANEXOS:**X. I Tablas:****Tabla Nº 1:** Distribución de la muestra según género.

| DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN GÉNERO | | |
|--|----------|----------|
| Género | | |
| | N | % |
| Femenino | 20 | 66,66% |
| Masculino | 10 | 33,33% |

Tabla Nº 2: Promedio de edad del total de la muestra.

| PROMEDIO DE EDAD DEL TOTAL DE LA MUESTRA | |
|---|-------------|
| Nº de Paciente | Edad |
| 1 | 40 |
| 2 | 52 |
| 3 | 65 |
| 4 | 46 |
| 5 | 41 |
| 6 | 47 |
| 7 | 44 |
| 8 | 40 |
| 9 | 64 |
| 10 | 55 |
| 11 | 60 |
| 12 | 45 |
| 13 | 40 |
| 14 | 40 |

| | |
|--------------|-------------|
| 15 | 60 |
| 16 | 60 |
| 17 | 60 |
| 18 | 40 |
| 19 | 65 |
| 20 | 64 |
| 21 | 65 |
| 22 | 40 |
| 23 | 41 |
| 24 | 63 |
| 25 | 37 |
| 26 | 65 |
| 27 | 58 |
| 28 | 46 |
| 29 | 60 |
| 30 | 43 |
| Total | 1546 |

Tabla Nº 3: Promedio de edad de la muestra según género.

| PROMEDIO DE EDAD DE LA MUESTRA SEGÚN GÉNERO | | | |
|--|-------------|-----------------------|-------------|
| Femenino (20) | | Masculino (10) | |
| Nº de Paciente | Edad | Nº de Paciente | Edad |
| 2 | 52 | 1 | 40 |
| 3 | 65 | 6 | 47 |
| 4 | 46 | 9 | 64 |
| 5 | 41 | 13 | 40 |
| 7 | 44 | 16 | 60 |
| 8 | 40 | 21 | 65 |

| | | | |
|--------------|------|--------------|-----|
| 10 | 55 | 22 | 40 |
| 11 | 60 | 23 | 41 |
| 12 | 45 | 24 | 63 |
| 14 | 40 | 27 | 58 |
| 15 | 60 | Total | 518 |
| 17 | 60 | | |
| 18 | 40 | | |
| 19 | 65 | | |
| 20 | 64 | | |
| 25 | 37 | | |
| 26 | 65 | | |
| 28 | 46 | | |
| 29 | 60 | | |
| 30 | 43 | | |
| Total | 1028 | | |

Tabla Nº 4: Nivel educativo del total de la muestra.

| NIVEL EDUCATIVO DEL TOTAL DE LA MUESTRA | | |
|--|----------|----------|
| | N | % |
| Educación primaria | 17 | 56,66% |
| Educación secundaria | 10 | 33,33% |
| Educación terciaria | - | - |
| Universitario | 3 | 10% |

Tabla Nº 5: Ocupación de los participantes.

| OCUPACIÓN DE LOS PARTICIPANTES | | |
|---------------------------------------|----------|----------|
| Ocupación | N | % |
| Profesional | 4 | 13,30% |
| Ama de casa | 12 | 40% |
| En relación de dependencia | 6 | 20% |
| Jubilado | 2 | 6,66% |
| Administrativo | 1 | 3,33% |
| Cuentapropista | 5 | 16,66% |

Tabla Nº 6: Grado de obesidad según diagnóstico nutricional.

| GRADO DE OBESIDAD SEGÚN DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL | | |
|---|----------|----------|
| | N | % |
| Obesidad grado I (IMC 30 - 34,9 kg/m²) | 18 | 60% |
| Obesidad grado II (IMC 35 - 39,9 kg/m²) | 5 | 16,66% |
| Obesidad grado III (IMC >40 kg/m²) | 7 | 23,33% |

Tabla Nº 7: Tiempo transcurrido en tratamiento.

