

PERSPECTIVA DE USUARIOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y/O HIPERTENSIÓN Y EQUIPOS DE SALUD SOBRE ADHERENCIA ALIMENTARIA NUTRICIONAL Y SUS TRANSFORMACIONES DURANTE EL COVID 19 EN MISIONES, 2022

Data de submissão: 30/08/2024

Data de aceite: 01/10/2024

María Florencia Orlando

Licenciada en Nutrición. Becaria Doctoral CONICET; Doctoranda en Ciencias Humanas y Sociales, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones (UNaM), Misiones, Argentina

Sergio Gabriel Viudes

Doctor en Ciencias Humanas y Sociales, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones (UNaM), Misiones, Argentina. Especialista en Salud Social y Comunitaria; especialista en Salud Comunitaria, Universidad Nacional del Nordeste (UNNE)

Enrique Jorge Deschutter

Doctor en Salud Pública, Facultad de Medicina. Universidad “Miguel Hernández” de Elche (UMH). Magister en Enfermedades Parasitarias Tropicales. Director de la Maestría en Salud Pública y Enfermedades Transmisibles, Universidad Nacional de Misiones (UNaM). Profesor Titular, Departamento de Microbiología, Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales, UNaM, Misiones, Argentina

RESUMEN: *Introducción:* La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) y la Hipertensión Arterial (HTA) son enfermedades no transmisibles de alta prevalencia que, una vez diagnosticadas, requieren el logro de la adherencia terapéutica. Esto implica la responsabilidad compartida entre el equipo de salud (EqS) y los usuarios (U) para el automanejo del cuadro crónico, siendo la adherencia a las recomendaciones alimentarias central. *Objetivo:* siendo la adherencia baja según antecedentes, se buscó caracterizarla en el sector público de la ciudad de Posadas, Misiones, incluyendo sus transformaciones en el contexto de pandemia por SARS-CoV-2. *Métodos:* Estudio cualitativo descriptivo. Muestreo de tipo intencional y por conveniencia, seleccionándose usuarios con diagnóstico de DM2 y/o HTA e integrantes de EqS. En un grupo de U se administró una encuesta diseñada por los investigadores. En otro grupo se realizaron entrevistas semiestructuradas, en función de una guía de entrevista, cuestionario de frecuencia de consumo y revisión de indicadores seleccionados de historias clínicas. Con EqS se efectuaron entrevistas semiestructuradas. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Para el análisis se emplearon los *softwares* ATLAS. ti 6 y SPSS XX. El proyecto contó

con aprobación del Comité de Ética en Investigación Provincial. *Resultados:* Se realizaron 15 entrevistas a EqS y 10 a U, junto con 89 encuestas. Los U destacan que las recomendaciones alimentarias se dan de modo genérico, no consensuadas, principalmente por profesionales de la medicina. Los EqS señalan la falta de continuidad de los tratamientos, mayor en varones, lo cual empeoró durante la pandemia. Los abordajes son individuales, sin instancias grupales, y el tiempo de consulta es escaso. Los alimentos recomendados, de elevado costo, junto a entornos alimentarios donde abundan alimentos de baja calidad nutricional, fueron señalados como barreras. Mientras el compartir la comida con una persona con la misma condición crónica, así como el saber qué comer y cómo prepararlo se indicaron como facilitadores. *Conclusiones:* La adherencia a los cuidados alimentarios es deficiente, y empeoró durante la pandemia. La capacitación continua a EqS, las estrategias grupales de apoyo y el monitoreo de entornos alimentarios podrían ser estrategias que mejoren la adherencia a los cuidados alimentarios.

PALABRAS-CLAVE: Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento; dieta; enfermedad crónica; COVID-19; adultos; Misiones.

PERSPECTIVE OF USERS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2 AND/OR HYPERTENSION AND HEALTH TEAMS ON NUTRITIONAL FOOD ADHERENCE AND ITS TRANSFORMATIONS DURING COVID 19 IN MISIONES, 2022

ABSTRACT: Introduction: Type 2 Diabetes Mellitus (DM2) and Arterial Hypertension (AHT) are highly prevalent noncommunicable diseases that, once diagnosed, require the achievement of therapeutic adherence. This implies shared responsibility between the health care team (EqS) and the users (U) for the self-management of the chronic condition, with adherence to dietary recommendations being central. Objective: since adherence to dietary recommendations is low, we sought to characterize it in the public sector of the city of Posadas, Misiones, including its transformations in the context of the SARS-CoV-2 pandemic. Methods: Qualitative descriptive study. Purposive and convenience sampling, selecting users with a diagnosis of DM 2 and/or HT and members of EqS. A survey designed by the investigators was administered to a group of U patients. In another group, semi-structured interviews were carried out, based on an interview guide, a questionnaire on frequency of consumption, and a review of selected indicators from medical records. Semi-structured interviews were conducted with EqS. All interviews were recorded and transcribed. ATLAS.ti 6 and PSPP XX software were used for the analysis. The project was approved by the Provincial Research Ethics Committee. Results: 15 interviews were conducted with EqS and 10 with U, together with 89 surveys. The U emphasize that dietary recommendations are given in a generic, non-consensual way, mainly by medical professionals. The EqS point out the lack of continuity of treatment, especially in men, which worsened during the pandemic. Approaches are individual, without group instances, and consultation time is scarce. High-cost recommended foods, together with food environments where foods of low nutritional quality abound, were pointed out as barriers. While sharing food with a person with the same chronic condition, as well as knowing what to eat and how to prepare it were indicated as facilitators. Conclusions: Adherence to dietary care is poor, and worsened during the pandemic. Ongoing EqS training, supportive group strategies, and monitoring of food environments could be strategies to improve adherence to food care.

