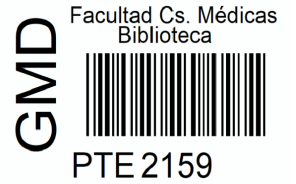


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Adherencia al tratamiento de la obesidad en adultos jóvenes y maduros, relacionado a las características personales

Autor: D'Angelo, Giuliana.

Fecha de entrega: 07/12/20.

Dir.De tesis:Lic. Fabián, Santisteban.

Docente asesor/a:Mg. Córdoba, Natalí.

Rosario, Noviembre 2020.

Protocolo de investigación para regularizar la actividad académica Tesina.

Agradecimientos

A los sucesos que hicieron posible la sanción de la gratuidad universitaria en Argentina.

A mi madre, hermana y padre de corazón, por incentivarne a estudiar y a seguir adelante.

A todos los docentes de la Universidad Nacional de Rosario, de la carrera de Lic. En enfermería, por la educación y consejos brindados a lo largo de todos estos años.

A mí misma, por nunca darme por vencida.

RESUMEN

Hoy en día la región de las Américas cuenta con más del doble de adultos obesos que el promedio mundial, afectando más a mujeres que a hombres, siendo la adherencia terapéutica de pacientes con obesidad uno de los mayores obstáculos a los que se enfrentan actualmente los profesionales de la salud, debido a la complejidad de su abordaje. Es por ello, que el objetivo de este proyecto fue investigar qué relación existe entre las características personales y la adherencia al tratamiento de obesidad en los adultos.

Métodos: Se realizó un estudio transversal, prospectivo, descriptivo, analítico-causal, mediante el uso de una encuesta a 120 pacientes con obesidad de entre 18 y 59 años, representativo de los adultos del centro de atención primaria de Baigorria, para posteriormente analizarlo de forma bivariada con el coeficiente de relación lineal de Pearson y Chi-cuadrado, presentando los resultados a través del uso de frecuencias y porcentajes.

Palabras claves: obesidad- adherencia al tratamiento- enfermedades crónicas- adultos.

ÍNDICE GENERAL

Resumen	3
Índice general	4
1. Introducción	6
1. 2. Formulación del problema	10
1. 3. Hipótesis	10
1. 4. Objetivo general	10
1. 4. 1. Objetivos específicos	10
2. Marco teórico	12
2. 1. Definición obesidad	12
2. 2. Datos estadísticos y epidemiológicos	13
2. 3. Enfermedades asociadas a la obesidad	14
2. 4. Signos, síntomas y complicaciones de la obesidad	15
2. 5. Valoración de la obesidad	16
2. 6. Clasificación de adherencia terapéutica	18
2. 7. Tipos de tratamiento	18
2. 8. Factores influyentes en la adherencia al tratamiento de la obesidad	19
2. 9. Métodos de valoración de adherencia terapéutica	19
2. 10. Causas de no adherencia al tratamiento	20
2. 11. Consecuencias de la no adherencia	21
2. 12. Estrategias y tipos de intervenciones para favorecer la adherencia	21
3. Material y método	29
3. 1. Tipo de estudio o diseño	29
3. 2. Sitio o contexto	29
3. 3. Población y muestra	30
3. 4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
3. 5. Plan de análisis	35
3. 6. Plan de trabajo y cronograma de actividades	36
4. Anexos	37

4. 1. Anexo I: Guía de relevamiento de datos.	37
4. 2. Anexo II: Instrumento de recolección de datos y consentimiento informado.	39
4. 3. Anexo III: Resultados del estudio exploratorio	42
4. 4. Anexo IV: Resultado de prueba piloto	43
5. Bibliografía	45

1. INTRODUCCIÓN

La escasa adherencia terapéutica de los pacientes con obesidad es uno de los mayores obstáculos a los que se enfrentan en la actualidad los profesionales, debido a que dos tercios de los pacientes que realizan un tratamiento efectivo y logran bajar de peso, pero recuperan su peso inicial luego de un año, y casi todos lo hacen luego de cinco años, lo que esta recuperación del peso perdido se asocia frecuentemente con la falta de adherencia al tratamiento (Ramos Morales, 2015).

Esta problemática, sumado a que en los países desarrollados las tasas de adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas se sitúan alrededor del 50%, siendo esta cifra considerablemente menor en los países en vías de desarrollo, y que la interrupción o abandono de una terapia encarece, en cálculos conservadores, al menos el 20% los costos de la atención en salud, lleva a calificar la falta de adherencia al tratamiento como un “problema mundial de gran magnitud” (Dilla & col, 2009),(Ensuncho Hoyos & col, 2020).

La adherencia al tratamiento de la obesidad es la estrategia que permite que el paciente mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en comportamientos que mejoren su vida, por lo cual su cumplimiento es primordial en el control y/o avance de la enfermedad. Siendo los métodos de tratamiento más adecuados dependientes del grado de obesidad, estado general de la salud y de la voluntad que tenga el paciente. Los tratamientos más recomendados son cambios en la dieta, ejercicio y actividad física, cambios en la conducta, medicamentos para adelgazar, y para los casos más complejos: cirugías y procedimientos endoscópicos, acompañado de los métodos y recomendaciones anteriormente nombrados (Pliego-Reyes & col, 2015).

La adherencia terapéutica según la (OMS) es definida como “el grado en el que el comportamiento de una persona influye a la hora de tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, que correspondan con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria”; Y la obesidad, como una enfermedad crónica multifactorial caracterizada por una acumulación excesiva de grasa, debido a la ingesta superior al gasto energético, que da lugar un desequilibrio que se refleja en un exceso de peso, la cual, en la actualidad se encuentran entre los principales factores de riesgo de muerte y de carga de enfermedad a nivel mundial (Galante & col, 2016),(López Romero, 2016).

En las últimas décadas, ha habido un notable incremento de las enfermedades no transmisibles asociadas, entre las cuales se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, la enfermedad coronaria, los accidentes cerebrovasculares, y algunos tipos de cáncer, que son las principales causas de muerte, morbilidad, discapacidad y deterioro de la calidad de vida; Sin desestimar que cada año fallecen alrededor de 3,4 millones de personas adultas como consecuencia del exceso de peso y que el 44% y 23% de la carga de enfermedad es por, respectivamente, diabetes y cardiopatías isquémicas que pueden atribuirse a dicha causa (Galante & col, 2016), (Milian García & col, 2016).

Algunos autores sugieren que esta problemática de obesidad se debe a factores relacionados con los cambios de hábitos de vida como el sedentarismo, la incorrecta alimentación, producido simultáneamente por un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos ricos en grasa, sal y azúcares pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, atribuidas a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de la creciente urbanización (Lara & col, 2015).

Otros le asocian dicha causa a la globalización del mercado, producto del consumo de producto ultraprocesados, a través de la ingesta habitual de bebidas azucaradas, cultura culinaria y la actividad física insuficiente como consecuencia del uso de medios de transporte y el déficit de tiempo de actividad necesaria para la recreación (Galante & col, 2016).

Diversos autores lo tribuyen a ciertos factores que favorecen la aparición de obesidad como maternidad a edades tempranas, aparición de la menopausia, pertenecer a una clase social baja y a los hábitos incorrectos de alimentación, como de sobrealimentación e ingesta de comida rápida (Cano & col, 2017).

Otros describen los mecanismos que originan y perpetúan la obesidad y su relación con las enfermedades no transmisibles, identificando los riesgos biológicos, psicológicos y sociales, concluyendo en que los factores de riesgo más comunes se encuentran el desequilibrio de energía, inactividad física, genética, factores emocionales, hábito de fumar, embarazo y pérdida del sueño (Milian García & col, 2016).

Y otros también lo abordan desde su fisiopatología, diagnóstico, clasificación y manejo, realizando aportes de tipo clínico, realizando valoraciones diagnósticas, apoyando la detección de enfermedades

concominantes, tratamiento integral, haciendo incapie en la importancia del manejo ambulatorio, promoción y prevención (Fernandez Traviezo, 2015), (Pliego-Reyes & col, 2015).

Según datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud, en el 2020 el 62% de los adultos tiene sobrepeso o son obesos, lo que conlleva a que las consecuencias de la misma alcancen proporciones catastróficas con el ascendente número de nuevos casos, dando lugar a catalogarla como epidemia (Cano & col, 2017).

Así mismo y según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la región de las Américas tiene más del doble de adultos obesos que el promedio mundial, en donde las mujeres están más afectadas que los hombres (OPS, 2017).

Según investigadoras de una universidad de Barcelona, estas diferencias son atribuidas tanto a factores biológicos como sociales, debido a que las mujeres tienen una esperanza de vida más larga que los hombres en la mayoría de países, y a que los hombres presentan más enfermedades graves y mueren antes, mientras que las mujeres viven más tiempo pero con enfermedades crónicas, discapacidades y peor salud mental, en conjunto con las desigualdades de género derivadas de la desigual posición social entre mujeres y hombres en las distintas partes del mundo (Borrell & col, 2007).

En la Argentina, los resultados de estas estimaciones sugieren que la probabilidad de ser obesos son mayores en hombres en relación a las mujeres, aumentando con la edad, siendo que las personas con mayor nivel educativo son menos propensas a desarrollar obesidad, al igual que los individuos solteros, los que realizan actividad física, del mismo modo que los fumadores (Lara & col, 2015).

Según el Instituto Nacional De Estadísticas y Censos, el exceso de peso (por sobrepeso y la obesidad), aumentó de modo continuo, pasando de 49%, en 2005 a un 61,6% en 2018. Siendo este, mayormente adjudicado a la obesidad que aumentó casi un 75% entre el 2005 y el 2018, afectando mayoritariamente a varones respecto a mujeres (68,5% frente a 55,0%) (INDEC, 2019).