| TIEMPO TRANSCURRIDO EN TRATAMIENTO | | |
|---|----------|----------|
| | N | % |
| De 1 a 3 meses | 20 | 66,66% |
| De 4 a 6 meses | 5 | 16,66% |
| De 7 meses a 1 año | 4 | 13,33% |
| Mas de 1 año | 1 | 3,33% |

Tabla Nº 8: Descenso de peso y mantenimiento del mismo.

| DESCENSO DE PESO Y MANTENIMIENTO | | |
|--|----------|----------|
| | N | % |
| No descendió de peso | 2 | 6,66% |
| Descendió de peso y logró mantenerlo | 21 | 70% |
| Descendió de peso y no logró mantenerlo | 7 | 23,33% |

Tabla Nº 9: Presencia de comorbilidades asociadas.

| PRESENCIA DE COMORBILIDADES ASOCIADAS | | |
|--|----------|----------|
| Comorbilidad | N | % |
| No presenta | 9 | 33,33% |
| Diabetes | 15 | 50% |
| Hipertensión | 9 | 30% |
| Dislipemia | 7 | 26,66% |
| Nefropatías | 2 | 6,66% |
| Artritis/artrosis | 2 | 6,66% |
| Alteración tiroidea | 3 | 10% |
| Afecciones respiratorias | 1 | 3,33% |

Tabla Nº10: Nivel de adherencia al tratamiento nutricional según el grupo de alimentos.

| NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL SEGÚN EL GRUPO DE ALIMENTOS CONSUMIDOS | | | | | | |
|--|-------------------|----------|-----------------------------|----------|---------------------------|----------|
| | No adhiere | | Adhiere parcialmente | | Adhiere totalmente | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Vegetales | 4 | 13,33% | 12 | 40% | 14 | 46,66% |
| Frutas | 1 | 3,33% | 24 | 80% | 5 | 16,66% |
| Lácteos | 15 | 50% | 7 | 23,33% | 8 | 26,66% |
| Carnes | 2 | 6,66% | 22 | 73,33% | 6 | 20% |

| | | | | | | |
|---|----|--------|---|-----|----|--------|
| Modo de uso del aceite | 3 | 6,66% | 9 | 30% | 18 | 63,33% |
| Huevo | 10 | 33,33% | - | - | 20 | 66,66% |
| Cereales, Legumbre y Vegetales C | 9 | 30% | - | - | 21 | 70% |
| Dulces | 21 | 30 % | - | - | 9 | 70% |

Tabla N° 11: Nivel de adherencia al tratamiento nutricional según el consumo de bebidas.

| NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL SEGÚN EL CONSUMO DE BEBIDAS | | | | | | |
|---|-------------------|----------|-----------------------------|----------|---------------------------|----------|
| | No adhiere | | Adhiere parcialmente | | Adhiere totalmente | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Consumo de agua | 8 | 26,66% | 18 | 13,33% | 4 | 60% |
| Consumo de gaseosas | 10 | 33,33% | - | - | 20 | 66,66% |
| Infusiones endulzadas | 4 | 13,33% | - | - | 26 | 86,66% |

Tabla N° 12: Nivel de adherencia al tratamiento nutricional según el número de comidas realizadas en el día.

| NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL SEGÚN EL NÚMERO DE COMIDAS REALIZADAS AL DIA | | |
|--|----------|----------|
| | N | % |
| No adhiere | 5 | 16,66 % |
| Adhiere parcialmente | 20 | 16,66 % |
| Adhiere totalmente | 5 | 66,66 % |

Tabla N° 13: Nivel de adherencia total al tratamiento.