KEYWORDS: treatment adherence and compliance; diet; chronic disease; COVID-19; adults; Misiones

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles (ENT) representan un complejo y prioritario problema de salud pública, dada la carga que provocan en la morbilidad y los costos para los sistemas de atención. Entre ellas, la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y la Hipertensión Arterial (HTA) resultan de alta prevalencia en el mundo y en Argentina,¹ realidad que también se presenta en la provincia de Misiones, cuya capital, Posadas, es la ciudad de mayor densidad poblacional.

La adherencia terapéutica al tratamiento en general (farmacológico, apoyo a la actividad física, etc.) y, en particular, a las medidas dietético nutricionales² son pilares fundamentales en su abordaje clínico, dada la importancia del peso corporal saludable como factor interviniente en el control cardiometabólico, lo cual hace al pronóstico de la enfermedad,³ la prevención de la morbilidad temprana y a una mejor calidad de vida.¹

En la Argentina, un estudio transversal sobre una muestra de 1520 personas con DM2, de 8 regiones diferentes, indicó que la media de la adherencia a conductas alimentarias recomendadas no supera el 5% (4.4%).⁴ En México, resultados de la Encuesta Nacional de Salud señalan que el 53% de los pacientes con DM2 no logra un adecuado control metabólico.⁵

Otros antecedentes identifican, entre los factores que inciden en una baja adherencia, la falta de atención individualizada, centrada en medidas de información escritas con escaso apoyo de materiales gráficos, el déficit en la adecuación entre las medidas higiénico-dietéticas y los estilos de vida de los pacientes. Además, señalan la ausencia de programas de educación continuos en el tiempo,^{6,7} o la no evaluación de los equipos sobre la comprensión del paciente de las recomendaciones dadas.

Organismos rectores en salud señalaban, antes de la pandemia por SARS-CoV-2, que la adherencia en estas enfermedades era baja, tanto en países desarrollados como en aquellos en desarrollo, razón por la cual instaban al estudio de las barreras que la impedían.⁸

Ahora bien, durante la pandemia por SARS-CoV-2, si bien se desplegaron estrategias para el cuidado de grupos de riesgo, entre ellos pacientes con HTA y DM2,^{9,10} las evidencias indican que el proceso de atención continua se vio afectado, tanto en países de Europa¹¹ como en Argentina.¹²

Con base en los antecedentes citados, se implementó un estudio para caracterizar la adherencia a los cuidados alimentarios nutricionales en usuarios con DM2 y/ o HTA, de 18 años o más, que se atienden en el subsector público de la ciudad de Posadas, incluyendo sus transformaciones en el contexto de la pandemia de COVID-19. Para tal caracterización se incluyó tanto la perspectiva de los usuarios como de los integrantes de los equipos de salud.

A los fines de precisar el concepto, entendemos por adherencia terapéutica la responsabilidad compartida entre el equipo de salud y los pacientes, a los fines de lograr el denominado automanejo de la condición crónica. Para ello, lineamientos y guías de práctica clínica indican, entre otros, el suministro sistemático de educación e intervenciones de apoyo por parte de los equipos de salud, con la finalidad de incrementar las habilidades y la confianza de los pacientes en el manejo de sus problemas de salud, incluyendo la evaluación regular del progreso y de los problemas, el establecimiento consensuado de metas, y el apoyo a la solución de problemas.^{2,3}

En tanto proceso complejo, la adherencia terapéutica está determinada por múltiples factores, los cuales pueden ser agrupados en 5 grandes dimensiones: factores socioeconómicos, factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, factores vinculados con la enfermedad, factores asociados con el tratamiento y factores vinculados con el paciente.^{3,8,13,14}

Específicamente en lo alimentario nutricional, las recomendaciones para el abordaje de la DM2 y la HTA se asocian con la educación en la materia³ o la derivación a un nutricionista dietista registrado,¹⁵ la adecuación del tratamiento en función de la evaluación integral del estado nutricional, y el establecimiento de un plan cardioprotector acorde y consensuado con el usuario, considerando aspectos tanto culturales como económicos, entre otros.