Diferentes estudios realizados en América latina abordan la adherencia al tratamiento desde diversas enfermedades crónicas, como lo son en Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Enfermedad coronaria, VIH/SIDA, entre otras, a través de distintos enfoques. Como lo es en el caso de López Romero (2016) el cual aborda la adherencia al tratamiento por medio de las diferentes concepciones y métodos empleados para evaluarla, concluyendo que no existe una unificación conceptual a la hora

de definirla y que dentro de los métodos más utilizados para su medición están en primer lugar los métodos indirectos, en los cuales se halla el uso de distintos cuestionarios de auto-informes de los pacientes, recuento de pastillas, tasas de recarga del medicamento, evaluación de la respuesta clínica del paciente, monitoreo electrónico de la medicación, medición de marcadores fisiológicos, diario de los pacientes y/o cuestionario para la/el cuidador o tutores en caso de niños; Seguidos de la combinación de métodos directos e indirectos y por último los métodos directos correspondientes a la terapia directamente observada, como por ejemplo: la medición de concentraciones séricas en sangre producto de la terapia farmacológica.

También alega que los métodos más utilizados están orientados a la parte farmacológica dejando de lado el enfoque integral que requiere e involucran el cumplimiento de la dieta, la actividad física, la asistencia a citas programadas, entre otros, por lo que a la hora de medir la adherencia no hay un método único, “de oro” que permita evaluar la parte ambas partes(terapia farmacológica y no farmacológica).

O como en el caso de estos autores, los cuales alegan la importancia de la parte psico-conductual en la adherencia terapéutica, aportando su visión desde el enfoque de la psicología de salud y el cuidado, describiendo las conductas más habituales que reflejan los problemas en la adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas, resaltando la importancia de la relación paciente-equipo de salud para guiar alcanzar el éxito del mismo, mencionando algunas estrategias de intervención de tipo educativas, de apoyo, conductuales e interdisciplinarias, destacando la labor de la promoción y prevención para aumentar los factores protectores que coadyuven a una mejor convivencia con su enfermedad (Montserrat Oviedo, 2018).

Y otros con visión similar realizando una sistematización sobre cómo lo psicológico, influye en la aparición y desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles, con un abordaje desde la perspectiva de los determinantes y condicionantes sociales de la salud relacionados al comportamiento, personalidad y papel emocional, evaluación e intervención psicológica, llegando a conclusiones similares (Grau-Abalo, 2016).

Diversos investigadores valoran la adherencia al tratamiento desde la influencia de los factores determinantes y condicionantes de la salud, entre los más destacados los relacionados a factores socio-

económicos, socio-demográficos y de terapia farmacológica (Bello Escamilla & col, 2016), (Libertad & col, 2015),(Ramos Morales, 2015), (Villacres-García & col, 2017).

Proporcionando conclusiones que muestran la fuerte relación de la adherencia terapéutica con respecto a las características personales, entre otras variables antes mencionadas, en los diferentes sujetos abordados con diferentes patologías (Bello Escamilla & col, 2016),(López Vázquez & col, 2016), (Pérez & col, 2011),(Ramos Morales, 2015).

Reflejando como en los últimos años la obesidad se ha convertido en uno de los temas más relevantes en salud pública en varias partes del mundo, debido a la baja adherencia, extensión de la problemática y complejidad de su tratamiento; y a su vez también, haciendo mención en la necesidad de seguir investigando la adherencia al tratamiento en otras enfermedades crónicas para precisamente conocer su prevalencia real para cada entidad o enfermedad, con la finalidad de combatirlo y mejorar el nivel de salud del paciente y/o comunidad(Libertad & col, 2015), (Ramos Morales, 2015).

Debido que a nivel nacional y local no se han encontrado estudios de adherencia al tratamiento de la obesidad, y en relación a los diversos estudios abordados a nivel general, se plantea el siguiente problema de investigación.

1. 2. Formulación del problema

¿Qué relación existe entre las características personales y la adherencia al tratamiento de obesidad de los adultos que asisten al centro de atención primaria de Baigorria, durante el tercer trimestre del 2021?

1. 3. Hipótesis

A mayor nivel educativo, mayor adherencia al tratamiento.

A mayor edad, en mujeres adultas maduras, menor adherencia al tratamiento de la obesidad.

1. 4. Objetivo general

Determinar qué relación existe entre las características personales y la adherencia al tratamiento de obesidad de los adultos que asisten al centro de atención primaria de Baigorria, durante el tercer trimestre del 2021.

1. 4. 1. Objetivos específicos

-Identificar los hombres y mujeres que estén en tratamiento por obesidad.

-Conocer la edad, sexo y nivel de escolaridad de cada adulto.

-Identificar la conducta hacia el tratamiento más común de la no adherencia al tratamiento de la obesidad.

-Identificar qué tipo de información poseen sobre el tratamiento.

-Conocer la eficacia en la comunicación sobre las recomendaciones hechas por el equipo de salud y/o profesional.

1. 5. Propósito del estudio

Este proyecto aportaría datos estadísticos a nivel local para tener una perspectiva general de cómo afecta dicha problemática a nivel de la población en estudio, dejando un nexo para posibles investigaciones futuras, o posible replicabilidad del estudio en otros efectores; Siendo oportuno para la profesión de enfermería, implementar un programa que a través del uso de diversas herramientas que permita enriquecer la práctica, ampliar el conocimiento teórico, poder debatir y reflexionar sobre las problemáticas identificadas en el sujeto, familia, grupo y/o comunidad; y de gran importancia asociada a dichos pacientes, para poder planificar y definir acciones futuras de intervención para favorecer la adherencia al tratamiento de la obesidad, como por ejemplo:

- Estrategias de educación sanitaria al paciente y acompañante: para que lleve control de cada medicamento, comidas, momento de ejercitación, uso de calendario con horarios y días donde conste cuándo debe tomarse cada medicamento, momentos para ejercitación, facilitar la información adecuada sobre factores de riesgo, dosificación y frecuencia de la toma de medicamentos, hábitos y estilos de vida que debe modificar, beneficios del tratamiento, que no se valla de la consulta con dudas, etc.

- Estrategias de comunicación/adaptación/motivación: trabajando las preocupaciones reales del paciente, averiguar cuáles son las expectativas que tiene del tratamiento, adoptar una actitud amistosa, no burocrática, favorecer la participación activa, mejorar el seguimiento, reducir la complejidad del régimen terapéutico en base a las necesidades del paciente, dedicar a cada paciente el tiempo necesario, individualizar los tratamientos.

2. MARCO TEÓRICO

2. 1. Definición obesidad

La obesidad una enfermedad crónica, multifactorial caracterizada por una acumulación excesiva de grasa, debido a que la ingesta superior al gasto energético, dando lugar a un desequilibrio que se refleja en un exceso de peso. También cuando el índice de masa corporal (IMC) es mayor o igual a ≥ 30 kg/m².

Esta a su vez, esta puede clasificarse en obesidad de tipo I, con un IMC entre 30 y 34,9 kg/m², obesidad de tipo II, obteniendo un IMC entre 35 y 39,9 kg/m² y en obesidad mórbida o tipo III, alcanzado un IMC de 40 kg/m² o más (Cano & col, 2017).

La adherencia al tratamiento tiene de varios conceptos según las distintas fuentes consultadas como lo es:

Según el concepto de la Real Academia Española (RAE), la palabra adherencia se define como “unión física, pegadura de las cosas”, por lo que, cuando hablamos de adherencia terapéutica, hace referencia a una forma de pegarnos al tratamiento que se ha pautado (Maroto-López, 2019).

Otros autores también lo definen como el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario (López Romero, 2016).

La Organización mundial de la salud (OMS) como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida (Reyes-Flores & col, 2016).

Esta misma como estrategia permite que el paciente mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en comportamientos que mejoren su vida, su cumplimiento, es una primordial en el control y/o avance de la enfermedad, siendo los métodos de tratamiento adecuados dependen del grado de obesidad, estado general de la salud y de la voluntad del paciente, dentro de los cuales los tratamiento más recomendados son: cambios dieta, ejercicio y actividad física, cambios en la conducta, medicamentos para adelgazar, y para casos más complejos: cirugías y procedimientos endoscópicos, acompañado de lo anteriormente nombrado (Pliego-Reyes, 2015).

2. 2. Datos estadísticos y epidemiológicos

Los datos epidemiológicos de fuentes internacionales referencian que el 30 % de los pacientes no sigue los tratamientos curativos, que el 70 % incumple los tratamientos preventivos por factores de riesgo, como por ejemplo en los programas para dejar de fumar, que alcanza el 80 %, y que más del 50 % de los pacientes crónicos no continúa con sus tratamientos, en donde hay patologías en las que no se supera ni el 20% (Maroto-López, 2019).

Otros estudios estadísticos respaldan que las tasas de adherencia al tratamientos de enfermedades crónicas considerablemente menores al 50% en los países en vías de desarrollo, manifestando el encareciendo de los costos de atención de salud que esta situación genera en al menos un 20% (Ensuncho-Hoyos & col, 2020).

Siendo que solo en Estados Unidos un estudio de costos en salud estimó un coste de 100 billones de dólares al año derivados de la toma incorrecta de la medicación, en donde, 25 billones correspondían a ingresos hospitalarios y 70 billones, a la pérdida de productividad y muerte prematura (Dilla & col, 2009).

Según la Organización Panamericana de la Salud (2017) la región de las américas tiene más del doble de adultos obesos que el promedio mundial, en donde las mujeres están más afectadas que los hombres.

Además, las estadísticas de mortalidad también muestran que cada año mundialmente fallecen alrededor de 3,4 millones de personas adultas como consecuencia del exceso de peso, alegando que si la prevalencia de sobrepeso y obesidad se hubiera mantenido en valores como los observados en 2005, en el año 2013 se hubieran evitado el 5,5% de las muertes ocurridas en adultos, que representan cerca de 18.000 fallecimientos (Galante & col, 2016).

Actualmente, en el 2020 el 62% de los adultos tiene sobrepeso o son obesos, debido a que dos tercios de los pacientes que realizan un tratamiento efectivo y logran bajar de peso, recuperan su peso inicial luego de un año, y casi todos lo hacen luego de cinco años (Cano & col, 2017), (Ramos Morales, 2015).