Escala de adherencia:

- Menos de 6,5 pautas realizadas = <50% → Adherencia **baja**.
- Entre 6,5 y 10 pautas realizadas = 50% - 79% → Adherencia **media**.
- Entre 10,5 y 13 pautas realizadas = >80% → Adherencia **alta**.

| NIVEL DE ADHERENCIA TOTAL AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL | | |
|---|----------|----------|
| | N | % |
| Adherencia baja | 4 | 13,33% |
| Adherencia media | 21 | 66,66% |
| Adherencia alta | 5 | 20% |

Tabla N° 14: Obstáculos para la adherencia al tratamiento nutricional.

| OBSTÁCULOS PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL | | | | | | |
|---|-----------|----------|-----------|----------|----------------|----------|
| | Si | | No | | A veces | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Acceso económico a los alimentos que la nutricionista indica | 11 | 36,66% | 8 | 26,66% | 11 | 36,66% |
| Consumo regular de alimentos por fuera del plan | 14 | 46,66% | 7 | 23,33% | 9 | 30% |

Tabla N° 15: Acceso económico a los alimentos según género.

| ACCESO ECONÓMICO A LOS ALIMENTOS SEGÚN GÉNERO | | | | | | |
|--|-----------|----------|-----------|----------|----------------|----------|
| | Si | | No | | A veces | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Femenino (20) | 7 | 35% | 6 | 30% | 7 | 35% |
| Masculino (10) | 4 | 40% | 2 | 20% | 4 | 40% |

Tabla N° 16: Relación entre el acceso económico a los alimentos y el nivel de adherencia al tratamiento.

| RELACIÓN ENTRE EL ACCESO ECONÓMICO A LOS ALIMENTOS Y EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL | | | | | | |
|---|----------------------------|----------|-------------------------|----------|------------------------|----------|
| Acceso a los alimentos | Nivel de adherencia | | | | | |
| | Adherencia baja | | Adherencia media | | Adherencia alta | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Si | 2 | 18,18% | 7 | 63,63% | 2 | 18,18% |

| | | | | | | |
|---------|---|-------|---|--------|---|--------|
| No | 1 | 12,5% | 6 | 75% | 1 | 12,5% |
| A veces | 1 | 9,09% | 8 | 72,72% | 2 | 18,18% |

Tabla Nº 17: Relación entre el consumo de alimentos por fuera del plan y el nivel de adherencia al tratamiento nutricional.

| RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALIMENTOS POR FUERA DEL PLAN Y EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL | | | | | | |
|--|----------------------------|----------|-------------------------|----------|------------------------|----------|
| Consumo de alimentos por fuera del plan | Nivel de adherencia | | | | | |
| | Adherencia baja | | Adherencia media | | Adherencia alta | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Si | 2 | 14,28% | 10 | 71,42% | 2 | 14,28% |
| No | 2 | 28,57% | 3 | 42,85% | 2 | 28,57% |
| A veces | - | - | 8 | 88,88% | 1 | 11,11% |

Tabla Nº18: Satisfacción de los participantes con el tratamiento nutricional.

| SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL | | |
|--|----------|----------|
| | N | % |
| Si | 28 | 93,33% |
| No | 2 | 6,66% |

Tabla Nº 19: Nivel de adherencia al tratamiento nutricional según el género.

| NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL SEGÚN EL GÉNERO | | | | | | |
|---|----------------------------|----------|-------------------------|----------|------------------------|----------|
| GÉNERO | Nivel de adherencia | | | | | |
| | Adherencia baja | | Adherencia media | | Adherencia alta | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Femenino (20) | 3 | 15% | 13 | 65% | 4 | 20% |
| Masculino (10) | 1 | 10% | 8 | 80% | 1 | 10% |

Tabla Nº 20: Relación entre el nivel de adherencia y el tiempo transcurrido en tratamiento.

| RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO EN EL MISMO | | | | | | |
|--|----------------------------|----------|-------------------------|----------|------------------------|----------|
| Tiempo en tratamiento | Nivel de adherencia | | | | | |
| | Adherencia baja | | Adherencia media | | Adherencia alta | |
| | N | % | N | % | N | % |
| De 1 a 3 meses | 4 | 20% | 13 | 65% | 3 | 15% |
| De 4 a 6 meses | - | - | 4 | 80% | 1 | 20% |
| De 7 meses a 1 año | - | - | 3 | 75% | 1 | 25% |
| Más de un año | - | - | 1 | 100% | - | - |

Tabla Nº 21: Grado de intensidad de actividad física realizada.