Según el abordaje de cada caso, se incluye también el tratamiento farmacológico y, en general, las recomendaciones sobre adopción de estilos de vida saludable (eliminar o reducir el consumo de alcohol y tabaco y realizar actividad física).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo y descriptivo. Se seleccionaron cuatro Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del subsector público de la ciudad de Posadas, que disponían de profesionales de la nutrición, atendían usuarios con DM2 y HTA, estaban alcanzados por el Proyecto de Protección de la Población Vulnerable contra las ENT (PROTEGER), y cuya ubicación geográfica incluía una población de características sociodemográficas diferentes (en términos de cobertura en salud, condición socioeconómica, edad y sexo).

La selección de los participantes fue por conveniencia. Para el contacto con los usuarios se utilizaron los datos facilitados por los equipos de salud y la técnica de “bola de nieve”.

En una primera etapa, se realizaron entrevistas semiestructuradas a los usuarios, junto con un cuestionario de frecuencia de consumo (CFC) validado para población con ENT¹⁶ y lectura de indicadores seleccionados en historias clínicas tales como: indicadores antropométricos (peso, talla); registros de glucemias, hemoglobina glicosilada, y de tensión arterial. En una segunda etapa, y sobre la base del análisis de las entrevistas, se diseñó un cuestionario estructurado en 7 apartados y 59 ítems, principalmente preguntas de

tipo cerradas en formato de escala de Likert, indagando sobre la adherencia alimentaria nutricional y las repercusiones de la pandemia de COVID-19, junto con variables de caracterización seleccionadas (Tabla 1). Encuestas y CFC se realizaron cara a cara, se registraron en papel, y los datos se ingresaron de manera codificada en un formulario de Google diseñado a tales fines.

Las entrevistas a integrantes de equipos de salud fueron de tipo semiestructuras en función de guías de tópicos. Tanto las guías como el modelo de encuesta fueron ajustadas luego de una prueba inicial en una reducida muestra.

Para el análisis y procesamiento se utilizaron herramientas del paquete Office 365, ATLAS. Ti 6 y PSPP XX.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Provincial de Misiones e incluyó la firma del consentimiento informado por parte de los participantes.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 89 encuestas a usuarios y 25 entrevistas semiestructuradas, de las cuales estas últimas fueron 10 a usuarios y 15 a integrantes de los equipos de asistencia, correspondientes a los cuatro CAPS.

La Tabla 1 presenta la caracterización de usuarios encuestados según las variables seleccionadas.

Variables seleccionadas	Sexo		Total	
	Masculino	Femenino	Absoluto	%
Grupos de edades	De 33 a 39 años	0	3	3%
	De 40 a 49 años	9	7	16%
	De 50 a 59 años	5	18	23%
	De 60 años o más	17	30	47%
Cobertura	Estatal	5	12	17%
	Privada	4	4	8%
	Obra social	11	24	35%
	PAMI	11	18	29%
Lugar de atención referido*	Centro de Atención Primaria	13	19	32%
	Hospital Público	6	8	14%
	Consultorio Privado y/o de O. Social	12	31	43%
	Ambas patologías	8	14	22%
Morbilidad	Tiene sólo diabetes	7	14	21%
	Tiene sólo HTA	16	30	46%

[Tabla 1]

La edad promedio fue de 60.5 años (mín. 33, máx. 87) y el tiempo de diagnóstico, 9 años (promedio). La mayoría de los encuestados refirieron convivir con los hijos (42%), y en menor medida en pareja (36%), o solos (16%).

El 84% mencionó algún grado de escolarización formal, y el 51% indicó trabajar en la última semana, mientras que el 11% señaló hacer algún tipo de actividad (trabajo informal, cría de animales, etc.). La autopercepción del nivel de ingresos económicos fue “medio” en el 71% de la muestra.

De las entrevistas a usuarios, 9 correspondieron al sexo femenino y uno al sexo masculino; la edad promedio de estos fue de 61 años. Un paciente tenía DM2, dos presentaban HTA, y los 7 restantes tenían comorbilidad de ambas afecciones (DM2 e HTA); el tiempo de diagnóstico fue de 8 años en promedio.

Con relación a la cobertura de salud, el 30% refirió cobertura estatal exclusiva; el 50% obra social, prepaga o ambas, y el 20% restante cobertura del Programa de Atención Médica Integral (PAMI) del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. El 80% informó vivir con hijos y otros familiares, y el 20% restante en pareja.

De acuerdo con la cantidad de personas y el número de habitaciones para dormir, en ninguna de las dos muestras de usuarios se determinó hacinamiento.

De las 15 entrevistas a equipos de salud, 6 fueron individuales y 3 grupales; los participando fueron: 2 profesionales de la medicina, 4 profesionales de la nutrición, 2 auxiliares de farmacia y 7 agentes sanitarios.

Tratamientos

El 62% de los encuestados coincidió en que en las consultas siempre, o casi siempre, se habla de su alimentación, y es principalmente del personal médico de quien recibe las recomendaciones (71%). Sin embargo, solo el 60% tuvo consulta con un profesional de la nutrición, y de estos, solo el 19% en los 6 meses previos a la encuesta.