En la Argentina, las probabilidades de ser obesos son mayores en hombres en relación a las mujeres, aumentando con la edad, siendo las personas con mayor nivel educativo menos propensas a

desarrollar obesidad, al igual que los individuos solteros, los que realizan actividad física y los fumadores (Lara & col, 2015).

Según el reporte del Instituto Nacional De Estadísticas y Censos, el exceso de peso (por sobrepeso y la obesidad), aumentó de modo continuo a lo largo de las cuatro ediciones anteriores: 49%, 53,4%, 57,9% y 61,6% en las encuestas Nacionales de factores de riesgo (ENFR) 2005, 2009, 2013 y 2018, respectivamente, siendo principalmente a expensas de la obesidad que aumentó casi un 75% entre el 2005 y el 2018, afectando mayormente a varones que a mujeres (68,5% frente a 55,0%).

También agrega que la prevalencia de actividad física baja (actividad física nula o menor a 20 min, menor a 3 días a la semana) en nuestro país, continúa siendo muy elevada en relación a otros países de Latinoamérica y el mundo, habiendo mayor prevalencia en mujeres respecto de varones (46,6% y 41,5%), mostrando un incremento a medida que aumenta la edad, ya que la actividad física baja de los adultos jóvenes de 18 a 24 años resultó ser de 33,5%. Alegando a su vez que las personas con primario incompleto tuvieron una prevalencia de actividad física baja de 58,3%, mientras que en las personas con secundario completo y más fue de 38,9%.

Respecto de la alimentación, las estadísticas muestran que un 59% quiere tener una dieta poco/nada saludable, dentro de los cuales se encuentran mayormente mujeres, adultos jóvenes y personas con mayor nivel educativo (INDEC, 2019).

2. 3. Enfermedades asociadas a la obesidad

La obesidad no es solo importante por su alta prevalencia, sino también por ser una enfermedad multisistémica, ya que el riesgo para el desarrollo de insuficiencia cardíaca congestiva en pacientes con obesidad es dos veces mayor y el de padecer muerte súbita lo es tres veces más.

En la enfermedad cerebrovascular y cardiopatía isquémica las posibilidades de desarrollar diabetes mellitus son 93 veces mayor debido a la estrecha relación con la resistencia a la insulina, teniendo factores genéticos y ambientales comunes.

La resistencia a la insulina tiene efectos fisiopatogénicos importantes en el desarrollo de síndrome metabólico e hipertensión arterial.

También está asociada a algunos tipos de cáncer, aparte de ser las principales causas de muerte, morbilidad, discapacidad y deterioro de la calidad de vida (Milian García & col, 2016), (Pliego-Reyes & col, 2015).

Asimismo, también forma parte del síndrome de ovario poliquístico, el cual se le asocia a la infertilidad y a complicaciones durante el embarazo y parto (Andreu & col, 2018).

2. 4. Signos, síntomas y complicaciones de la obesidad

Las molestias y dificultades que padecen las personas obesas dependerán del peso y/o grados de obesidad en el que se encuentren, de las cuales a menudo son:

- Dificultad para dormir, asociada al síndrome de apnea obstructiva del sueño, el cual lo padecen un 85 a 90% de los pacientes.

- Síndrome de hipoventilación no atribuida a enfermedad pulmonar.

- Alteraciones en la piel como estrías o Acantosis nigricans en zonas de pliegues, por lo general cerca de las axilas, la ingle y el cuello.

- Aumento de la presión arterial.

- Molestias gastrointestinales debido a reflujo gastroesofágico e hígado graso.

- Trastornos psicológicos como ansiedad, depresión y de personalidad.

- Molestias musculoesqueléticas como consecuencia del exceso de peso, en zonas predominantes como rodillas y tobillos.

- Síndrome metabólico, el cual son un conjunto de trastornos que aumentan el riesgo de padecer enfermedades cardíacas, un derrame cerebral y diabetes.

- Esteatosis o hígado graso (Cano & col, 2017), (Pliego-Reyes & col, 2015).

- Aumento de peso.

- Sudoración excesiva.

- Intolerancia al calor.

- Infecciones en los pliegues cutáneos.

- Fatiga.

- Trastornos en la autoimagen, autoestima y en las relaciones interpersonales.

- Edemas y varices en extremidades inferiores (Andreu & col, 2018).

2. 5. Valoración de la obesidad

Para detectar la obesidad en pacientes existen una serie de diferentes estudios y/o procedimientos del cual suelen ser necesarios al momento de diagnosticar y determinar los riesgos potenciales producto de su padecimiento, entre los mismos se encuentran:

-Revisión de historia clínica: ya que es de especial relevancia para obtener información sobre la historia del peso corporal, la edad de inicio, las fluctuaciones de peso, antecedentes previos de tratamientos, factores condicionantes de la ganancia de peso, ingesta de medicamentos que puedan influir en la variación del peso, antecedentes familiares para evaluar la predisposición a ciertas enfermedades o identificar otras enfermedades metabólicas asociadas y también poder evaluar el antecedente de tabaquismo y el consumo de alcohol (Andreu & col, 2018).

-El índice de masa corporal (IMC) que indica obesidad cuando es mayor o igual ≥ 30 kg/m².

-Circunferencia abdominal: se considera obesidad abdominal cuando la medida tomada sobre la cresta ilíaca es ≥ 102 cm en hombres y ≥ 88 cm en mujeres, que también permite identificar a las personas con riesgo de enfermedad cardiovascular, trastornos del sueño y diabetes. Siendo que el riesgo cardiovascular se comienza a considerar cuando se tiene una circunferencia de cintura ≥ 80 cm en mujeres y ≥ 90 cm en hombres.

-El porcentaje de masa grasa, el cual también es un indicador de obesidad cuando es superior al 25% en los hombres y 33% en las mujeres (Cano & col, 2017).

-Evaluación nutricional: mediante la cuantificación del consumo energético, distribución de la energía, porción y tipo de alimento consumido, tiempos de alimentación, tiempo de sueño, régimen dietético y su tipo.

-Evaluación psicológica: para determinar ansiedad, depresión y sobre ingestión.

-Estudios de laboratorio como:

Biometría hemática: el cual se sirve para valorar, entre otros, la cantidad de eritrocitos como también su contenido de hemoglobina, el cual sirve para determinar si hay signos de presencia del síndrome de apnea obstructiva del sueño;

Perfil lipídico, el cual valora la dislipidemia o aumento de la concentración plasmática de colesterol y lípidos en la sangre, el cual está asociado a factores predictores de enfermedades cardiovasculares;

Función hepática: para detectar la presencia de esteatosis hepática o hígado graso;

Glucosa sérica en ayuno y postprandial, ácido úrico: ya que la obesidad está estrechamente asociada a diabetes mellitus.

Creatinina sérica y examen general de orina: para valorar la función renal, en especial si el paciente también es diabético, ya que permite detectar proteinuria, que es un factor diagnóstico y pronóstico de insuficiencia renal y enfermedad microvascular.

Para complementar, ante la sospecha de comorbilidades o causas secundarias de obesidad, existen se piden adicionales como:

Cortisol urinario de 24 Hs., para detectar Síndrome de Cushing.

TSH, T4L, para detectar Hipotiroidismo.

Resistencia a la insulina a través niveles de insulina y glucosa.

Alteraciones hipotalámicas valorando los niveles de LH, FSH, testosterona (Pliego-Reyes & col, 2015).

2. 5. a. Régimen alimentario

Los regímenes alimentarios poseen una composición del 45-55% de carbohidratos, 15-25% de proteínas y 25-35% de grasas, con el objetivo de perseguir una reducción de 10% del peso corporal en obesidad tipo I o superior en caso de obesidad tipo II en 6 meses, a través de una dieta hipocalórica realizada en base a una restricción calórica de 500-1000 calorías diarias, con la finalidad de alcanzar reducciones de 0,5-1 kg de peso semanalmente (Cano & col, 2017).

Si bien no existe un régimen único, el objetivo es reducir el aporte calórico, optar por alimentos más saludable y limitar el consumo de alimentos hipercalóricos (Andreu & col, 2018).

2. 5. b. Actividad Física

Los regímenes de actividad física inicialmente se comienzan con un aumento de la actividad en las tareas diarias como puede ser las realizadas en el hogar, lugar de trabajo o transporte y posteriormente se les introducen sesiones de ejercicio, combinando ejercicios de tipo aeróbicos con anaeróbicos, acompañando de estiramientos, hasta alcanzar unos 150 minutos semanales (Cano & col, 2017), (Pliego-Reyes & col, 2015).

Algunas de las actividades recomendables son caminata rápida, andar en bicicleta, nadar, hacer aquagym o bailar. También se puede variar el tipo de actividad física y realizar ejercicios de tonificación/fuerza y de flexibilidad/equilibrio (Andreu & col, 2018).

2. 6. Clasificación de adherencia terapéutica

En la literatura científica se distinguen dos tipos de adherencia terapéutica de tipo:

-Farmacológica, la cual referencia a la ingesta y preferencia medicamentosa (Pérez & col, 2011), (Pérez Honrato, 2015).

-No farmacológica, refiriendo a los cambios en el estilo de vida, seguimiento de una dieta específica, ejercitación, y cumplimiento respecto a las recomendaciones acordadas con el equipo sanitario(Dilla & col, 2009),(López Romero, 2016).

Otros autores como Reyes-Flores y colegas (2016) lo clasifican como:

-Primaria: el cual se refiere a cuando la prescripción médica no se retira de la farmacia.

-Secundaria: que es cuando se alteran las dosis correctas de los medicamentos, se producen cambios en los intervalos de las dosis, olvidos en la administración del fármaco, un aumento en la frecuencia del consumo de las dosis o la suspensión del tratamiento antes del tiempo recomendado.

2. 7. Tipos de tratamiento

Dentro de los tratamientos mas habituales y recomendados para pacientes con obesidad se encuentran:

2. 7. a. Tratamientos no farmacológicos

-Los cuales son una combinación de alimentación con actividad física, educación nutricional y terapia conductual.