| GRADO DE INTENSIDAD DE ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA | | |
|--|----------|----------|
| | N | % |
| Act. física Leve | 20 | 66,6% |
| Act. física Moderada | 10 | 33,3% |
| Act. física Intensa | - | - |

Tabla Nº 22: Relación entre la intensidad de actividad física y el nivel de adherencia al tratamiento nutricional.

| RELACIÓN ENTRE LA INTENSIDAD DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL | | | | | | |
|--|----------------------------|----------|-------------------------|----------|------------------------|----------|
| Intensidad de la Actividad Física | Nivel de adherencia | | | | | |
| | Adherencia baja | | Adherencia media | | Adherencia alta | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Actividad Leve | 3 | 15% | 12 | 60% | 5 | 25% |
| Actividad Moderada | 1 | 10% | 9 | 90% | - | - |
| Actividad Intensa | - | - | - | - | - | - |

Tabla Nº 23: Relación entre la presencia de comorbilidades y el nivel de adherencia al tratamiento nutricional.

| RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE COMORBILIDADES Y EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL | | | | | | |
|--|---------------------------|----------|----------------|----------|-----------------------------|----------|
| Nivel de adherencia | Sin comorbilidades | | Con DBT | | Otras comorbilidades | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Adherencia baja | 3 | 75% | 1 | 25% | - | - |
| Adherencia media | 7 | 33,33% | 7 | 42,85% | 7 | 23,80% |
| Adherencia alta | - | - | 5 | 100% | - | - |

Tabla Nº 24: Relación entre la intensidad de la actividad física y la presencia de comorbilidades.

| RELACIÓN ENTRE LA INTENSIDAD DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA PRESENCIA DE COMORBILIDADES | | | | | | |
|---|-----------------------|----------|---------------------------|----------|--------------------------|----------|
| Presencia de comorbilidades | Actividad leve | | Actividad moderada | | Actividad intensa | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Sin comorbilidades | 8 | 40% | 2 | 25% | - | - |
| Con DBT | 11 | 55% | 4 | 50% | - | - |
| Con otras comorbilidades | 1 | 5% | 2 | 25% | - | - |

Tabla Nº 25: Relación entre el grado de obesidad y la presencia de comorbilidades.

| Presencia de comorbilidades | RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE OBESIDAD Y PRESENCIA DE COMORBILIDADES | | | | | |
|------------------------------------|--|----------|--------------------------|----------|---------------------------|----------|
| | Obesidad grado I | | Obesidad grado II | | Obesidad grado III | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Sin comorbilidades | 4 | 22,22% | 2 | 40% | 2 | 28,57% |
| Con DBT | 8 | 44,44% | 2 | 40% | 5 | 71,42% |
| Con otras comorbilidades | 6 | 33,33% | 1 | 20% | - | - |

Tabla Nº 26: Acompañamiento profesional y del entorno.

| ACOMPANAMIENTO PROFESIONAL Y DEL ENTORNO | | |
|---|----------|----------|
| | N | % |
| Si | 26 | 86,66% |
| No | - | - |
| A veces | 4 | 13,33% |

Tabla Nº 27: Relación entre el acompañamiento profesional y del entorno con el nivel de adherencia al tratamiento.

| RELACIÓN ENTRE EL ACOMPANAMIENTO PROFESIONAL Y DEL ENTORNO, CON EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIOANL | | | | | | |
|--|----------------------------|----------|-------------------------|----------|------------------------|----------|
| Acompañamiento profesional y del entorno | Nivel de adherencia | | | | | |
| | Adherencia baja | | Adherencia media | | Adherencia alta | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Si | 4 | 15,38% | 18 | 69,23% | 4 | 15,38% |
| No | - | - | - | - | - | - |
| A veces | - | - | 3 | 75% | 1 | 25% |

IX. II Dimensiones:

- Dimensión económica: costo de los alimentos, costo de las consultas con los profesionales de salud
- Falta de apoyo: falta de acompañamiento profesional, familiar, social, laboral.
- Falta de motivación: No realizar acciones motivadoras como mantener el objetivo claro, no comprender que el tratamiento es largo en el tiempo, no determinar metas a alcanzar. (Mejorar su salud, mejorar la estética corporal, bienestar personal, solicitud de un profesional)
- Dificultad: ¿Cuáles de estas dificultades te parece que pesan más a la hora de llevar a cabo el tratamiento? Y ¿por qué?