En contraste, y en relación con el grado de importancia que les otorgan a los diferentes pilares del tratamiento, mientras que la medicación apareció en primer lugar, la alimentación surgió en el último y con mayor valoración por parte de las mujeres. De hecho, cuando se indagó sobre las recomendaciones asociadas con la medicación, se reciben siempre o casi siempre en un 80% de los casos; las vinculadas con el consumo diario de frutas o verduras no superan, para esas categorías, el 59%, y la realización de actividad física, el 67%.

De la población encuestada, el 60% coincidió en que nunca o casi nunca se les pregunta su opinión cuando se les brindaron recomendaciones alimentarias. Por otro lado, destacaron el bajo grado de adecuación a aspectos económicos (posibilidad de compra, tiempo para cocinar, actividades laborales) y a tradiciones y costumbres asociadas con los modos de preparar y comer en los grupos domésticos. Respecto de este punto, los usuarios refirieron que las recomendaciones acerca de cómo preparar las comidas les haría duplicar o usar hasta 4 hornallas de la cocina.

Así, estas construcciones sobre los cuidados y su importancia se reflejaron en la práctica concreta, mientras que la toma de la medicación fue referida como el principal cuidado (*“la pastilla que tengo que tomar religiosamente”* [F, DM2-HTA]). Al indagar en la muestra encuestada “en qué grado dirían que cumplen con las recomendaciones alimentarias nutricionales”, el 62% señaló cumplir siempre o casi siempre, el 22% indicó que a veces, y el 11% mencionó que nunca o casi nunca.

De manera complementaria, en el análisis de las entrevistas respecto del tratamiento, al caracterizar las consultas médicas los usuarios expresaron que los profesionales médicos *“no explican tanto”*, o bien la explicación *“es poca”* (*“con el doctor es, como más rápida, te dice: ¿qué tenés? y te responde, haga esto y tome esto, y listo”* [HTA, DM2, dislipidemia]), o *“hacé dieta, cuidate”* (M, DM2+HTA).

Considerando específicamente la atención nutricional y el análisis de las entrevistas desde el punto de vista del diagnóstico, solo uno de los usuarios refirió ser atendido por un profesional especialista en diabetes, y aunque tenía un plan de alimentación, este fue confeccionado y entregado hace más de 10 años, sin actualizaciones. Seis usuarios habían consultado con profesionales de la nutrición, y los tres restantes, si bien habían sido derivados, no habían asistido.

Desde la perspectiva de los equipos de salud, si bien los profesionales de la nutrición afirman que los pilares (medicación, alimentación y actividad física) son fundamentales, como *“las patas de una silla”*, cuando se indagó a profesionales médicos por derivación a nutrición se encontraron dos posturas. Por un lado, profesionales que refirieron derivar ante casos de exceso de peso, o si no había mejoras con la medicación indicada, tal como da cuenta la siguiente cita de un médico cirujano que hace seguimiento clínico: *“Yo derivo a los que por ahí veo que están con un sobrepeso, o muy adelgazados sin ningún motivo aparente”*. Por otro lado, el especialista en diabetes, quien equipara el lugar de la alimentación con el tratamiento farmacológico: *“la alimentación es un pilar más y tan importante como la medicación, requiere tiempo porque es como un traje a medida”*. Así, mientras en su quehacer diario manifestó enfocarse en el abordaje clínico, que incluía en todos los casos lo farmacológico, derivaba al servicio de nutrición a todos los usuarios para la adecuación nutricional.

Con relación a los abordajes descritos por los equipos de salud, estos fueron siempre de tipo individual, y sin instancias formales de encuentro interdisciplinario para acordar tratamientos, lo cual fue señalado como una dificultad por el equipo de salud y una necesidad por parte de los usuarios.

“Y por ahí como equipo... trabajar de manera más interdisciplinaria con el paciente... a veces si se me acerca el médico, pero no es que hablamos, a veces se me acerca el médico y me dice ‘atendí a un paciente, así y asá y me explica toda la patología y me dice: te lo derivé y seguro va a venir el miércoles que viene a atenderse con vos’, y son ese tipo de cosas no es que hacemos reuniones, o sea, charlamos sobre el paciente, pero no es que nos reunimos todos a charlar” (profesional de la nutrición).

Respecto del uso de manuales para el cuidado integral de las personas adultas en el primer nivel de atención, o guías de práctica clínica basadas en la evidencia en el primer nivel de atención, el total de los integrantes de los equipos de salud desconocían su existencia.

En cuanto a la educación alimentaria y los espacios grupales, los profesionales de la nutrición y de medicina los señalaron como espacios necesarios; sin embargo, expresaron que se realizan en el primer nivel, cuando hay estudiantes de nutrición en proceso de prácticas obligatorias antes de licenciarse.

“Y en el CAPS puntualmente serían buenos los talleres que se hacen, que inviten a un diabetólogo que dé una charla en el CAPS... pero por ahí si se hace una discusión o se invita a participar de algunas charlas, donde se pueda ir explicando, para que tengan más idea de qué hacer, porque la gente como que no conoce mucho” (nutricionista de CAPS).

“Cuando están las alumnas hay como más charlas, cuando no están las alumnas es como más complicado...” (nutricionista de CAPS).