-Psicoterapia.

-Cirugías como la derivación gástrica laparoscópica en Y de Roux, la gastrectomía laparoscópica en manga, la banda gástrica ajustable y la derivación biliopancreática con switch duodenal.

2. 7. b. Tratamiento farmacológico (como parte del tratamiento integral de la obesidad, siempre acompañado de un estilo de vida saludable dieta y ejercicio).

Del cual dentro de los fármacos más usados y/o recomendados en la terapia de obesidad se clasifican en:

-Para tratamientos de largo plazo: con el uso de Orlistat (inhibidor de lipasas pancreáticas, lo que disminuye su absorción de grasas); Lorcaserina (Antagonista del receptor de serotonina, funciona dando sensación de saciedad.) y Fentermina-topiramato (depresor del apetito).

-Para tratamientos de periodos cortos (menos de 12 semanas): Fentermina, Dietilpropion; Fendimetrazina y Benzfetamina, (depresores del apetito) (Cano & col, 2017), (Pliego-Reyes & col, 2015).

2. 8. Factores influyentes en la adherencia al tratamiento de la obesidad

La obesidad tiene un origen multifactorial en el que se involucran la susceptibilidad genética, los estilos de vida y el entorno, con influencia de diversos determinantes subyacentes como la condición económica, la educación, la cultura, la urbanización y las condiciones sociopolíticas(Fernandez-Traviezo, 2015).

Por el cual según los distintos autores lo clasifican en:

-Factores socioeconómicos, que engloban niveles de ingreso, globalización del mercado, pobreza, desempleo, ambiente, analfabetismo, apoyo social, cultura, inaccesibilidad al lugar de tratamiento, costos elevados en el transporte y medicación (Cano & col, 2017), (Galante & col, 2016).

-Factores sociodemográficos como: el género, edad, actividad laboral, nivel de ingresos, nivel de escolaridad (Borrell & col, 2007), (Galante & col, 2016).

-Factores relacionados al paciente como las actitudes, las creencias, percepciones y expectativas del paciente (Grau-Abalo, 2016).

-Factores relacionados al tratamiento como la complejidad del régimen terapéutico, su duración, efectos colaterales y beneficios (Pérez Honrato, 2015).

-Factores relacionados al equipo de salud, como los servicios de salud poco desarrollados, la falta de personal capacitado o sobrecargados, falta de seguimiento de pacientes, deficiente distribución de medicamentos, entre otros(Dilla & col, 2009), (Pérez Honrato, 2015),(Ramos Morales, 2015).

2. 9. Métodos de valoración de adherencia terapéutica

Los diferentes métodos usados por distintas investigaciones para evaluar los tipos de adherencias terapéuticos se clasifican en:

-Métodos indirectos, el cual corresponde al uso de distintos cuestionarios de auto-informes de los pacientes, recuento de pastillas, tasas de recarga del medicamento, evaluación de la respuesta clínica del paciente, monitoreo electrónico de la medicación, medición de marcadores fisiológicos, diario de los pacientes y/o cuestionario para la/el cuidador o tutores en caso de niños.

-Métodos directos o terapia directamente observada como: la medición de concentraciones séricas en sangre producto de la terapia farmacológica, dejando de lado el enfoque integral que involucra el cumplimiento de la dieta, ejercicio, citas programadas, entre otros.

-Métodos combinados(López Romero, 2016).

2. 10. Causas de no adherencia al tratamiento

Las causas más comunes de abandono y/o suspensión del tratamiento de la obesidad son debido a:

- Tratamientos e intervenciones no personalizadas.
- Falta de seguimiento del paciente por parte del personal de asistencia sanitaria.
- No se tienen en cuenta los factores implicados a la adherencia terapéutica ni a las características individuales del paciente incumplidor (Dilla & col, 2009).
- Hábitos incorrectos como la sobrealimentación y el sedentarismo.
- Conducta alimentaria como comer rápido, compulsivamente, la presencia de atracones o picar entre horas.
- Estilos de vida no saludables como consumo de alimentos de elevada densidad energética, hábitos relacionados con el tamaño de las raciones o el número de ingestas a lo largo del día.
- Relacionado a la falta de control periódico del paciente, ya que la aparición de la obesidad también puede deberse a una enfermedad de origen endocrino (Cano & col, 2017).
- Amenaza psicosocial del paciente, debido a muchas veces las enfermedades crónicas no transmisibles generan emociones negativas e insertidumbre.
- Comportamiento de los pacientes frente a la enfermedad y al tratamiento.
- Relación y comunicación deficiente entre el sujeto-profesional.
- Uso y consumo de sustancias nocivas como alcohol, tabaco, drogas, aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad.
- La ausencia de criterios sólidos para decidir la necesidad de intervención psicológica.
- No se tiene en cuenta el rol que juega la enfermedad en la dinámica familiar.
- Tampoco la interferencia de la enfermedad en la vida de los pacientes, especialmente cuando sienten dolor, fatiga, discapacidad, efectos secundarios de los medicamentos, que afectan la calidad de vida y el bienestar subjetivo.
- Rol pasivo por parte del paciente.
- No asisten a consultas médicas una vez diagnosticados.
- La complejidad del tratamiento.
- Tratamiento costoso (Grau-Abalo, 2016).
- El no tener acceso a áreas seguras para hacer ejercicio.

-El haber aprendido maneras poco saludables para cocinar.

-El hecho de no contar con suficiente dinero para comprar frutas y vegetales frescos o alimentos que no han sido procesados y empaquetados (Milian García & col, 2016).

-Cantidad de dosis días y presentación del fármaco.

-Vía de administración e intervalo de aplicación de la medicación.

-Duración de la enfermedad (Pérez Honrato, 2015).

2. 11. Consecuencias de la no adherencia

Reyes-Floresycolegas(2016) agregan que las consecuencias de la no adherencia terapéutica se pueden agrupar en cuatro áreas:

-En el desarrollo de sentimientos de insatisfacción y problemas en la relación que se establece entre el profesional de salud y el paciente.

-De incrementos en los riesgos, morbilidad y mortalidad o clínicas, observada en los pacientes no cumplidores.

-Aumento en la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y tratamiento, debido a aumentos de dosis o cambios en la prescripción y realización de pruebas diagnósticas más invasivas.

-Crecimiento del coste sanitario (costo en servicios de salud), que se generan debido al aumento de hospitalizaciones, visitas a los centros ambulatorios y de urgencias (Dilla & col, 2009).

2. 12. Estrategias y tipos de intervenciones para favorecer la adherencia

Muchas de las estrategias e intervenciones que pueden ayudar mejorar y/o favorecer la adherencia al tratamiento, se encuentran dirigidas:

2.12. 1. Para el paciente:

-De tipo educativas: brindando información adecuada y entendible, para que adopte voluntariamente una actitud positiva frente a la enfermedad y/o medicación.

-De apoyo familiar: trabajando con la familia para que ayude a adaptarse al estilo de vida al sujeto, sugiriendo que se unan al cambio.

-De apoyo social: a través de programas de ayuda domiciliaria, ayudando a obtener la medicación, prescripción de medicación con mejor coste-beneficio.

-Terapia grupal: para alcanzar objetivos en común y por ende aumente la motivación y confianza del paciente.

-Terapia conductual: la cual consta de técnicas de responsabilizarían, autocontrol y refuerzo en el cumplimiento del tratamiento, aportando estrategias de recordatorio o ayudas de memoria a través de llamadas, mensajes, correos electrónicos, uso de alarmas o calendarios de cumplimiento.

-Trabajo interdisciplinario: proyectando reuniones de trabajo con los agentes de salud para conocer el avance de los objetivos de intervención con el paciente.

-Simplificación del régimen: reduciendo el número de dosis con la utilización de formulaciones de liberación controlada o reduciendo el número de fármacos diferentes utilizando fármacos en combinación(Grau-Abalo, 2016;Montserrat Oviedo, 2018).

2. 12. 2. Para el personal de asistencia sanitaria:

-Programas de capacitación y/o actualización.

-Monitorización del paciente.

-Recordatorios para el/los profesionales (Dilla & col, 2009).

En el marco de lo anteriormente mencionado, los componentes de la adherencia al tratamiento de la obesidad relacionados a las características personales de los adultos que asisten a un centro de atención primaria de Baigorria durante el tercer cuatrimestre del 2021, que se valoraran en este estudio serán teniendo en cuenta:

El concepto de adherencia al tratamiento refiere al grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (López-Romero, 2016).

•Lo relacionado a la *conducta del paciente* ante la enfermedad, es debido a que el comportamiento de cada persona ante la aparición de estas enfermedades tiene gran importancia, ya que esta supone una crisis en la vida personal, por tener que incorporar de conductas que incluyen aceptar formar parte de un programa de tratamiento, evitar comportamientos de riesgo e incorporar un estilo de vida con conductas saludables, más allá de la aceptación de la enfermedad, para su tratamiento, cuidado y auto-cuidado (Montserrat Oviedo, 2018).

Valorando:

-La no suspensión del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

-Cumplimiento de los regímenes alimentarios y dietarios.

-La asistencia a consultas y/o controles.

•Lo relacionado al tipo de *información que posee del tratamiento*, ya que es evidente que aquellas personas que no poseen un suficiente conocimiento de su enfermedad no pueden tener una actitud positiva en su tratamiento, de modo que los conocimientos adquiridos acerca de su padecimiento y el tratamiento les permiten actuar de manera consciente, sobre bases claras y reales, teniendo en cuenta las principales características, los efectos, los riesgos y los comportamientos adecuados para el manejo de la enfermedad(Monserrat Oviedo, 2018).

Estimando:

-Si el paciente conoce los riesgos de padecer su enfermedad.

-Conoce los efectos adversos de la medicación.

-Conoce los beneficios de comer saludable.

-Conoce los beneficios de realizar la actividad física recomendada.

•Lo relacionado a las *recomendaciones brindadas por el equipo de salud* o grupo de asistencia sanitaria, numerosos estudios han demostrado que los médicos frecuentemente fallan en ofrecer de manera adecuada las prescripciones a los enfermos a causa de deficiencias en la comunicación, lo cual provoca el incumplimiento de las recomendaciones, aptitudes y actitudes negativas, falta de empatía y desmotivación, que contribuyen a la falta de adherencia de los pacientes, de igual forma que la ausencia de instrucciones escritas o efectuadas de modo deficiente o con lenguaje demasiado técnico o con rasgos incomprensibles(Monserrat Oviedo, 2018).

Por el cual se apreciará, si:

-Recibe educación de manera clara y sencilla.

-El profesional responde a dudas e inquietudes del paciente.

Seguido de las **características personales**, conceptualmente definen características u aspectos distintivos físicos y mentales que forman al individuo pleno en lo particular.

Del cual se valorara:

•El *sexo*, el cual ya viene determinado por la naturaleza, puesto que una persona ya nace con sexo masculino o femenino. Por lo cual se tendrá en consideración debido a las estadísticas de obesidad según la (OPS), en donde muestran que las mujeres están más afectadas que los hombres y a una investigación en donde evidencia el enfoque de género al que puede atribuirse dicha problemática (Borrell & col, 2007).

Señalando si es:

-Hombre.

-Mujer.

•La *edad*, de entre 18 a 59 años, ya que referencia que en este período el ser humano se halla en su plenitud física, mental y legal para tomar decisiones y sus actuaciones son fruto de la lógica y razonamiento que en las etapas anteriores (Redonet, 2004).

Abordando los grupos etarios:

-Adultos jóvenes de entre 18 a 35 años.

-Adultos maduros de entre 35 a 59 años.

•El *nivel de escolaridad*, debido a que la educación es uno de los factores que más influye en el avance y progreso de personas y sociedades, provee de conocimientos, enriquece la cultura, el espíritu, los valores y todo aquello que nos caracteriza como seres humanos, además de ser necesaria en todos los sentidos, y ser un arma poderosa para romper el ciclo de la pobreza, la enfermedad, la miseria y la persistencia intergeneracional del bajo nivel socioeconómico (Redonet, 2004).

Siendo expresado por la (OMS) que la educación y la salud están hermanadas y se refuerzan mutuamente contribuyendo a sacar a la gente de la pobreza y a ofrecerle la oportunidad de desarrollar plenamente su potencial humano (Chan, 2010).

Es por ello, que se tomaran como referencias todos los niveles de escolaridad:

-Primaria incompleta.

-Primaria completa.

-Secundaria incompleta.

-Secundaria completa.

-Universitario incompleto

-Universitario completo.

El posicionamiento teórico del presente estudio está basado en las teorías de las escuelas de enfermería:

Primeramente, y gracias a la “Escuela de las necesidades” de la cual pertenecen **Virginia Henderson**, quien incorporó los principios fisiológicos y psicológicos, con la identificación de las 14 necesidades básicas, asistiendo al individuo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen

a la salud o a su recuperación, de tal manera que le ayude a ganar independencia con la mayor brevedad posible, a través de la relación “enfermera como compañera del paciente”, ideando en conjunto con el mismo el plan de cuidados, fomentando la participación activa; Y **Dorothea Orem**, con la teoría del autocuidado, en la cual explica el concepto como comportamiento aprendido a medida que la persona interactúa y se comunica con la familia y los grupos sociales, influida por los valores personales y culturales de los grupos, por conductas que existen en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas y hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar, ya que la enfermedad y las lesiones no sólo afectan a estructuras específicas y mecanismos fisiológicos y psicológicos, sino también al funcionamiento humano íntegro (González-García & col, 2004).

En segundo lugar y por medio de la “Escuela de la interacción” de **Hildegard Peplau**, la cual habla de la importancia de la comunicación en la interacción enfermero-paciente, describiendo cuatro fases de relación (orientación, identificación, explotación y resolución) y seis papeles o roles cambiantes de enfermería, que surgen durante las distintas fases de la relación enfermero/a paciente (rol extraño, persona-recurso, docente y de liderazgo-conductor), con el objetivo de ayudar al paciente y/o al grupo comunitario a conseguir la salud de forma que enfermera y el paciente alcancen el mayor grado de desarrollo personal (Albornoz & col, 2012).

En tercer lugar, mediante la “Escuela de los efectos deseables” de **Callista Roy**, la cual se centró en el concepto de adaptación del hombre “como un sistema adaptativo” según el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse, el cual contiene 5 elementos esenciales en las interacciones (paciente, salud, meta, entorno y dirección de las actividades), que dependen de 3 clases de estímulos (focales, contextuales y residuales). También agrega que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación (las necesidades fisiológicas básicas, la autoimagen, el dominio de un rol o papel e interdependencia), con el objetivo de ayudar a la persona a adaptarse a los cuatro modos de adaptación ya sea en la salud o en la enfermedad y que la intervención del enfermero/a implique el aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos (Albornoz & col, 2012).

En cuarto lugar, a través de la “Escuela de la promoción de salud” de **Moyra Allen**, la cual sostiene que la salud se aprende por el descubrimiento personal y la participación activa, que el entorno es el

contexto en el que la salud y los hábitos de salud se aprenden, principalmente mediante el mantenimiento, fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros por la activación de sus procesos de aprendizaje (González-García & col, 2004).

Finalmente y por medio de la “Escuela del caring (cuidado) de **J. Watson**, quien aporta la parte humanista de las intervenciones de enfermería, creyendo en que “las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura e integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones” (González-García & col, 2004, p115).

Referenciando que el cuidado tiene dos dimensiones: una cultural con sus prácticas y otra moral, la cual le asigna al cuidado un valor al actuar, al entender los fundamentos ontológicos y teóricos desarrollados como: el alma (espíritu, o interior deseado), el dualismo (experiencias subjetivas/objetivas), la armonía, la casualidad y el tiempo, la evolución espiritual, y la autotranscendencia. Basando su teoría en 7 supuestos como de que el cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal es decir, se transmite de acuerdo a las prácticas culturales en forma particular y de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales; Estando condicionado a factores propios del cuidado, el cual tiene un destino, efectos y objetivos; Donde el cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar, promoviendo la satisfacción de necesidades y por tanto a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente; Agregando que un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial de elegir la mejor opción para el sujeto, en un momento preciso; En el que la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa, ya que el cuidado no es sólo curar o medicar, sino integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud; Siendo que la práctica del cuidado es central en enfermería, porque el acompañar es necesario para que el individuo descubra cómo desde una situación particular puede encontrar la mejor solución desde su propia realidad. También agrega 13 factores del cuidado que son una extensión de los mismos los cuales son: “la práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente”, “la incorporación de la fe-esperanza”, “el cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión”, “el desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado,

a través de una relación de confianza”, “el estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida”, “el uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencia”, “el participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro”, “la creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) que las divide en ambiente en externo: con variables como seguridad, confort, abrigo e internas: en autorrealización y comunicación, “la asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger” en primer nivel: biofísicas de supervivencia, segundo nivel: necesidades funcionales, tercer nivel: integrativas o necesidades psicosociales o psicofísicas y cuarto nivel: ubicando las necesidades intra-interpersonales y realización del sí mismo, tendientes a la búsqueda de crecimiento personal, y por último refiere “al énfasis en la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellos”.

Resumiendo de este modo al cuidado transpersonal como una forma singular que aborda el enfermero en “una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana” lo que permitirá trascender el cuidado humanizado en la práctica, además de las cuestiones éticas basado en un enfoque humanista, en donde es prioritaria la participación del usuario en la evaluación y mejoramiento de la calidad (Urra & col, 2011).

Conforme a lo expresado, se concluye en que conceptualmente estas variables están asociadas desde la parte cognitiva y conductual, ya que estas características personales van a influenciar dichas conductas frente a la adherencia al tratamiento de la obesidad, por lo que al comparar las dimensiones de los caracteres personales descriptos y contrastarlos con los de la adherencia al tratamiento de la obesidad, se puede establecer una relación de hipótesis, debido a que estos atributos describen en general las capacidades del adulto para asumir la enfermedad y la complejidad del tratamiento (Monserrat Oviedo, 2018; Redonet, 2004).

3. MATERIAL Y MÉTODO

3. 1. Tipo de estudio o diseño

Este proyecto se desarrollara mediante un abordaje cuantitativo, prospectivo, transversal, analítico-causal, ya que va a describir el fenómeno de adherencia al tratamiento de la obesidad en la población de estudio tal cual como se encuentra presente, permitiendo conocer su distribución en la misma, examinando la tendencia de cualquier fenómeno que este aconteciendo en la población al inicio del estudio, debido a que el inicio del mismo es anterior a los hechos estudiados, recogiendo los datos a medida que se van sucediendo, puesto a que se realizara con los datos obtenidos en un momento puntual sin continuidad en el tiempo, para posteriormente poder analizar los datos de las variables recopiladas durante un periodo de tiempo predefinido, pretendiendo establecer una relación causal con las características personales, es decir entre las dos variables (Veiga de Cabo & col, 2008).

3. 2. Sitio o contexto

El estudio se realizara en adultos de ambos sexos que estén en tratamiento por obesidad, que asisten habitualmente a los consultorios del centro de atención primaria de la salud barrial, de Baigorria, durante el tercer trimestre del 2021. El mismo, es un efector de dependencia provincial, ubicado en la zona este de Granadero Baigorria, de la provincia de Santa fe, en un barrio de pescadores, que hace honor a su nombre, a orillas del Río Paraná, debajo del Puente Rosario-Victoria. Este cuenta con un sector administrativo y cinco consultorios, los cuales uno corresponde a enfermería, en donde se encuentra el vacunatorio y los otros corresponden a las áreas de clínica médica, ginecología, pediatría y odontología.

Es por ello, se realizó una serie de preguntas a modo de guía de relevamiento de datos, con el objetivo de identificar que las variables que se pretenden medir en el proyecto se encuentren presentes, controlar la aparición de variables intervinientes al estudio y contar con el número aproximado de posibles unidades de análisis o sujetos (ver Anexo I).

Por lo cual se solicitó la autorización al director/a de la institución para poder llevarla a cabo (ver Anexo I).

Para la elección del sitio se tuvo en cuenta la presencia de las variables y población de estudio (ver Anexo III).

3. 3. Población y muestra

La población estará conformada por 120 adultos aproximadamente, alfabetizados, de entre 18 a 59 años, que están en tratamiento por diagnóstico de obesidad, que actualmente asisten de forma disminuida a los consultorios del centro de atención primaria de la salud barrial de Baigorria, debido al distanciamiento social y preventivo, por motivos de pandemia de Covid-19.

Por lo cual debido a la disponibilidad, características de los adultos, y que para realizar una muestra representativa de la población de estudio se deberá contar con un total de entre 50 a 100 muestras, se abordará a la misma en su totalidad (Hernández-Sampieri & col, 2014).

Criterios de exclusión:

-Embarazadas.

-Pacientes que posean cobertura médica, que se hagan tratar/estén en tratamiento externamente.

Dentro de control de validez externa, los resultados de dicha investigación solo serán generalizables a nivel de la población de estudio.

Operacionalización

VARIABLE: características personales	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUB-DIMENSIONES	INDICADORES
TIPO: Cualitativa	Características, aspectos distintivos físicos y mentales que forman al individuo pleno en lo particular.	-Sexo		-Femenino. -Masculino.
FUNCION: independiente		-Edad		-Adulto joven (18 a 35 años). -Adulto maduro (35 a 59 años).
ESCALA DE MEDICIÓN: Nominal		-Nivel de escolaridad		-Primaria incompleta. -Primaria completa.

				-Secundaria incompleta -Secundaria completa -Universitario incompleto. -Universitario completo.
VARIABLE: Adherencia al tratamiento de la obesidad	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUB- DIMENS IONES	INDICADORES
TIPO: Cualitativa	Grado en el que la conducta de un paciente, en relación	-Relacionado a la conducta del paciente ante la enfermedad.		No suspende dosis ni tratamiento, asiste a consultas/controles.
FUNCION: Dependiente	con la toma de medicación, el seguimiento de una	-Relacionado a la información que posee del tratamiento.		Conoce efectos adversos de la medicación, beneficios de comer saludable y realizar actividad física.
ESCALA DE MEDICIÓN: Nominal	dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.	-Relacionado a las recomendaciones del equipo de salud.		Recibe educación clara y sencilla, Recibe respuestas a inquietudes y dificultades.

3. 4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La recolección de datos será a través de una técnica de encuesta, utilizando como instrumento un cuestionario auto-administrado, con preguntas cerradas, con opciones de respuestas tipo escala de

Likert (**si-no/a veces**), la cual contiene instrucciones de llenado simples como la de “marcar con una cruz la casilla que corresponda a su respuesta”.

Esta tipo de técnica, es ampliamente utilizada como procedimiento de investigación, ya que permite obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz, permitiendo explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características mediante un cuestionario, permitiendo muestreos masivos, son económicos, prácticos, se puede analizar sus resultados fácilmente y permiten conservar el anonimato, sin generar ninguna presión al encuestado. Pero también tiene sus desventajas ya que puede haber falta de sinceridad a la hora de responder, diferencia de comprensión e interpretación de las preguntas y omisión de preguntas, si no hay necesidad de ser preguntadas (Debois, 2017; J. Casas Anguita, 2003).

Este instrumento de medición se creó de modo que pueda ajustarse al objetivo del proyecto investigación y a la operacionalización de las variables en estudio. El mismo podría dividirse en cuatro partes: ya que al comienzo brinda una breve explicación de manera general de quien lo realiza, de que se trata la encuesta, el carácter voluntario, anónimo de los datos y la forma de responder (seleccionar la casilla que corresponda a su respuesta), seguido con el llenado de una serie de datos correspondiente a la primer variable independiente (caracteres personales) como los son el sexo, edad y nivel escolar que poseen, con el fin de poderlos utilizar para relacionarlos posteriormente con el resultado de la tercera parte o cuestionario de la variable dependiente (adherencia al tratamiento de la obesidad), el cual presenta 10 ítems de preguntas cerradas, con opciones de respuesta tipo escala de Likert (Si –No / A veces), el cual pretenderá medir la adherencia terapéutica, a través del uso de indicadores relacionados a la conducta del paciente, a la información que posee del tratamiento y las recomendaciones del equipo de salud, el cual poseerán un puntaje pre-determinado en concordancia a las respuestas efectuadas, finalizando con el agradecimiento por la colaboración prestada y el espacio para posteriormente hacer las respectivas observaciones (ver Anexo II).

El personal a cargo de la recolección de datos

El mismo estará a cargo de la propia autora de la construcción del proyecto de investigación, la cual se encargara de brindar una breve explicación sobre el llenado y anonimato de los datos cuando se le entregue el instrumento, posterior al consentimiento del sujeto, a modo de despejar dudas antes

del comienzo del cuestionario, y a medida que vayan finalizando y entregado la encuesta, controlar que estén completamente llenas.

El mismo, se aplicara en los consultorios del centro de atención primaria, al momento que los adultos con obesidad asistan a las consultas y/o controles pactados con el grupo de asistencia sanitaria, dentro de los horarios de atención del efector, en los turnos mañana y tarde.

Durante el mismo se tendrán en cuenta las consideraciones bioéticas y legales aplicadas a la investigación en seres humanos declaradas en el Código de Núremberg (1947) en donde señala que es esencial el consentimiento informado voluntario del sujeto y en el Informe de Belmont (1977) en donde establecen las pautas y principios éticos fundamentales para la protección de los sujetos de la investigación. Los mismos son: la ley de protección de datos o habeas data (*Ley 25.326*), el *principio de Beneficencia/ No maleficencia*, donde los sujetos que conforma la población de estudio no deben estar expuestos a daños físicos ni psicológicos y asegurar su confidencialidad, el *principio de autonomía/ dignidad humana*, el cual respeta el derecho de autodeterminación e información completa, brindando el consentimiento informado, libre de coerción y coacción, reconociendo los derechos de tomar sus propias decisiones, respetando su dignidad y libertad; Y el *principio de justicia*, el cual incluye el derecho al trato justo y a preservar su intimidad (U. De Chile, 2018), (ver Anexo II).

Es por ello que con el fin de poder controlar los sesgos de validez interna o de inestabilidad del instrumento y posteriormente poder garantizar su validez y confiabilidad, se realizó una prueba piloto, en este caso y por motivos excepcionales de pandemia de Covid-19, de manera electrónica a través de internet, a algunos adultos en tratamiento por obesidad que asistieron al efector de salud durante los turnos mañana y tarde, que aceptaron participar previamente del proyecto de investigación (ver Anexo IV).

3. 5. Plan de análisis

Para facilitar la cuantificación de datos se codificaron las variables de la siguiente forma:

Variables independientes:

-Edad: entre 18 y 35 (A) / entre 35 y 59 (B)

-Sexo: Femenino (a) – Masculino (b)

-Nivel educativo: Primaria incompleta (1) primaria completa (2) Secundaria incompleta (3) secundaria completa (4) Universitario incompleto (5) universitario completo (6).

Variable dependiente:

Si (3) / No (1) / A veces (2).

Para valorar la adherencia al tratamiento de la obesidad se establecieron los siguientes parámetros:

Puntaje según respuesta: **Si=3pts. - No=1pt. / A veces=1,5pts.**

El puntaje de adherencia al tratamiento en el instrumento va de **10 o 30 puntos**, en donde:

-Total para adherencia al tratamiento: es de **18,50 más puntos.**

-Total para no adherencia al tratamiento: es de entre **10 a 18 puntos.**

Dentro del instrumento hay **4 ítems** que se comportan como **negativos** y **6 ítems positivos**, que se interpretan de la siguiente manera:

-Ítems que son positivos:-Dimensión I: 5 y 6. -Dimensión II: 7, 8 y 9. -Dimensión III: 10.

-Ítems que son negativos: -Dimensión I: 1, 2, 3 y 4.

Para garantizar la validez y fiabilidad del instrumento, se creará una base de datos en una planilla de datos con los 10 ítems y sus respuestas, los cuales serán analizados con el programa estadístico “IMB SPSS”, para obtener el coeficiente de consistencia interna (coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach) y de validez convergente para una escala tipo Likert (Bojórquez & col, 2013), (Frias-Navarro, 2020).

Como las variables en estudio son de tipo cualitativas, nominales, serán analizadas de forma bivariada (coeficiente de relación lineal de Pearson), para describir las relaciones entre dichas variables. La estadística descriptiva se hará a través del uso de frecuencias y porcentajes; y la estadística inferencial para comprobar dichas hipótesis a través de la prueba de Chi-cuadrado (López Hernández, 2016; Ruiz-Mitjana, 2018).

3. 6. Plan de trabajo y cronograma de actividades

Actividades	Tiempo de duración 2021 ☺																											
	Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre							
Recolección de datos	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█																
Tabulación de los datos									█	█																		
Análisis e interpretación de los datos													█	█	█													
Elaboración de la discusión														█	█													
Elaboración de la conclusión																		█	█	█								
Redacción del informe final																					█	█	█					
Difusión de los resultados																									█	█		

4. ANEXOS

4. 1. Anexo I: Guía de relevamiento de datos.

1-¿La institución permite que se realice la investigación?

2-¿La institución autoriza que se publiquen los resultados de la investigación?

3-¿Qué cantidad de profesionales hay en el servicio?, ¿cuantos por turno?

4-¿Cuál es la cantidad de adultos con obesidad que asiste al centro de salud, cuantos por turno?

5-¿Cuál es la cantidad de adultos en tratamiento de la obesidad que asiste al centro de salud?

6-¿Cuántas son mujeres adultas jóvenes? ¿Cuántas adultas maduras? ¿Cuántos son varones adultos jóvenes y cuantos adultos maduros?

7-¿La institución cuenta con algún programa de obesidad dirigido a adultos?

8-¿Cuentan con estadísticas de éxito y/o abandono del tratamiento de la obesidad?

9-¿La institución cuenta con protocolos de atención estandarizados y/o evaluación de la adherencia de los adultos en tratamiento de obesidad? En caso de que no ¿Cuál es el abordaje más habitual?

10-¿Los pacientes en tratamiento de obesidad cuentan con apoyo adicional fuera del servicio?

11-¿Se tienen en cuenta los aspectos conductuales e intelectuales de los adultos en tratamiento de obesidad?

12-¿Los pacientes tienen participación activa en su tratamiento?

13-A la hora de elegir el tratamiento adecuado ¿se tiene en cuenta los factores relacionados al paciente, al tratamiento y a la asistencia sanitaria?

(Volver a pág.).

Autorización



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

—Quien suscribe, *Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica*
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica que D'Angelo Carolina
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los 6 días de Noviembre 2020

Santo Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

SANTISTEBAN FABIAN ANDRÉS
Coordinador de Centro
Prestador de Servicio

Nores, Rosana

(Volver a pág.).

4. 2. Anexo II: Instrumento de recolección de datos y consentimiento informado.

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD Este cuestionario es llevado a cabo por una alumna de Facultad de Ciencias Médicas, UNR, de la carrera Licenciatura en Enfermería, de la cátedra Investigación/Tesina. Recuerde que el llenado es completamente voluntario y que todas las respuestas son anónimas.			
N° _____		Fecha ___/___/___	
Sexo: (Marcar con una cruz la opción que corresponda a su respuesta) Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>			
Edad: (Marcar con una cruz la opción que corresponda) Entre 18 y 35 años <input type="checkbox"/> Entre 35 y 59 años <input type="checkbox"/>			
Nivel educativo: (Marcar con una cruz la opción que corresponda a su respuesta) Primaria completa <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Universitario incompleto <input type="checkbox"/> Universitario completo <input type="checkbox"/>			
Marque con una cruz en la casilla que corresponda a su respuesta	Si	No	A veces
I-Relacionado a la conducta del paciente			
1-¿Cuando el medicamento me cae mal, lo dejo de tomar?			
2-¿Para que siga el tratamiento, necesita que otros se lo recuerden?			
3-¿Siente que el tratamiento interfiere en su vida diaria?			
4-¿Cuando sale los fines de semana, come alimentos prohibidos?			
5-¿Realiza la dieta indicada?			
6-¿Realiza la actividad física indicada?			

II-Relacionado a la información que posee del tratamiento			
7-¿Conoce los efectos adversos de la medicación?			
8-¿Conoce los beneficios de realizar actividad física?			
9-¿Conoce los beneficios de comer saludable?			
III-Relacionado a las recomendaciones del equipo de salud			
10-¿El profesional le explica de forma comprensible?			
<p>Muchas gracias por su colaboración.</p> <p>Observaciones: _____</p>			

La misma en versión electrónica (por internet): https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfK4kbCB1430S3jO2dK_U_OjpM7fDWecaWwPliIph-JQFFVkg/viewform?usp=sf_link

Consentimiento informado

La autora del presente proyecto de investigación, Giuliana D’Angelo, DNI N° 38898988, Tel. 3412583808, solicita su colaboración para acceder a responder el cuestionario de adherencia al tratamiento de la obesidad, la cual ofrece importante información para llevar a cabo el estudio que tiene como objetivo general es determinar qué relación existe entre la adherencia al tratamiento de la obesidad y las características personales de los adultos que asisten al centro de atención primaria de Baigorria, durante el tercer trimestre del 2021, con el propósito de aportar datos estadísticos a nivel local para tener una perspectiva general de cómo afecta esta problemática en la población y/o comunidad y en base a ello, la profesión de enfermería pueda planificar y definir acciones futuras de intervención para poder favorecerla.

Tenga presente que en cualquier momento Ud. tiene derecho de dejar de participar cuando así lo desee.

De acuerdo a la Ley 25326, se garantiza la confidencialidad de los resultados y el anonimato de toda la información que se brinde.

Se agradece gratamente su colaboración y participación en el estudio.

A continuación, luego de recibir la información pertinente y habiendo comprendido mis derechos... acepto participar de dicho estudio sin recibir apoyo económico o de otra naturaleza y en conocimiento de que los resultados del estudio me serán proporcionados si los solicito al responsable del mismo. Dejo constancia que recibo los datos del autor del proyecto para localizarlo ante cualquier inquietud.

Fecha:...../...../.....

Firma:.....

(Volver a pág.).

4. 3. Anexo III: Resultados del estudio exploratorio

El resultado del estudio exploratorio arrojó de que la institución aparte de autorizar y permitir que los datos de la investigación se puedan recolectar y publicar, cuentan con 5 consultorios, 6 profesionales de la salud para la atención, de los cuales trabajan en los turnos matutino y vespertino, atendiendo a aproximadamente 120 adultos en tratamiento por obesidad, el cual el 60 % son mujeres, en su mayoría adultas/os mayores y que actualmente por motivos de pandemia de Covid-29, no están asistiendo a la institución, pero son visitados en sus domicilios debido a que son pacientes de riesgo y a las características favorables del barrio. Respecto a la atención brindada por la institución, se manifestó no contar con programas y/o protocolos de atención de obesidad dirigidos a los adultos, ni contar con estadísticas de éxito y/o abandono del tratamiento de la obesidad, pero que en su gran mayoría de igual modo son atendidos de manera personalizada, integrando sus familiares para que brinden apoyo y acompañamiento a los pacientes en cuanto a la dieta, teniendo en cuenta los aspectos conductuales e intelectuales de esos adultos en tratamiento de obesidad, de modo que puedan participar activamente de su tratamiento, orientándolos a tomar las decisiones más favorables, tomando en cuenta los factores relacionados al paciente, al tratamiento y al equipo de asistencia sanitaria.

(Volver a pág.).

4. 4. Anexo IV: Resultado de prueba piloto

Según características personales:

Sexo: 75% mujeres, 25% hombres

Edad: 100% de 35 a 59 años.

Nivel escolar: primaria completa 25%, secundaria incompleta 25%, secundaria completa 25%, universitario incompleto 25%.

Según puntaje de adherencia al tratamiento de la obesidad: Adherido 50%/No adherido 50%.

Porcentaje de respuesta a las preguntas de la encuesta:

- 1: ¿Cuando el medicamento me cae mal, lo dejo de tomar? Si 50%, No 50%.
- 2: ¿Para que siga el tratamiento, necesita que otros se lo recuerden? Si 50%, No 25%, A veces 25%.
- 3: ¿Siente que el tratamiento interfiere en su vida diaria? No 75%, A veces 25%.
- 4: ¿Cuando sale los fines de semana, come alimentos prohibidos? Si 50%, No 50%.
- 5: ¿Realiza la dieta indicada? Si 50%, No 25%, A veces 25%.
- 6: ¿Realiza la actividad física indicada? Si 50%, No 50%.
- 7: ¿Conoce los efectos adversos de la medicación? Si 75%, No 25%.
- 8: ¿Conoce los beneficios de realizar actividad física? Si 100%.
- 9: ¿Conoce los beneficios de comer saludable? Si 100%.
- 10: ¿El profesional le explica de forma comprensible? Si 75%, No 25%.

La prueba piloto fue realizada a 4 pacientes habituales que asistieron al efector durante los turnos matutino y vespertino, a los cuales primeramente se les solicito su colaboración y/o consentimiento y procedió a explicar la forma de participación de carácter voluntaria y anónima y de respuesta a la encuesta, los cuales aceptaron sin inconvenientes, que por motivos de pandemia Covid-19 y debido a que muchos de ellos son atendidos en sus domicilios por ser pacientes de riesgo, se adaptó la encuesta de forma electrónica (por internet), a través de un formulario de Google docs., para que pudieran responderla cómodamente a través de su celular en sus domicilios y así no generar aglomeración de pacientes en el servicio, por lo que los participantes al momento de contestar la encuesta no se les generó ningún riesgo, incomodidad ni pudieran llegar a sentir presión. La duración de la misma se estima es aproximadamente 15 minutos como máximo, ya que posee una forma de lectura y respuesta sencilla, en donde al comienzo, se explica nuevamente de manera general quien lo realiza, de que se

trata el formulario, el carácter voluntario, anónimo del mismo y la forma de responder (seleccionar la casilla que corresponda a su respuesta), finalizando con el agradecimiento por prestar colaboración con dicho proyecto.

Según las respuestas e información obtenida del instrumento de medición, la mitad de los participantes abordados se encuentran adheridos al tratamiento de la obesidad. Otra apreciación que se pudo hacer es que ninguno de ellos manifestó desconocimiento de los beneficios de comer saludable y realizar actividad física, por otra parte, respecto a las recomendaciones hechas por el equipo de salud, solo uno de los participantes no adheridos terapéuticamente manifestó no comprender las explicaciones realizadas por parte del profesional sanitario, también, se pudo apreciar que los dos participantes con mayor nivel escolar alcanzado son los que están adheridos al tratamiento de la obesidad, obteniendo la puntuación máxima (de 30 puntos). Respecto a la variable sexo, no se pudo dar una perspectiva aproximada orientada a intentar responder la hipótesis expresada, ya que la prueba piloto se aplicó solo un hombre de los 4 participantes, pero se podría agregar que de los 2 sujetos adheridos uno es de sexo femenino y el otro es masculino. Lo mismo en relación a la edad o grupo etario, ya que los encuestados fueron todos adultos maduros.

Una interpretación a modo individual respecto a las respuestas de los participantes que refirieron no adherencia terapéutica, revela que uno de los participantes manifestó dejar de tomar la medicación cuando la misma “le cae mal” al cual podría atribuirse a la falta de conocimiento de los efectos adversos de la misma expresada posteriormente en el instrumento, y respecto al otro participante, demostró dificultades relacionadas a la conducta y en relación a las recomendaciones del equipo de salud.

(Volver a pág.).

5. BIBLIOGRAFÍA

Albornoz Jorgelina [y otros] slideshare [En línea] // Fundamentos, prácticas y tendencias 1. - Universidad Nacional del Sur, 16 de Mayo de 2012. - 10 de Octubre de 2020. - <https://www.slideshare.net/fundamentos2012uns/hildegard-peplau-13287258>.

Andreu Martí, Alba, Flores Meneses, Lilliam y Cañizares Alejos, Silvia. Obesidad [En línea] // Clinic Barcelona Hospital Universitari. - 17 de agosto de 2018. - 12 de Noviembre de 2020. - <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/obesidad/diagnostico>.

Bello Escamilla Natalia, Verónica y Montoya Cáceres, Pamela, Aurora. Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados [Publicación periódica]. - Chile : GEROKOMOS, 2016.

Betancourt D. F. Ingenio Empresa [En línea] // El muestreo estratificado o estratificación: Qué es y cómo se hace. - 11 de Agosto de 2016. - 04 de Octubre de 2020. - www.ingenioempresa.com/muestreo-estratificado..

Bojórquez Molina, José, Antonio [y otros] Utilización del alfa de Cronbach para validar la confiabilidad de un instrumento de medición de satisfacción del estudiante en el uso del software Minitab [Informe]. - Cancun, Mexico. : 11th Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology, 2013.

Borrell Carme y Atrazcoz Lucía. Investigación sobre género y salud. [Publicación periódica]. - Barcelona : Sociedad Española de Epidemiología, 2007. - Vol. 5ta monografía.

Bustillo-Lozano Alejandra [y otros] Sobrepeso y Obesidad en el Embarazo: [Publicación periódica]. - Honduras : iMedPub Journals, 2016. - doi: 10.3823/1310 : Vol. Vol. 12 No. 3: 11.

Cano Rodrigo, Susana Soriano del Castillo, José Miguel y Merino-Torres Juan Francisco. Causas y tratamiento de la obesidad [Publicación periódica]. - La fe, Valencia : Nutr. clin. diet. hosp, 2017. - 87-92. : Vol. 37(4).

Cardenas Julian Que es la correlacion bivariada y cómo analizarla [En línea] // Networkianos. Blog de Sociología. - 9 de Octubre de 2013. - 2020 de Octubre de 9. - <http://networkianos.com/que-es-la-correlacion-bivariada-y-como/#:~:text=y%20c%C3%B3mo%20analizarla-,Correlaci%C3%B3n%20bivariada,fuerte%2Dmoderada%2Do%20d%C3%A9bil%20y>.

Chan Margaret Organizacion Mundial de la Salud [En línea]. - 20 de Septiembre de 2010. - 18 de Octubre de 2020. - https://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/.

Debois Stefan 9 ventajas y desventajas de los cuestionarios [En línea] // surveyanyplace. - 28 de Febrero de 2017. - 2020 de Octubre de 09. - <https://surveyanyplace.com/es/9-ventajas-y-desventajas-de-los-cuestionarios/>.

Dilla Tatiana y Amparo Valladares Luis Lizán, J.A., José Antonio Sacristán. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora [Publicación periódica]. - Castellon, España : Revista Atención Primaria, 2009. - 6 : Vol. 41.

Ensuncho Hoyos María Angelica y Lizarazo Vargas César Augusto Costos de no adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una empresa promotora de la salud [Informe]. - Bogotá, D.C., Colombia : [s.n.], 2020.

Fernandez Traviezo Julio,Cesar Incidencia actual de la obesidad en las enfermedades cardiovasculares [Publicación periódica]. - La Habana, Cuba : Revista CENIC Ciencias Biológicas., 2015. - 1 : Vol. 47.

Frías-Navarro Dolores. Apuntes de consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento de medida [Publicación periódica]. - Valencia, España : Universidad de Valencia, 2020.

Galante Mariana [y otros] Situación epidemiológica de la obesidad en la Argentina [Publicación periódica] // Rev Argent Cardiol. - CABA, Argentina : Rev Argent Cardiol., 2016. - 132-138 : Vol. 84. - págs. 84:132-138..

González-García Gisela, Lic. Borrego Marta y Etc. Enfermería familiar y social [Sección de libro] / aut. libro autores Colectivo de. - La Habana : Ciencias medicas, 2004.

Grau-Abalo Jorge A. Enfermedades crónicas no transmisibles: Un abordaje desde los factores psicosociales. [Publicación periódica]. - La Habana, Cuba : Salud & Sociedad., 2016. - 138-166. : Vol. 7 (2).

Hernandez Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos y Baptista Lucio Maria del Pilar. Metodología de la investigación [Sección de libro] // Metodología de la investigación / aut. libro Dr. Roberto Hernández Sampieri, Dr. Carlos Fernández Collado y Dra. María del Pilar Baptista Lucio.. - Mexico, D.F : MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V., 2014. - Vol. 6ta edicion.

INDEC 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, resultados definitivos. [Publicación periódica]. - Buenos Aires. : Libro digital, PDF, edición argentina., 21 de Octubre de 2019.

J. Casas Anguita J.R. Repullo Labrador y J. Donado Campos. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos [Publicación periódica]. - [s.l.] : Rev. Aten Primaria, 2003. - 527-38. : Vol. 31(8).

Lara María Inés y Monserrat Serio. La obesidad en adultos en argentina y mendoza, un analisis de condicionantes socioeconmicos. [Publicación periódica]. - Argentina : Revista de la Facultad de Ciencias Económicas, 2015. - 131.

Libertad Martín, Alfonso [y otros] Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en tres provincias cubanas [Publicación periódica]. - Cuba : Revista Cubana de Salud Pública, 2015. - 33-45 : Vol. 41.

López Hernández Jonathan. Procesamiento de información estadística [En línea] // Probabilidad y estadística 4° A.. - junio de 2016. - 20 de Octubre de 2020. - <https://sites.google.com/site/probabilidadyestadistica4a/7---datos-bivariados>.

López Romero LA, Romero Guevara SL, Parra DI, Rojas Sánchez LZ. Adherencia al tratamiento: Concepto y Medición [Publicación periódica]. - Caldas, Colombia : Hacia promoc. Salud, 2016.

López Vázquez Santiago A. y Chávez Vega Raúl. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años [Publicación periódica]. - Habana, Cuba : Revista Habanera de Ciencias Médicas, 2016. - (1):40-50 : Vol. 15.

Maroto-López Eva ¿Qué es la adherencia terapéutica (y por qué es tan importante)? [Publicación periódica]. - España : Fundación Lovexair, 2019.

Milian García Ana, Julia y García Eduardo, David, Creus. La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. [Publicación periódica]. - Cuba : Revista Cubana de Medicina General Integral, 2016. - Vol. 32(3).

Monserrat Oviedo Neria Psicología de la salud y adherencia al tratamiento [Publicación periódica]. - Estado de Hidalgo, Mexico. : Boletín Científico De La Escuela Superior Atotonilco De Tula, 5(9), 5 de Enero de 2018.

OMS La educación y la salud están íntimamente unidas [En línea] // Organización mundial de la salud. - 20 de septiembre de 2010. - 23 de septiembre de 2020. - https://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/#:~:text=Adem%C3%A1s%20son%20mejores%20madres.,protege%20de%20la%20violencia%20dom%C3%A9stica..

OPS La obesidad, uno de los principales impulsores de la diabetes. [En línea] // Organización Panamericana de la Salud. - 10 de Noviembre de 2017. - 10 de Octubre de 2020. - https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13918:obesity-a-key-driver-of-diabetes&Itemid=1926&lang=es.

Pérez Honrato Jesus. Adherencia al tratamiento farmacológico. [Publicación periódica]. - Pampona, España. : Medicina respiratoria, 2015. - 47-52 : Vol. 1.

Pérez Inglés, David, Revé-Urgellés Melva, Rosa y Pérez Inglés, Nielys. Factores de riesgo que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo [Publicación periódica]. - Cuba : Revista 16 de abril, 2011. - 30-42.

Pliego-Reyes Carlos [y otros] Consenso multidisciplinario de prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad en el varón joven y maduro [Publicación periódica]. - México : Med Int Méx, 2015.

Ramos Morales Luisa, Estela. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. [Publicación periódica]. - La Habana, Cuba : Revista Cubana de Angiología Cirugía Vascul., 2015. - 175-189 : Vol. 2.

Redonet Lidia Núñez Atención de enfermería al pre-escolar, escolar, adolescentes, joven, adulto sano y trabajador [Sección de libro] // Enfermería Familiar y Social / aut. libro XIV colectivo de autores Cubanos Capítulo. - Habana : Ciencias Médicas, 2004.

Reyes-Flores Elena [y otros] Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias [Publicación periódica]. - Honduras : REV MED HONDUR, 2016. - 3 y 4 : Vol. 84.

Ruiz-Mitjana Laura Prueba de chi-cuadrado: qué es y cómo se usa en estadística [En línea] // Psicología y mente. - 2018. - 2020 de Octubre de 9. - <https://psicologiymente.com/miscelanea/prueba-chi-cuadrado>.

U.DeChile Principios generales de ética [En línea] // Universidad de Chile. - 2018. - 9 de Octubre de 2020. - <https://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/76256/principios-generales-de-etica>.

Urta Eugenia, M, Jana Alejandra, A y García Marcela, V Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. [Publicación periódica]. - Chile : Ciencia y Enfermería XVII, 2011. - Vol. 3.

Veiga de Cabo Jorge, Fuente Diez Elena y Zimmermann Verdejo Marta Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. [Publicación periódica]. - Madrid : Med Secur Trab, 2008. - 210: 81-88 : Vol. LIV.

Villacres-García Freddy E., Ruiz del Valle Daniel I. y Ochoa-Loor John P. Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antiretroviral en pacientes con VIH/SIDA hospital “Martin Icaza” [Publicación periódica]. - Guayaquil, Ecuador : Dom. Cien, 2017. - 2 : Vol. 3.