IX. III Consentimiento informado:

Esta es una encuesta que realizan los alumnos Cornago Martínez Justina, Ibáñez Valentina, Labriola Nanni Tomás y Sedran, María Victoria para su trabajo final de investigación de la carrera de Lic. en Nutrición.

El objetivo del trabajo es: *“Evaluar la adherencia y los obstáculos en el tratamiento para la obesidad en pacientes del Hospital Dr. Pedro Fiorito en Buenos Aires, en el año 2024”.*

Se garantizará el secreto estadístico y la confidencialidad exigidos por la ley.

Por esta razón, le solicitamos su autorización para participar en este estudio, que consiste en responder a una serie de preguntas. Todo lo hablado en esta entrevista es confidencial y no será divulgado ningún dato de forma individual sino a nivel global.

La decisión de participar en este estudio es voluntaria. Agradecemos desde ya su colaboración.

Yo, habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar.

Firma y aclaración:

IX. IV Cuestionario:

Datos personales:

1. Edad

2. Género

Femenino

Masculino

Otro:

3. Nivel educativo

Educación primaria

Educación secundaria

Educación terciaria

Universitario

4. ¿A qué se dedica?

Ama de casa

Administrativo

Profesional

Estudiante

En relación de dependencia

Jubilado

Cuentapropista

Datos antropométricos de obesidad:

5. **IMC** (calculado por la Lic. Andrea Fuentes en la primera consulta)

6. ¿Logró bajar de peso?

Sí

No

No sé

En caso de responder si, ¿logró mantenerlo?

Sí

No

7. ¿Hace cuánto tiempo está en tratamiento?

De 1 a 3 meses

De 4 meses a 6 meses

De 7 meses a 1 año

Más de un año

Actividad física:

8. ¿Qué tipo de actividad física hace?

Leve (caminar lentamente, tareas domésticas, jardinería)

Moderada (caminar rápidamente, bailar, nadar, bicicleta, deportes recreativos)

Intensa (trotar/correr, fútbol, básquet, tenis, saltar la soga, gimnasio)

9. ¿Cuántas veces por semana la realiza?

Menos de 3 veces

Entre 3 y 5 veces

Más de 5 veces

Todos los días

Comorbilidades asociadas:

10. ¿Presenta alguna patología asociada?

No presento

Presento diabetes

Presento hipertensión

Presento dislipemia

Presento nefropatías

Presento artritis/artrosis

Presento alteración tiroidea

Presento infección respiratoria

Consumo alimentario:

11. ¿Cuántas veces por día consume vegetales?

No consumo

En 1 comida

En 2 comidas

En más de 2 comidas

12. ¿Cuántas porciones de fruta consume por día? (teniendo en cuenta que 1

porción es 1 fruta mediana que equivale a 150 gr o 1 fruta grande que

equivale a 200 gr)

- No consumo
- De 1 a 2 porciones
- 3 porciones
- Más de 3 porciones

13. ¿Qué tipo de lácteos consume? selección múltiple

- Leche/yogur entero
- Leche/yogur descremado
- Queso entero
- Queso descremado

¿Cuántas porciones consume por día?

- Ninguna
- Entre 1 y 2 porciones
- Entre 3 y 4 porciones
- Más de 4 porciones

14. ¿En cuántas comidas consume carne por día? (Vaca, pollo, cerdo o pescado)

- En ninguna
- En 1 comida
- En 2 comidas

15. ¿Cuántas porciones de huevo consume por día? (Teniendo en cuenta que

- 1 porción es 1 unidad)
- No consumo
- 1 porción
- Más de 1 porción

16. ¿Cuántas porciones de cereales/legumbres/Veg C consume por día?