Algunos profesionales relataron que los dos espacios grupales para personas con diabetes y sus familiares que había en la ciudad, eran en hospitales de nivel 3, pero dejaron de funcionar, uno antes de la pandemia y otro apenas se inició esta: *“algún taller que les enseñaba alguna receta para diabéticos, entonces eso está bueno, yo creo que ayuda, cuando los talleres se dan de manera constante que el paciente sabe, por ejemplo, en el x que se dan todos los miércoles, el paciente sabía que podía ir un miércoles a participar de la charla, obviamente ayudaba un montón, pero bueno, ahora vamos a ver si volvemos”* (especialista en diabetes).

En general, los equipos de salud coincidieron en que los pacientes que más asistían por su enfermedad eran personas adultas y mujeres, incluso para acompañar a los hombres, tal como indican los siguientes fragmentos:

... “no, eh, tengo pacientes hombres, porque algunos vienen con la mujer a la consulta y dicen: ‘vengo con ella porque es la que cocina, vengo con ella porque...’; pero no sé, lo que sí, la mujer está más acostumbrada al control médico, a la consulta, como que llega mejor, la mujer porque se hace el PAP es como que por ahí esa cultura por ahí más machista” (profesional de la nutrición).

“Los hombres, por el contrario, suelen llegar arrastrados por la familia, y cuando sienten mejoría abandonan la continuidad de consultas: la mujer es más estructurada por así decirlo” (especialista en diabetes).

Entre las principales dificultades mencionadas, tanto por los usuarios como por los equipos de salud, se encuentra el tiempo de consulta, el cual varía según los usuarios entre 5 a 10 minutos y 30 a 40 minutos, según se trate del sector público o el privado, respectivamente.

En particular, los profesionales médicos indicaron una duración promedio de las consultas de 15 minutos, cuando consideraron que sería ideal 40 minutos; en general, refirieron que disponían de *“poco tiempo y muchos pacientes”*.

De hecho, esto fue enfatizado por las profesionales de la nutrición, quienes expresaron que los pacientes llegan sin saber bien el diagnóstico y sin identificar medicación, lo cual implica todo un tiempo de educación extra: *“A casi nadie le explican qué es ser diabético o ser hipertenso, casi ninguno sabe, ¿entendés? Entonces, lo primero que yo hago es explicarle qué es tener diabetes o qué significa, por qué es diabético... Entonces, recién ahí arrancamos lo que corresponde”* (nutricionista de CAPS). *“Porque en realidad, cuando se atienden con el médico, no siempre les explica de qué se trata, o sea, depende del médico; la doctora X que estaba en el hospital les daba una buena explicación... porque el médico les da la medicación y listo, arreglate, entonces van con muchas dudas”* (nutricionista de CAPS).

De manera complementaria, si bien los usuarios reconocían una serie de recomendaciones dadas por los equipos de salud (Tabla 2); con el análisis del CFC, reordenados los alimentos en función de los no recomendados (productos procesados y ultraprocesados con exceso de calorías, azúcares, sodio, grasas totales y saturadas) y los recomendados (lácteos descremados, carnes blancas, frutas, verduras, cereales, legumbres enteras, frutos secos y semillas) por las principales guías en el abordaje de las personas con diabetes, los resultados reflejaron un consumo diario de los primeros por sobre los segundos. Patrones alimentarios similares manifestaron los usuarios encuestados (n = 89), y refirieron que les cuesta incorporar grupos como verduras y frutas, por lo que prefieren alimentos no recomendados (con exceso de sodio y azúcares, como los embutidos, la pastelería y los productos de panadería).

La Tabla 2 recupera las recomendaciones dadas por los equipos de salud según las respuestas de los usuarios.

Usuarios DM2	Usuarios con DM2 + HTA
Medidas(puño)sobre todo para harinas y pastas/ Frutas y verduras todos los días de estación más baratas/ Pan de salvado o integral y tostado/ Eliminar el pan blanco/ Uso de Edulcorante Leche descremada Mermelada y manteca (poca cantidad) No papa y mandioca, Reemplazar por zapallo o batata/ Carnes blancas(pescado). Hacer las 4 comidas al día. Comer cada 3 h./ No pasar hambre Iniciar el día con desayuno/ Eliminar la gaseosa	Frutas y Verduras todos los días, cualquiera. 3 veces por semana carne roja/ 2 veces por semana carne blancas (pollo y pescado). No métodos de cocción fritos.

[Tabla 2]

Facilidades, barreras y adherencia en el contexto de la pandemia de COVID-19

En relación con las facilidades referidas por los usuarios entrevistados a la hora de cumplir con las recomendaciones, manifestaron la disponibilidad de tiempo para cocinar, tener conciencia acerca de los beneficios de una buena alimentación, tener acceso a los alimentos y saber qué cocinar, así como conocer los riesgos que acarrea la mala alimentación. Además, mencionaron que el convivir con personas con algún padecimiento crónico hace más sencillo el momento de cocinar y compartir la comida.

Del mismo modo, al indagar a los usuarios encuestados con relación a qué aspectos facilitan/colaboran para el cumplimiento, también los aspectos económicos y de acceso a los alimentos fueron los más mencionados (29%), así como los asociados con el sistema sanitario (continuidad de la atención, acceso, etc., 29%), seguido de la modificación de prácticas de cocina y alimentación (23%) y, en último lugar, el apoyo familiar (18%).

Del agrupamiento de las respuestas abiertas de la encuesta a la consulta sobre ¿qué aspectos dificultan u obstaculizan el cumplimiento de las recomendaciones alimentario-nutricionales para el cuidado de la enfermedad?, los aspectos económicos y de acceso a alimentos, o el exceso de disponibilidad y *marketing* de alimentos no recomendados fueron los más frecuentes (33%), seguido de la disponibilidad temporal y las condiciones laborales, o las dificultades de salud (30%).

De forma coincidente, cuando en las entrevistas se indagó sobre factores que dificultaban, los usuarios también ponderaron los aspectos económicos en el logro de la adherencia alimentaria nutricional, identificándolos como barreras para el acceso a alimentos adecuados, tanto en cantidad como en calidad, y la necesidad de tener que cocinar aparte cuando hay varias personas.

En el contexto de pandemia, y para la población encuestada, los aspectos económicos afectaron más a la población con cobertura pública exclusiva que a aquella con cobertura privada u obra social (19% vs. 9%, respectivamente); de igual modo, el acceso a los alimentos (24% vs. 7%). De manera similar, tanto usuarios como integrantes de los equipos de salud entrevistados remarcaron el factor económico y su agudización.

Finalmente, más de la mitad de los usuarios encuestados refirió que su plan alimentario nutricional se vio afectado de forma alta o moderada durante la pandemia.

De forma complementaria, de las entrevistas tanto a usuarios como a equipos de salud se desprende que, durante el período de aislamiento y distanciamiento, la accesibilidad a los servicios de salud y la continuidad de los seguimientos se vio reducida, cuando no anulada, incrementándose aún más la dificultad para conseguir turnos con especialistas y realizar controles anuales complementarios. De hecho, los profesionales refirieron abandono de medicación y uso de servicios de guardia en múltiples casos (*“aparecían descompensados por guardia, aún siguen apareciendo, es volver a empezar de nuevo”*). En este punto, cabe destacar como facilitadores las acciones desplegadas por los agentes sanitarios, tanto en

pandemia como *a posteriori*, ya sea para asegurar la medicación y realizar actividades de recaptación, como en cuanto a la gestión de turnos programados o protegidos. En calidad de medidas resúmenes, solo 3 de los 10 usuarios entrevistados habían iniciado o retomado la visita al nutricionista por haber aumentado de peso durante la pandemia. Del análisis de las historias clínicas, solo en 4 de 8 de usuarios con DM2 se encontró referencia a los valores de hemoglobina glucosilada, y en 2 de los 4 (50%) el resultado fue inferior a 8%. En los dos casos que presentaban valores dentro de los recomendados (< 8% según comorbilidades, edad, etc.), se presentan situaciones que podrían interpretarse como facilidades: actividad física diaria, acceso al sistema sanitario facilitado por familiares profesionales de la salud, acceso a alimentos, entre otras. En igual sentido, aunque 9 de los 10 usuarios contaban con prescripción de medicación antihipertensiva (Losartán, Enalapril, Carvedilol) y manifestaron tomarla correctamente, 7 de los 9 mostraron registros iguales o mayores de 90/140 mm Hg de presión arterial diastólica/presión arterial sistólica.

Tanto en la población entrevistada como en la encuestada, y considerando el índice de masa corporal (IMC) por autoinforme de peso y talla, el normopeso no representa más del 20% al 22%, mientras que el resto de las muestras presenta sobrepeso (31%) o diferentes grados de obesidad (38%), con valores más altos en las mujeres. El porcentaje mínimo restante corresponde a bajo peso o bien a datos sin especificar.

DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas de la muestra, en términos de edad y sexo, fue similar a las de otros estudios.^{5,17,18} El promedio de edad, superior a los 60 años, puede asociarse con el curso silente de estas enfermedades y con su diagnóstico tardío.¹⁹

La mayor representatividad del sexo femenino podría vincularse con tareas de cuidado y acompañamiento en salud y alimentación, que realizan principalmente las mujeres para sí mismas y para otros miembros familiares, en función de construcciones sociohistóricas y desigualdades basadas en sistemas de género.^{20,21}

Con relación a la adherencia a los cuidados alimentario-nutricionales, en función de la triangulación de los datos los resultados permiten caracterizarla como deficiente, a pesar de que los usuarios reconocen la importancia de la alimentación en el automanejo de la DM2 y la HTA, lo cual es coincidente con hallazgos de otras investigaciones.^{23,24}

Considerando aspectos vinculados con el paciente, su contexto y el abordaje de la enfermedad, resaltan como barreras la situación económica que dificulta el acceso a alimentos recomendados. Se suman el tiempo disponible y las dificultades asociadas con lo laboral y las situaciones de salud, lo que Schmidt *et al.*²⁵ describieron como conflicto entre las recomendaciones dietéticas y los estilos de vida.