- (Teniendo en cuenta que una porción es 1/2 plato tipo postre o 1 taza en cocido, o 1 unidad mediana). Ej: panes, arroz y fideos integrales, avena, quínoa, lentejas, porotos, garbanzos, papa, batata, choclo, etc.
- No consumo

1 porción

Más de 1 porción

17. ¿Cuántos litros de agua bebe por día? (Sin tener en cuenta mate, te, café, mate cocido, gaseosas, jugos, etc.)

Menos de 1 litro (menos de 4 vasos)

1 a 2 litros (de 4 a 8 vasos)

2 a 3 litros (de 8 a 12 vasos)

18. ¿Cuántas veces a la semana consume gaseosa light?

No consumo

1 vez

Más de 1 vez

Consumo las que contienen azúcar/regulares/original

19. ¿Consume alcohol?

Sí

No

20. ¿Consume dulces? (caramelos, chocolates, confites, galletitas dulces, alfajores, productos de panadería)

Sí

No

21. ¿Con qué endulza las infusiones?:

No endulzo

Azúcar o miel

Edulcorante

22. En el caso del aceite, ¿cómo lo consume?

En crudo como condimento

Como medio de cocción en fritura

De ambas maneras

23. **¿Cuál de estas comidas cumple por día?** Tener en cuenta que la **colación** es una comida entre las comidas principales. OPCIÓN MÚLTIPLE

Desayuno

Almuerzo

Merienda

Cena

1 colación

2 colaciones

Preguntas abiertas - Adherencia y obstáculos al tratamiento nutricional

24. **¿Consume alimentos que estén fuera del plan regularmente?**

En caso de responder que **sí**, ¿qué lo llevó a consumirlos? ¿Cómo se sintió después?

25. **¿Siente acompañamiento del equipo profesional a la hora de llevar a cabo el plan?**

26. **¿Siente acompañamiento de su entorno a la hora de llevar a cabo el plan (familia, amigos, compañeros de trabajo)?**

27. **¿Se siente satisfecho con el tratamiento nutricional?**

En caso de responder **sí**, ¿qué es lo que lo lleva a seguir en el tratamiento?

En caso de responder **no**, ¿cuál es el motivo que le impide continuar en el tratamiento? ¿Cuál de estos motivos influye más?

28. **¿Usted puede comprar los alimentos que la nutricionista le indica?**

IX. V Plan de alimentación brindado por la Lic. Andrea Fuentes, jefa del servicio de Nutrición del Hospital Dr. Pedro Fiorito:

Plan hipocalórico (1500 kcal):

Desayuno y merienda

- Leche descremada: 1 vaso. Se puede reemplazar por yogurt natural sin azúcar o diet
- Infusión: cantidad necesaria.
- Edulcorante: Stevia, Hileret Sweet, Tibaldi Sweet, Sucralosa.
- Galletita/ pan: 4 galletitas de salvado y/o con semillas bajo contenido en grasa o un pan negro o 2 rodajas de pan lactal light de salvado y/o con semillas o 2 cucharadas de avena/copos de maíz/granola sin azúcar.
- Mermelada light: 2 cucharadas tipo postre (opcional).
- Queso untable descremado: 2 cucharadas tipo postre (Mendicrim o Casancrem tapa verde) (opcional).

Colación 10 hs y 18 hs

- Fruta: todas. (1 unidad mediana). O gelatina dietética. O 1 puñado de frutas secas sin pasas