Como facilitadores se destacaron nuevamente el acceso a alimentos, en coincidencia con resultados de estudios citados anteriormente.

La exacerbación de los determinantes económicos sobre la alimentación durante la pandemia es congruente con lo descrito en la población general de la Argentina.²⁶

En lo que refiere a los factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria y el tratamiento, el “centramiento” en el tratamiento farmacológico ya fue señalado en 1975,²⁷ mientras que las falencias en el apoyo nutricional son coincidentes con otros resultados.

En ese sentido, si los equipos de atención consensuaran el rol de los cuidados alimentarios, dándole mayor centralidad en el abordaje, las acciones podrían tener mayor eficacia.

De hecho, una revisión sistemática²⁸ da cuenta de que la nutrición no está suficientemente incorporada en la educación médica, lo que crea déficits en la atención nutricional del paciente. Se agrega el hecho de que no todos los profesionales médicos derivaban a especialistas en nutrición, a pesar de las recomendaciones en las guías de abordaje de estas enfermedades.^{2,3,15}

La inexistencia de grupos de apoyo al automanejo, a pesar de su probada eficacia,⁶ y el escaso tiempo de consulta individual son características coincidentes con lo señalado por otros autores.²⁸ La ausencia de estrategias de abordaje interdisciplinario y la promoción de actividades educativas continuas destinadas a usuarios y familiares^{6,7} podrían explicar los resultados observados en el tratamiento.

En el contexto de la pandemia de COVID-19, evidencias en Argentina,¹² otros países de América²⁹ y Europa¹¹ indican que esta impactó en la atención cotidiana en el primer nivel de atención, lo que implicó el despliegue de estrategias para el recupero de pacientes.

A nivel mundial, una reciente publicación³⁰ concluyó que, si bien se priorizaron medidas para evitar una curva exponencial de contagios por COVID-19, hubo un impacto negativo para la población que padece enfermedades no transmisibles, al limitar los servicios de carácter preventivo y de promoción de la salud y de alimentos saludables, la realización de actividad física o el acceso a prestaciones. El tratamiento de la pandemia, con foco en lo biológico, es problematizado por dos de los autores.³¹

Se consideran limitantes del estudio la escasa participación de varones en la muestra de usuarios entrevistados, y la falta de participación de una muestra de integrantes de equipos de salud de los subsectores de obras sociales y privado.

El abordaje de los cuidados alimentarios nutricionales se torna un desafío en usuarios con enfermedades crónicas, sobre todo en la articulación de lo clínico-nutricional, con los determinantes socioeconómicos, culturales y ambientales que hacen a su construcción.

CONCLUSIONES

Habiendo caracterizado la adherencia alimentaria nutricional como deficiente, se considera de prioridad el fortalecimiento de la formación del recurso humano sanitario en dicha área, con un enfoque que enfatice la adecuación a los aspectos sociales, culturales y económicos de la población de cobertura, procurando la participación real de los usuarios, así como de las políticas que regulan los entornos y los productos que hacen a la disponibilidad alimentaria, acordes a la ley N° 27642 de Alimentación Saludable, como una de las garantías del derecho a la alimentación y a la adopción de hábitos saludables.

REFERENCES

1. Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. [Internet] 1a ed. [internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, 2019. [citado el 20 dic. 2023] Disponible en: https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf
2. Torresani ME, Somoza MI. Lineamientos para el Cuidado Nutricional. 2016. Buenos Aires: EUDEBA.
3. Daniel H. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia. [internet]. 2019. [Citado el 18 de dic. 2023] Disponible en: https://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf
4. Linari MA, González C, Frechtel G, Álvaro O, Argerich MI, Babus MC, et al. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en argentina durante 2015. 2019. Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes 53(3):97-108.
5. Montiel-Carbajal M, Domínguez Guedea M. Aproximación cualitativa al estudio de la adherencia al tratamiento en adultos mayores con DMT2. 2011. Rev Latinoam Med Conduct Lat Am J Behav Med 1(2):7-8.
6. Abellán J, Leal M, Martínez-Pastor A. Cumplimiento del tratamiento higiénico-dietético en la hipertensión arterial. 2001. Med Clin 116(2):25-28.
7. Lillo CM, Rodríguez P. Valoración de la adherencia del paciente diabético al consejo nutricional y evaluación de mejoras tras su reeducación: una investigación-acción en la costa mediterránea. 2018. Rev Chil Nutr 45(3):205-215.
8. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. 2004. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
9. Apicella M, Campopiano MC, Mantuano M, Mazoni L, Coppelli A, Prato SD. COVID-19 in people with diabetes: understanding the reasons for worse outcomes. 2020. Lancet Diabetes Endocrinol 8(9):782-792.
10. Ranganath Muniyappa, Gubbi S. COVID-19 pandemic, coronaviruses, and diabetes mellitus. 2020. Am J Physiol - Endocrinol Metab 318(5): E736-E741.

11. Danhieux K, Buffel V, Pairon A, Benkheil A, Remmen R, Wouters E, van Olmen J. The Impact of COVID-19 on chronic care: a qualitative study among primary care practices in Belgium. 2020. *BMC Fam Pract* 21(1):255.
12. Ministerio de Salud de Argentina. El impacto del COVID-19 en el abordaje de las ECNT en las jurisdicciones argentinas: un análisis desde el programa redes de salud [Internet]. 2022. [citado el 22 de dic. de 2023] Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-03/impacto-covid-19-enfermedades-cronicas-no-transmisibles.pdf>
13. Ramos-Morales LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. 2015. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc* 16(2):175-189.
14. Reyes-Flores E, Trejo-Álvarez R, Arguijo-Abrego S, Jiménez-Gómez A, Castillo-Castro A, Hernández-Silva A, et al. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. 2016. *Rev. Médica Hondureña* 84(3-4):125-132.
15. American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes-2023 Abridged for Primary Care Providers Clinical Diabetes. [Citado el 13 de julio de 2023]. Disponible en:

<https://diabetesjournals.org/clinical/article/41/2/328/148453/Erratum-Standards-of-Care-in-Diabetes-2023>
16. Navarro A, Osella AR, Guerra V, Muñoz SE, Lantieri MJ, Eynard AR. Reproducibility and validity of a food-frequency questionnaire in assessing dietary intakes and food habits in epidemiological cancer studies in Argentina. 2001. *J Exp Clin Cancer Res CR* 20(3):365-370.
17. Seclen SN, Rosas ME, Arias AJ, Huayta E, Medina CA. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in Peru: report from PERUDIAB, a national urban population-based longitudinal study. 2015. *BMJ Open Diabetes Res Care* 3(1):e000110.
18. Faria HTG, Santos MAD, Arrelias CCA, Rodrigues FFL, Gonela JT, Teixeira CRDS, et al. Adherence to diabetes mellitus treatments in family health strategy units. 2014. *Rev Esc Enferm USP* 48(2):257-263.
19. Leal-Ruiz E, Méndez LRR, Bruzain-Fuste M. Complicaciones crónicas en pacientes con diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2. 2019. *Medicentro Electron* 23(2):136-139.
20. Faur E. El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual. [Internet]. 1ª edición. Buenos Aires: Siglo Veintiuno editores Argentina S.A; 2014 [Citado el 14 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/296482902_El_cuidado_infantil_en_el_siglo_XXI_Mujeres_malabaristas_en_una_sociedad_desigual
21. Franco Patiño SM. La alimentación familiar: una expresión del cuidado no remunerado. 2010. *Prácticas de Oficio. Investigación y Reflexión en Ciencias Sociales* 6:1-8.
22. Gallegos EC, Bañuelos Y. Conductas protectoras de salud en adultos con diabetes mellitus tipo II. 2004. *Investigación y Educación en Enfermería* 22(2):40-49.
23. Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. 2011. *Ter Psicológica* 29(1):5-11.
24. Carvajal MA. Adherencia al tratamiento nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a un programa educativo. 2017. *Cienc Tecnol Salud* 3(2):208.

25. Schmidt Rio-Valle J, Cruz Quintana F, Villaverde Gutiérrez C, Prados Peña D, García Caro M, Muñoz Vinuesa A, et al. Adherencia terapéutica en hipertensos. Estudio cualitativo. [Internet] *Index Enferm* 15(54):25-29, 2006. [citado el 20 dic de 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1132-12962006000200005&lng=es&tlng=es
26. Sudriá ME, Andreatta MM, Defagó MD. Los efectos de la cuarentena por coronavirus (COVID-19) en los hábitos alimentarios en Argentina. 2020. *Diaeta* 38(171):10-19.
27. Litvak J. La diabetes mellitus: un desafío para los países de la región. 1975. *Bol Oficina Sanit Panam* 79(4):281-289.
28. Crowley J, Ball L, Hiddink GJ. Nutrition in medical education: a systematic review. 2019. *Lancet Planet Health* 3(9):e379-e389.
29. Luciani S, Caixeta R, Chavez C, Ondarsuhu D, Hennis A. What is the NCD service capacity and disruptions due to COVID-19? Results from the WHO non-communicable disease country capacity survey in the Americas region. 2023. *BMJ Open* 13(3):e070085.
30. Kluge HHP, Wickramasinghe K, Rippin HL, Mendes R, Peters DH, Kontsevaya A, et al. Prevention and control of non-communicable diseases in the COVID-19 response. 2020. *Lancet Lond Engl* 395(10238):1678-1680.
31. Deschutter JE, Viudes SG. Expuestos, infectados y recuperados... de una epidemiología biomédica reforzada en tiempos de Covid-19: aportes desde una reflexión crítica. 2022. En: Assunta Busato M, Lutinski JA, editores. *Epidemiología socioambiental en tempos de Covid-19*. Argos. Chapecó, SC: Argos; 215.