Almuerzo y cena

- Caldo de verduras o sopa de verduras casera: 1 taza, (no agregar en su cocción ningún tipo de carnes ni caldo de cubitos ni fideos ni arroz).
- Carne: 1 porción por día de 100 gr almuerzo y cena. Que equivale a 1 filet o 1 churrasco de pollo, o 1 churrasco de carne tamaño palma de la mano, o una milanesa, o 1 hamburguesa casera. Pollo sin piel, carnes rojas retirar grasa visible. Cocción: plancha, hervido, al horno sin aceite NO FRITURAS.
- Huevo: 1 unidad en almuerzo o cena. Cocidos, no fritos.
- Vegetales: todos, 1 taza en cocido o 2 tazas en crudo en almuerzo y cena. Preferentemente crudos o cocidos al vapor o al horno NO FRITOS.
- Cereales/legumbres/ Vegetales C (papa, batata, choclo, mandioca): Arroz integral o fideos integrales, lentejas, porotos, garbanzos, porotos de soja, quínoa. 1/2 plato tipo postre en cocido o 1 unidad mediana en almuerzo o cena.
- Aceite: 1 cucharada tipo postre. Siempre en crudo, para condimentar.

Preferentemente de olive

-Frutas: todas. 3 unidades por día. Distribuidas en el día. Preferentemente crudas con cáscara.

-Bebidas; agua, esporádicamente jugos tipo clight diluidos en 2 litros de agua, amargos serranos light o terma light. Gaseosas light solo fin de semana. Evitar alcohol.

-Condimentos: todos. Cocinar sin sal, agregar poco una vez cocido el alimento. No utilizar condimentos grasos como mayonesa, mostaza, ketchup, crema, manteca.

Recomendaciones

-Comer despacio, masticar bien cada bocado.

-Fraccionar la alimentación en al menos 4 comidas y 2 colaciones (opcionales).

-Beber abundante líquido: al menos 2 o 3 litros por día.

-Realizar actividad física: caminatas de 20 a 30 cuadras por día o 30/40 min todos los días. Se puede alternar con bicicleta, cinta, trotar, subir y bajar escaleras.

Plan hipocalórico (1800 kcal):

Desayunos y Meriendas:

-Leche: descremada 1 taza. Se puede reemplazar por yogurt natural sin azúcar o diet (1 vaso)

-Infusión: Te, mate cocido, té verde, té de manzanilla (Elegir según gusto). Cant.sufic

-Edulcorante: Stevia, Hileret Sweet, Tibaldi Sweet, Sucralosa. (1 sobre o 5 gotas por vez)

-Pan integral sin sal: 2 rodajas de pan lactal integral y/o con semillas (de preferencia casero con harina integral), o reemplazar por 4 galletitas de salvado o 2 cdas de cereales o granola sin azúcar.

-Mermelada light: 2 cucharadas tipo postre al ras

-Queso untable descremado: 2 cucharadas tipo postre al ras (Mendicrim - Casancrem, etc. tapa verde)

Colación 10 hs y 18 hs

-Fruta: todas 1 unidad grande. O gelatina dietética o 1 puñado de frutas secas (sin pasas).

Almuerzo y cena

- Caldo de verduras o sopa de verduras casera: 1 taza (No agregar en su cocción ningún tipo de carne ni caldo de cubitos ni fideos ni arroz).
- Carne: 1 porción por día de 200 gr almuerzo o cena. Que equivale a 2 filets de pescado o 2 churrascos de pechuga de pollo, o 1 churrasco de carne del tamaño palma de la mano, o una milanesa o 2 hamburguesas caseras o 4 albóndigas. Pollo sin piel. Para las preparaciones con carne roja siempre elegir cortes MAGROS (Nalga, peceto, cuadrada, cuadril, etc.) y retirar grasa visible. Cocción: plancha, hervido, al horno sin aceite. NO FRITURAS. Se podrá reemplazar por 1 taza de legumbres cocidas.
- Huevo: 1 unidad en almuerzo o cena. Cocidos, con verduras, en revueltos, omelette, etc. (No fritos)
- Vegetales: todos. 1 taza en cocido o 2 tazas en crudo o medio plato plato en almuerzo y cena. Preferentemente crudos y conservando cáscara o cocidos al vapor o al horno, salteados, en revueltos, salpicones, rellenos, tartas, ensaladas, etc. NO FRITOS.
- Cereales/legumbres/ Vegetales C (papa, batata, choclo, mandioca): Arroz integral o fideos integrales, fideos de legumbres, lentejas, porotos colorados, negros, alubia, etc. garbanzos, quínoa. 1/2 plato tipo postre en cocido o 1 taza en cocido o 1 unidad mediana en almuerzo o cena.
- Aceite: 1 cucharada sopera. Siempre en crudo, para condimentar.
- Frutas: todas. 3 unidades grandes o 3 tazas de té de frutas en cubos o frutas pequeñas (frutillas, cerezas, etc.) por día, distribuidas a lo largo del día. De postre en almuerzo y cena. En desayuno y merienda. Frescas y con cáscara, solas o combinadas entre ellas.
- Bebidas; agua. Esporádicamente jugos tipo clight diluidos en 2 litros de agua, amargos serranos light o terma light. Gaseosas light solo fin de semana. Evitar alcohol.
- Condimentos: todos. No utilizar condimentos grasos como mayonesa, mostaza, ketchup, crema, manteca.

Recomendaciones

- Comer despacio, masticar bien cada bocado.
- Realizar las 4 comidas

- Beber abundante líquido: al menos 2 o 3 litros por día.
- Realizar actividad física: caminatas de 20 a 30 cuadras por día o 30/40 min todos los días. Se puede alternar con bicicleta, cinta, trotar, subir y bajar las escaleras y realizar ejercicios de fuerza.

IX.VI Carta de solicitud y autorizacion para recoleccion de datos dirigida al Hospital Dr. Pedro Fiorito:

Buenos Aires, 18 de Abril de 2024.

Sr. Jefe de Docencia e Investigación del Hospital

Dr. Pedro Fiorito

Dr. Miguel Falasco

Domicilio: Av. Manuel Belgrano 827, Avellaneda,

Prov. Buenos Aires Teléfono: 011 - 42015555

S/D

De mi mayor consideración

Me dirijo a usted, luego de que la Sra. Jefa de Nutrición del Hospital Dr. Pedro Fiorito Lic. Andrea Fuentes nos diera su aprobación, con el objetivo de solicitar autorización para que los alumnos:

Justina, Cornago Martínez, DNI 43.589.954; Valentina, Ibáñez, DNI 43.800.109; Tomás, Labriola Nanni, DNI 37.805.546; María Victoria, Sedran, DNI 31.175.125

Estudiantes de la Carrera de Licenciatura en Nutrición del Instituto Universitario H.A Barceló, Facultad de Medicina, realicen una encuesta a 20 pacientes en consultorios externos de nutrición en la Institución que Ud. dirige, en el periodo del mes de Junio del corriente año, como parte de su Trabajo Final de Investigación de la Licenciatura en Nutrición.

Título: “Adherencia al tratamiento para la obesidad y obstáculos para la implementación, en pacientes del Hospital Dr. Pedro Fiorito”

Objetivo general: Evaluar la adherencia y los obstáculos en el tratamiento para la obesidad, en pacientes del Hospital Dr. Pedro Fiorito, en Buenos Aires, en el año 2024.

Objetivos específicos:

“Determinar el nivel de adherencia en el tratamiento para la obesidad”.

“Identificar si existen obstáculos en el tratamiento para la obesidad”.

“Describir las motivaciones para la continuidad del tratamiento para la obesidad”.

“Relacionar los obstáculos que se presentan en el tratamiento con la falta de adherencia”.

Instrumentos y procedimiento de recolección de datos: dicha recolección se hará a través de encuestas, las cuales tendrán preguntas tanto abiertas como cerradas. Dichas encuestas se realizarán en la sala de espera del Hospital Dr. Pedro Fiorito de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires los días Miércoles y Jueves del corriente año.

A tal fin, se solicitará a cada persona que intervenga, su Consentimiento Informado.

A la espera de una respuesta favorable.
Saluda a Usted cordialmente



Lic. Tomas Alejandro Picón

Director del Trabajo Final de Investigación

X.VII Carta del Hospital Dr Pedro Fiorito para la autorizacion de los alumnos a la recoleccion de datos:

