

**Voces y experiencias de los usuarios:  
Percepciones sobre las Intervenciones en estilos de vida saludable en  
pacientes con diabetes e hipertensión del Centro de Salud N°33.**

Tipo de trabajo: investigación con enfoque cualitativo

Categoría temática: Proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado

Trabajo inédito

**Autoras:**

- Araoz, Cynthia Verónica, médica especialista en Medicina General y Familiar
- Barbagría, Florencia Carla, médica especialista en Medicina General y Familiar
- Gomez, Daniela, médica especialista en Medicina General y Familiar
- Piekar, Sofia, médica especialista en Medicina General y Familiar
- Sencio, Malena, médica especialista en Medicina General y Familiar
- Perdigués, María Soledad, médica especialista en Medicina General y Familiar

**Lugar:** Área Programática - Hospital General de Agudos "Dr. Enrique Tornú

Combatientes de Malvinas 3002, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. CP 1427.

**Fecha de realización:** 2024-2025

**Acerca de las autoras:** El equipo está conformado por médicas especialistas en Medicina General y Familiar del Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú y del CeSAC 33. La investigación fue desarrollada durante el transcurso de la residencia del equipo; y con la participación de una médica generalista de planta del área programática del Hospital Tornú, quien cumplió roles de tutoría.

## ÍNDICE

<b>I. RESUMEN</b>	<b>2</b>
<b>II. INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>III. METODOLOGÍA</b>	<b>10</b>
<b>IV. ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>12</b>
<b>V. RESULTADOS</b>	<b>12</b>
<b>VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	<b>18</b>
<b>VII. PROPUESTAS</b>	<b>19</b>
<b>VIII. RELEVANCIA PARA LA MEDICINA GENERAL, EQUIPOS DE SALUD Y SALUD COLECTIVA</b>	<b>20</b>
<b>X. ANEXOS</b>	<b>24</b>

## I. RESUMEN

<p style="text-align: center;"><b>VOCES Y EXPERIENCIAS DE LOS USUARIOS: PERCEPCIONES SOBRE LAS INTERVENCIONES EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN PACIENTES CON DIABETES E HIPERTENSIÓN DEL CENTRO DE SALUD N° 33.</b></p>
<p>ARAOZ, Cynthia V.; BARBAGRIGIA, Florencia C.; GOMEZ, Daniela; PIEKAR, Sofía, SENCIO, Malena; PERDIGUÉS, María S.</p>
<p>Centro de salud y acción comunitaria N° 33 Área Programática - Hospital General de Agudos “Dr. Enrique Tornú”, Av. Córdoba 5741, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CP 1414</p>
<p>Trabajo de investigación con enfoque cualitativo</p>
<p>Trabajo inédito</p>
<p>Proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado</p>
<p>Para el abordaje de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2 ) y la hipertensión arterial (HTA) se requiere un enfoque integral. Los cambios en los estilos de vida saludable (EVS) son fundamentales para mejorar la calidad de vida y el control de estas patologías. Analizar las percepciones de los usuarios del Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 33 con DM2 y/o HTA en relación con las intervenciones sobre EVS brindadas por el equipo de salud en los últimos dos años. Diseño cualitativo, descriptivo y transversal, basado en entrevistas individuales.</p> <p><b>Resultados:</b> La autopercepción de los EVS se vinculó a la alimentación saludable, y la actividad física en menor medida. Algunos la ampliaron a aspectos como no fumar, no consumir alcohol, mantener vínculos significativos, gestionar el estrés y ejercitar la mente.</p> <p>Las intervenciones sobre los EVS fueron valoradas por su utilidad en el manejo de la enfermedad, generando en algunos casos cambios significativos en la autopercepción y en las prácticas cotidianas. Se identifican facilitadores como el</p>

tiempo de escucha, la paciencia, la empatía y la claridad en las recomendaciones. Entre los principales obstáculos señalan las dificultades económicas, la falta de apoyo sociofamiliar, limitaciones físicas y aspectos culturales.

Discusión y conclusiones: Se valora positivamente las intervenciones sobre EVS, destacando la importancia de la comunicación empática y del acompañamiento personalizado. No obstante, persisten barreras de orden económico, social y cultural que condicionan la implementación sostenida de los cambios, subrayando la necesidad de estrategias integrales que articulen lo sanitario con lo social y comunitario.

Palabras clave: Estilos de vida - Diabetes - Hipertensión Arterial - Percepción

## II. INTRODUCCIÓN

### Magnitud del problema

Según publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (OPS/OMS, s.f.), las enfermedades no transmisibles (ENT) se cobran la vida de 41 millones de personas todos los años, lo que equivale al 74% de todas las muertes a nivel mundial. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan la mayor parte de la mortalidad por ENT, es decir, 17,9 millones de personas al año, seguidas de los cánceres (9,3 millones), las enfermedades respiratorias crónicas (4,1 millones) y la diabetes (2,0 millones, incluidas las muertes por enfermedad renal).

En Argentina, en el 2020 las ECV representaron el 19% de las defunciones en ambos sexos, ubicándose en el primer puesto, seguidas por los tumores, según las Estadísticas Vitales a cargo de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (MSAL, 2022).

La DM2 y la HTA son dos enfermedades crónicas de alta prevalencia a nivel mundial. Según la OMS, la DM2 afecta a más de 420 millones de personas y la HTA a más de mil millones de personas en todo el mundo. Según la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) del 2018 (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2019) en Argentina la prevalencia de glucemia elevada/DM en la población total (18 años y más) por autorreporte fue de 12,7%, lo que registró un aumento significativo con respecto a la 3° ENFR (9,8%) (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2015). En 2017, la DM fue responsable de 8.893 muertes (0,20 defunciones cada 1.000 habitantes) y el 72,4% de las muertes se produjo entre los 55 y 84 años. Con relación a las complicaciones, las personas con diabetes presentan un riesgo 2 a 3 veces mayor de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular. Por otra parte, en la Argentina, la retinopatía diabética es la segunda causa de ceguera. Se estima que entre el 20 y 40% de las personas con diabetes tienen algún grado de enfermedad renal crónica, siendo la nefropatía diabética la principal causa de ingreso a diálisis. El 25% de las personas con DM desarrollará una úlcera de pie diabético (UPD) durante su vida, y el 30 a 40% de las UPD tratadas con éxito se repetirán dentro del primer año. El 40 a 60% de las amputaciones no traumáticas de extremidades inferiores se practican a personas con diabetes.

En cuanto a la HTA, entre aquellos que se midieron alguna vez en la vida la presión arterial (PA), el 34,7% refirió que un profesional de la salud le dijo que tenía PA elevada

(prevalencia de HTA por autorreporte), siendo este valor semejante a los obtenidos en las tres ediciones previas de la ENFR.

Al analizar qué tipo de tratamiento realizaron aquellos que manifestaron estar haciendo alguno durante las últimas dos semanas, se observó que: el 48,3% realizó únicamente tratamiento con medicamentos; el 9,7% solo dieta o ejercicios, y el 42,1% realizó ambos.

Entre aquellas personas que se autorreportaron con PA elevada, se observó que el 59,1% tuvo PA elevada según las mediciones objetivas. Por el contrario, entre aquellas personas que no se autorreportaron como hipertensas, se halló PA elevada por mediciones en el 32,0%. La prevalencia combinada de HTA (definida como la combinación de las personas que tuvieron PA elevada en las mediciones objetivas o las que se autorreportaron con HTA y tomaron algún medicamento) fue de 46,6%.

### **Contexto de estudio**

La Residencia de Medicina General y Familiar (RMGyF) del Hospital General de Agudos E. Tornú (HGAT) desarrolla sus actividades en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 33 (CeSAC 33) y en el Centro de Cuidado Integral 2 (CCI 2) del Playón de Chacarita, los cuales dependen del Área Programática del HGAT, la cual incluye los barrios Chacarita, Villa Crespo, La Paternal, Villa Ortuzar, Agronomía y Parque Chas.

El CeSAC 33, se encuentra ubicado sobre la Av. Córdoba al 5741, en el límite entre el barrio de Palermo y Villa Crespo (Comuna 15) de la Ciudad de Buenos Aires (CABA). Dicha institución cuenta con los servicios de clínica médica, ecografía, enfermería, fonoaudiología, farmacia, nutrición, odontología, pediatría, psicología, psiquiatría, servicio Social, tocoginecología y medicina familiar. Además cuenta con actividades llevadas a cabo por los distintos servicios antes mencionados como Centros de Prevención, asesoramiento y diagnóstico del VIH-SIDA (CEPAD), taller en sala de espera, taller de alimentación saludable, cesación tabáquica, entre otros. La RMGyF atiende a las personas a través de turnos programados y demanda espontánea, en los cuales se abordan diferentes motivos de consulta, principalmente el abordaje y seguimiento de ENT.

El CCI 2 se encuentra ubicado en Avenida Triunvirato 2491. El establecimiento cuenta con servicios de pediatría, servicio social, farmacia, medicina familiar y programa de promoción comunitaria. Allí se realizan talleres de diferentes temáticas, como salud sexual y reproductiva, alimentación saludable, cuidados en personas con HTA y DM2 entre otros.

## **Propósito**

Comprender las percepciones de las personas con respecto a las intervenciones sobre los cambios en los estilos de vida (CEV) para diseñar estrategias de intervención efectivas y personalizadas, que eventualmente contribuyan a promover la participación activa del paciente en su propio cuidado y a sortear las barreras encontradas frente a este fin.

## **Estado del arte**

Se realizó una búsqueda bibliográfica en los portales de Cochrane, Scielo, Google Scholar y Pubmed. Es amplia la bibliografía sobre los beneficios de la incorporación de EVS para el manejo de la DM2 y de la HTA.

En personas con DM2 los cambios en la dieta y disminución de peso se asocia a un mejor control glucémico (Henry et al., 1985), remisión de la DM2 (Lean et al., 2017) y mejora de las comorbilidades. El ejercicio regular también es beneficioso para el control de la glucemia (Umpierre et al., 2011) así como retrasar el desarrollo de DM2 en personas con intolerancia oral a la glucosa (Jeon et al., 2007).

Para el tratamiento no farmacológico de la HTA, el descenso del peso corporal (Tuck et al., 1981) como la reducción de sal de la dieta se vincula a una disminución de los registros de PA (He et al., 2013). La dieta DASH puede disminuir sustancialmente la PA (Appel et al., 1997).

No hay datos de ensayos clínicos que demuestren que las intervenciones sobre los EVS se asocian con una reducción en la mortalidad o en los principales eventos cardiovasculares, como infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular.

Se encontraron escasos estudios que analizan la percepción de las personas sobre las intervenciones en los CEV:

Ferrer-Lues, M. et al (2021) "De la teoría a la práctica: el discurso de estilos de vida saludable (EVS) y su aplicación en la vida cotidiana de mujeres chilenas de sectores populares" indagó las percepción del discurso de estilos de vida (EV) y su repercusión en el comportamiento de mujeres chilenas mediante entrevistas semiestructuradas. Los resultados muestran que comprenden la salud como resultado del EV, el cual puede ser libremente elegido. Sin embargo, identifican diversas barreras para ponerlo en práctica, en los planos económico, familiar y sociocultural. Se concluye que las estrategias deben considerar los sujetos en los contextos familiares, sociales y estructurales, y abandonar la

perspectiva moralizante y legitimadora de la concepción neoliberal de la salud.

Elizabeth Halcomb et al (2021) “Understanding perceptions of health, lifestyle risks and chronic disease in middle age” se exploró las percepciones, actitudes y creencias de australianos de mediana edad sobre su salud, los riesgos del EV y las enfermedades crónicas. Con un enfoque cualitativo y entrevistas semiestructuradas, concluye que es importante conocer las percepciones de salud de las personas de mediana edad permitiendo a los profesionales de la salud participar en conversaciones tempranas de cambio de comportamiento que consideran las barreras percibidas para la modificación del EV.

A nivel nacional, Betina Freidin et al (2016) en “Alimentación y riesgos para la salud: visiones sobre la alimentación saludable y prácticas alimentarias de mujeres y varones de clase media en el Área Metropolitana de Buenos Aires”, exploró mediante ocho grupos focales nociones sobre la alimentación saludable y la percepción de riesgos asociados a la comida industrializada, concluyendo que además de la preocupación por la salud, intervienen otras prioridades como los costos, la comodidad, la estética, el placer y la sociabilidad.

### **Marco teórico**

Tanto el Ministerio de Salud de la Nación Argentina (MSAL) como la OMS destacan la importancia de un enfoque integral para el manejo y control de la DM2 y la HTA. Esto incluye la promoción de EVS, como una alimentación equilibrada y la práctica regular de actividad física, así como el acceso a medicamentos y servicios de salud adecuados. Ambas entidades también enfatizan la importancia de la detección temprana, el diagnóstico oportuno y el seguimiento continuo de las personas con DM2 e HTA.

La percepción de las personas que viven con DM2 y/o HTA respecto a intervenciones médicas sobre CEV puede influir significativamente en su adherencia y resultados de salud. Refiriéndose como percepción a la forma en que una persona interpreta, organiza y da significado a la información sensorial y experiencial (Segen’s Medical Dictionary, 2012). En el contexto de la DM2 e HTA, la percepción puede incluir la comprensión de la enfermedad, sus consecuencias y la percepción de las intervenciones médicas recomendadas. Las percepciones individuales pueden variar ampliamente y se ven influenciadas por factores cognitivos, emocionales, culturales y socioeconómicos.

Las intervenciones médicas son acciones o procedimientos llevados a cabo por profesionales de la salud con el objetivo de prevenir, diagnosticar, tratar o controlar

enfermedades y sus complicaciones (MSAL, 2017). En el caso de la DM2 e HTA, las intervenciones médicas pueden incluir la prescripción de medicamentos, la monitorización de los niveles de glucosa o PA, la educación sobre el manejo de la enfermedad y los CEV. Estas intervenciones son fundamentales para controlar los síntomas y prevenir complicaciones a largo plazo.

Los CEV se refieren a modificaciones en los hábitos y comportamientos cotidianos de una persona que pueden tener un impacto positivo en su salud (MSAL, 2017). En el contexto de la DM2 e HTA, los CEV pueden incluir la adopción de una alimentación saludable, el aumento de la actividad física, la reducción del consumo de alcohol y tabaco, y la gestión del estrés. Estos cambios son fundamentales para promover la salud en general.

Según Tomás Baliña (Baliña, 2016), los EV son una forma de existencia en la que las personas eligen y dan forma a sus vidas a través de prácticas y actividades cotidianas. Estos EV no solo se refieren a las elecciones individuales, sino que están influenciados por factores socioeconómicos, políticos y culturales más amplios. Baliña enfatiza que los EV son una construcción social y colectiva, y no simplemente una cuestión de preferencias individuales, están arraigados en los contextos sociales y culturales en los que influyen estructuras económicas, sistemas políticos, valores culturales y normas sociales. Los EV no pueden entenderse de manera aislada, sino que deben analizarse en relación con los sistemas más amplios que los conforman. Baliña argumenta que los EV son una expresión y una respuesta a los desafíos y oportunidades que surgen en un determinado contexto histórico y social.

Para Baliña, los EV tienen implicaciones éticas, reflejan los valores y las prioridades de las personas, y tienen un impacto tanto en la propia vida como en las vidas de los demás. El autor reconoce que no son estáticos, sino que están sujetos a cambios y transformaciones a lo largo del tiempo. Estos cambios pueden ser impulsados por diversos factores, como avances tecnológicos, movimientos sociales, crisis económicas o nuevos paradigmas culturales. Baliña destaca la importancia de comprender cómo los EV evolucionan y se adaptan a las condiciones cambiantes, y cómo estos cambios pueden afectar la vida de las personas y la sociedad en su conjunto.

Según Eduardo L. Menéndez (Menéndez, 1998), los EV están influenciados por múltiples factores, tanto individuales como sociales. El autor los define como patrones de comportamiento y elecciones que las personas realizan en su vida diaria, incluyendo actividades, hábitos, prácticas y conductas relacionadas con la salud y el bienestar. En primer

lugar, los determinantes individuales comprenden elementos como la edad, el género, la educación, los conocimientos, las creencias, los valores y las habilidades personales. Estos aspectos individuales influyen en las decisiones que las personas toman respecto a su EV, determinando si adoptarán comportamientos saludables o no.

Los determinantes sociales también desempeñan un papel crucial en la configuración de los EV. El entorno familiar, la cultura, las normas sociales, la disponibilidad de recursos y los sistemas de apoyo comunitario son factores externos que influyen en las opciones de EV.

La relación entre los EV y la salud es un aspecto clave en las investigaciones de Menéndez. Ha demostrado que los comportamientos y elecciones de EV tienen un impacto significativo en la prevención de enfermedades, el desarrollo de enfermedades crónicas y el bienestar general. EVS, como mantener una alimentación equilibrada, realizar ejercicio regularmente, gestionar el estrés y evitar comportamientos de riesgo, se asocian con una mejor salud y una mayor calidad de vida.

Al discutir salud y CEV, resulta interesante referirse al trabajo de Miller y Rollnick en “La entrevista motivacional” en cuanto a los procesos que consolidan el compromiso con el cambio, uno de los cuales es el evocar las motivaciones propias de la persona para el mismo. Resulta provechoso para nuestro trabajo explorar tanto los factores que refuerzan el compromiso de ejecución de un plan de cambio, así como los obstáculos que puedan encontrarse. Como los autores plantean, explorar la reticencia y evocar el “discurso de mantenimiento” de una persona puede desvelar escollos en el camino hacia el cambio (Miller & Rollnick, 2013/2015).

### **Formulación del Problema**

¿Cuáles son las percepciones de los usuarios del CeSAC 33 con DM2 y/o HTA en relación a las intervenciones sobre los EVS brindadas por el equipo de salud en los últimos dos años?

### **Objetivos**

#### **Objetivo general:**

Analizar las percepciones de los usuarios del CeSAC 33 con DM2 y/o HTA en relación a las intervenciones sobre los EVS brindadas por el equipo de salud en los últimos dos años.

#### **Objetivos específicos:**

1. Indagar sobre las concepciones de los EVS de la población a investigar.
2. Conocer qué identifican los usuarios como intervenciones sobre los EV.

3. Indagar en qué ámbitos reconocen que reciben dichas intervenciones.
4. Explorar las percepciones de las personas sobre las actitudes adoptadas como respuesta a las intervenciones sobre EVS.
5. Explorar los facilitadores y las barreras percibidas por las personas para implementar las intervenciones sobre EVS.
6. Describir la percepción de las personas con DM2 y/o HTA sobre la efectividad de las intervenciones en el manejo de su patología.

### **Hipótesis**

Las intervenciones brindadas por el equipo de salud sobre los EVS son percibidas por los usuarios del CeSAC 33 con DM2 y/o HTA como alejadas de la realidad de las personas, ajenas a aspectos económicos, sociales y culturales, con deficiente efectividad, existiendo distintos obstáculos para su implementación.

### **III. METODOLOGÍA**

**Diseño:** no estandarizado, con enfoque cualitativo y alcance descriptivo. Dimensión temporal transversal y enfoque no experimental.

**Fuentes:** personas a entrevistar.

**Población objetivo/Universo:** usuarios adultos del CeSAC 33.

**Unidad de análisis:** usuarios del CeSAC 33 con DM2 y/o HTA de 18 a 65 años, que realizaron seguimiento de sus enfermedades crónicas en dicho centro de salud en los últimos dos años.

**Criterios de inclusión:** Ser usuario registrado en el Sistema de Gestión Hospitalaria (SIGEHOS); tener entre 18 y 65 años inclusive, tener diagnóstico de DM2 y/o HTA; haber realizado al menos 3 contactos vinculados al abordaje de dichas entidades con el equipo de salud en los últimos 2 años, exceptuando el contacto por dispensa de medicamentos; haber recibido al menos una intervención sobre EVS brindada por el equipo de salud en los últimos 2 años; no haber sido atendido en consulta por alguna de las médicas entrevistadoras.

**Criterios de exclusión:** Presentar condiciones de salud graves o comorbilidades que puedan afectar significativamente las percepciones y experiencias relacionadas con las intervenciones sobre EVS, y que no acepten participar del estudio.

**Muestra y muestreo:** Se realizó un muestreo por conveniencia no aleatorizado, complementado por el método de bola de nieve para la conformación de la muestra (Taylor,

1990). Se intentó garantizar la mayor representatividad de la muestra seleccionando personas de distintos géneros, edades, años de evolución de la DM2 y/o HTA, profesional tratante.

**Variables:** Enfermedad crónica diagnosticada: DM2 / HTA / Ambas; Autopercepción sobre EVS; Concepción de la persona sobre las intervenciones de EVS; Recepción de las intervenciones sobre EVS por parte del equipo de salud; Ámbito en el cual la persona recibió intervenciones sobre EVS: taller / posta de salud / consulta médica / encuentro con otro profesional de salud; Percepción de la persona sobre la relevancia de las intervenciones sobre EVS en el manejo de la DM2 y/o HTA; Percepción de la persona sobre utilidad y/o efectividad de las intervenciones sobre EVS brindadas por el equipo de salud en el manejo de la DM2 / HTA; Factores que la persona considera que determinaron la efectividad de las intervenciones sobre EVS; Intervenciones percibidas como más efectivas para el manejo de DM2 /HTA; Factores que la persona considera que determinaron la efectividad de la intervención en el manejo de DM2 / HTA: claridad / explicación de beneficios / se tuvo en cuenta aspecto socioeconómico / se tuvo en cuenta aspecto cultural; Obstáculos percibidos por la persona en la aplicación de las intervenciones sobre EVS realizadas por el equipo de salud; Motivaciones percibidas por la persona para la aplicación de las intervenciones sobre EVS realizadas por el equipo de salud.

**Procedimientos, plan de procesamiento y análisis de datos:** El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario semiestructurado creado por las autoras y la recolección de datos se realizó mediante entrevistas individuales llevadas a cabo en consultorios del CeSAC 33 (Anexo I). Las entrevistadoras fueron las mismas investigadoras de este proyecto. Todas las entrevistas fueron audio-grabadas para su posterior análisis, contemplando los resguardos éticos. Las entrevistas fueron desgrabadas y el material analítico consistió en las desgrabaciones textuales de las entrevistas. Se realizó análisis de contenido, segmentando el material textual según las categorías analíticas predefinidas y la búsqueda de categorías emergentes aplicando el método de comparación constante. El proceso de análisis se realizó de manera simultánea con el de recolección de información, mediante la codificación y categorización de la información, basado en el proceso de comparación constante (Ellis, 1992).

#### **IV. ASPECTOS ÉTICOS**

El presente estudio se realizó respetando las consideraciones relativas al cuidado de los participantes en investigación clínica incluidas en la Declaración de Helsinki y con acuerdo a la Guía para Investigaciones en Salud Humana (Resolución 1480/11) del MSAL y respetando las Normas de Buenas Prácticas Clínicas ICH E6 (The Global Health Network, s.f.).

El estudio representó una investigación de riesgo mínimo para los participantes, y todos los datos del estudio fueron y serán tratados con máxima confidencialidad, con acceso restringido sólo para el personal autorizado a los fines del estudio de acuerdo con la normativa legal vigente Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25.326/00 (Ley de Habeas Data) y la Ley 26.529/09 (Ley Derechos del Paciente).

En lo que respecta al consentimiento informado, fue escrito y se efectuó al momento de iniciar la entrevista explicando las características del estudio y solicitando su aceptación para participar (Anexo II).

Esta investigación fue analizada ética y metodológicamente, aprobada y monitoreada por el Comité de Ética en Investigación del HGAT en el marco de la Ley 3301/09 de la CABA, así como autorizada por las autoridades del CeSAC 33.

#### **V. RESULTADOS**

Los datos obtenidos fueron procesados de manera cualitativa, el análisis de datos se realizó mediante codificación y categorización de la información, basado en el proceso de comparación constante. Los resultados se organizaron en categorías que reflejan los principales ejes temáticos emergentes de la investigación. Cada categoría expone aspectos clave sobre la percepción de los usuarios, incluyendo sus experiencias, barreras, facilitadores y el impacto de las intervenciones recibidas.

Se realizaron un total de 11 entrevistas, una de ellas fue eliminada por no cumplir con los criterios de inclusión. De los 10 participantes, 6 tienen diagnóstico de HTA, 1 de DM2 y 3 ambas condiciones.

En relación a la autopercepción sobre EVS en las personas entrevistadas, en todos los casos se nombra la alimentación saludable.

P10: *"la alimentación, para comer sano, verdura, fruta, colaciones (...)"*.

P8: *"Y... alimentarse bien, seguir todo bien viste"*.

La actividad física surge en menor medida, no siendo identificada por dos participantes. Algunas logran ampliar la concepción a otros aspectos, como no fumar, no consumir alcohol o drogas.

P5: *"No fumar, cero drogas, cero alcohol, comer sano (...) después sería un poco, hacer actividad deportiva (...)"*.

P4: *"Y yo pienso que como tener que saber comer, manejarte (...) Y bueno, tranquilidad, tomar agua, hacer ejercicio, caminar. Bien, hacer buen hábito, normal, natural. Ir a la plaza, tomar un poco de sol (...)"*.

P7: *"Lo que se come, mejor dicho, cantidades y lo que no se debe o lo que se debe, en qué porciones. Después está en lo que es la parte física (...)"*.

Para algunas de las personas entrevistadas los EVS se amplían a aspectos vinculares y manejo de estrés.

P2: *"Si, salir a caminar. Ayudar al prójimo, eso me tiene fuera de casa"*

P4: *"O sea, conectar con gente que esté tranquila, que no solamente te trae problemas, también eso incluye la presión..."*.

P1: *"ejercer la mente (...)"*.

P11: *"Y empecé a comer y a moderarme y sentarme a comer tranquila, saborear la comida. Y así aprendí (...) cuando yo tengo tiempo me voy a caminar, me voy a la plaza, veo que están haciendo el gimnasio y hago"*.

En relación a la concepción de la personas sobre la intervenciones en los EVS, 9 de las 10 personas entrevistadas manifiestan haber recibido intervenciones, una de ella expresa no haberlas recibido a pesar de realizar seguimiento por HTA. Principalmente se reconocen como ámbitos de aplicación de estas intervenciones el consultorio médico y el de nutrición.

P1: *"En la consulta con la doctora que me atendió ahorita"*.

P4: *"En el último año acá sí recibí. Acá me enseñaron"*.

P10: *"Con la nutricionista siempre (...) mi doctora cuando ella ve algún problema que tengo, ella siempre me pregunta, siempre me recomienda, andá a la nutricionista, ella te va a enseñar"*.

P2: *“No (...) Es que no lo busqué. (...) Pero bueno, si hubieses preguntado por ahí alguien me hubiese dicho”.*

En menor medida, surgen en algunas entrevistas otros ámbitos de intervención sobre los EVS, como el “Taller de la Memoria” y charlas en sala de espera.

P10: *“Yo venía al taller de memoria (...) participamos con la huerta. Ahí hablamos de alimentos, de verduras, como se podía plantar, en qué tiempo y era bueno...”.*

P9: *“Sí, las chicas ahí en la sala de espera, ellas hablaban de la alimentación”.*

Las intervenciones sobre los EVS identificadas por los participantes están principalmente vinculadas a los consejos en las consultas, tanto médicas como de nutrición.

P1: *“Sí recibí. (...) porque la verdad estaba haciendo un desastre, entonces me recomendaron comer sano, hacer ejercicios, caminar, sobre todo comer sano, me quitaron todo lo que era la pasta, el arroz, comer más ensalada, alimentos cocidos, menos grasas (...)”.*

P4: *“ (...) acá me enseñó a hacer lo que tenía que hacer. Ahora, por ejemplo, me dieron cartilla para comer, como tengo que hacer. Me da también fórmula para hacer gimnasia en casa (...) solamente los médicos. Consejos de los médicos”.*

P5: *“Y... primero y principal, darme cuenta que si no estabilizaba mi problema de la presión, se me podía complicar, después el bajar de peso también, el estar con la nutricionista, el comer sano y empezar a tratar de hacer más actividad física”.*

P8: *“Cómo tengo que alimentarme, parte de la comida, de frutas, de verdura, me educa muy bien, me enseña muy bien, me pide muy bien la doctora (...)”.*

Todas las personas entrevistadas que recibieron intervenciones sobre EVS coinciden en que estas son relevantes en el manejo de sus enfermedades de base y en algunos casos enfatizan que han producido cambios trascendentes en su vida y en su autopercepción.

P1: *“(...) creo y pienso que son importantes ya que uno se preocupa por su salud, los médicos también aprovechan de explicarle a uno, para el bien de uno y para que uno esté saludable. Se que ellos no quieren el mal para uno sino mejorar la salud, la calidad de vida de uno”.*

P8: *“Yo siento que está muy bien, que yo más o menos ya se como es mi enfermedad, ya se como tengo que tratar, como debería de tratarme y cuales son las partes negativas y positivas, cuál es el camino que me corresponde (...)”.*

P9: *“Bueno, en verdad que esos consejos son buenos porque así uno aprende, sabe cómo llevar las cosas, qué es lo que va a hacer sobre todo eso, sobre la hipertensión, porque eso ayuda a uno”.*

A su vez, se reconoce la efectividad y/o utilidad de las intervenciones sobre EVS brindadas por el equipo de salud para el manejo de la DM2 y de la HTA. Se mencionan específicamente cambios en la alimentación y en el descenso de peso. Surge también en una entrevista el hecho de que una persona comience a pensar más en sí misma lo que en este contexto puede interpretarse como una mejora en la autoeficacia y el autocuidado.

P4: *“Sí, 100%. Yo volví a nacer de nuevo. (...) mucha diferencia. La salud, no sé. Noté la vida, para mí la vida sana que yo tengo ahora”.*

P5: *“¿Qué más me ayudó? y empezar a pensar más en mí”.*

P11: *“Yo creo que si, me siento bien cuando hago bien las cosas...”.*

Al indagar sobre los factores que la persona considera que determinan la efectividad de las intervenciones sobre los EVS y el manejo de DM2 y/o HTA, emerge el tiempo y el espacio de escucha, la paciencia y la disponibilidad por parte de los/as profesionales.

P8: *“(...) lo que más me gusta es que ella te da el tiempo y la oportunidad (...) tengo esa paz de poder conversar y tener una charla tranquila y los demás te apuran (...) Si, le veo muy responsable y me da el tiempo y el lugar para que yo pueda explicarle y decirle lo que yo siento, lo si y lo no, ella me presta atención, tiene mucho interés en su paciente (...)”.*

P4: *“Y me tuvo paciencia. La paciencia y el amor, eso es lo fundamental. Por eso yo salí adelante rápido. Y con ganas de venir también a mi médico y hacer caso también”.*

P1: *“La forma de cómo ella me lo dijo, porque era para el bien mio y mi salud. Me estuvo aconsejando de una manera buena, sentí que ella se estaba preocupando por mi salud al igual yo con lo que ella me estaba diciendo”.*

La claridad en las recomendaciones y la incorporación de cambios de manera progresiva también son referidas como factores que determinan la efectividad en las intervenciones.

*P10: "Son claras y son buenas [las indicaciones], porque cuando lo hago como tiene que ser... Ella me dijo que "a la mañana temprano a primera hora, tenés que ir, vas y caminas por tu casa y después empezás a tomar mucha agua y después desayuná, tomá los remedios, hacé la colación..."*

*P5: "yo lo que hice es que siempre puse pautas en el buen sentido, como que no me gusta que me carguen tantas cosas a la vez, porque a la larga ahí es cuando después me cuesta. Por ejemplo, hace esto, perfecto, no, hace esto, esto, esto, todo junto, no"*

De 9 participantes que han recibido intervenciones sobre los cambios en los EVS, 3 de estos no identifican obstáculos en su aplicación. De aquellas personas que si los reconocen, predominan argumentos sobre dificultades económicas

*P3: "(...) quería seguir haciendo la dieta y no la pude seguir haciendo. Porque ellos [sus hijos] me llevan, pero entonces yo le digo... papá se acabó la lechuga, se me acabó el repollo, se me acabó esto... no me lo dan. Papá no tengo fruta... entonces, cuando hay claro, pero cuando no hay..."*

*P8: "...mi hija (...) es ella la que me mantiene y la que me da todo y yo no le puedo pedir mucho porque ella tiene muchos hijos y es madre soltera y yo no tengo sueldo, yo no tengo trabajo. (...) me cuesta cumplir y comer y tomar lo que me pide. Y no puedo alimentarme yo como debo, entonces muchas veces estoy abusando, porque prefiero comer lo que no me conviene, que pasar hambre (...)".*

*P9: "Básicamente porque yo tampoco tengo el recurso como para hacerlo. Natación, cosas así, aquagym, como quieras llamarle. No me dan ni el tiempo ni los recursos económicos. Por ahí consigo algo bendito pero me mata el horario. Es hora de ir al trabajo".*

Además surge la falta de apoyo sociofamiliar para la implementación de los cambios en los EVS.

P5: *"(...)en la convivencia donde vivo yo, por ahí hay prioridades que se le dan a algunas personas en la casa y nosotros nos arreglamos como podemos. Y si yo tengo que hacer una dieta estricta o sana, y no nos ponemos todos de acuerdo..."*.

P8: *"(...) porque a quien pedirle, a quien recurrir, sin sueldo sin trabajo sin nada"*.

Por otro lado, las limitaciones físicas también se manifiestan como obstáculos para la realización de actividad física.

P7: *"Por la parte que yo no puedo realizar, que es justamente la actividad física (...) la solución en las piernas no las tengo"*.

Desde el orden cultural, surgen aspectos que se plantean como obstáculos, ya que implican modificaciones de hábitos vinculados a costumbres sociales.

P3: *"Al principio, me cuesta dejar la arepa..."*.

P10: *"Porque ella me dice, desayuná, claro estoy acostumbrada a tomar mate"*.

Todos los participantes que han recibido intervenciones sobre los cambios en los EVS, expresan sentirse motivados por el equipo de salud, la cual se expresa principalmente en el sentirse escuchada/o, en la comunicación empática y humanizada a través de una relación respetuosa con el paciente sin imposiciones ni culpabilizando a la persona.

P4: *"Y me tuvo paciencia. La paciencia y el amor, eso es lo fundamental"*.

P5: *"Sí. Fue unas continuas charlas de cada vez que tenía que venir a un control. Incluso me pregunta por la vida personal que muchos no te preguntan"*.

P10: *"(...) me da gusto cuando me dan atención y me escuchan y se pone contenta porque hice un logro y eso me motiva para seguir para adelante. Si no tenés motivación, no puedo"*.

La motivación también surge frente a los resultados alcanzados por los cambios en los EVS.

P5: *"vi que mejoré, porque si no hubiera mejorado, no hubiera dado importancia, no hubiera estado como estaba, pero vi el avance, entonces ahí me motivé."*

## VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Del total de los entrevistados, sólo una persona manifiesta no haber recibido intervenciones sobre EVS dentro del centro de salud.. Al ser interrogados sobre su autopercepción sobre EVS, se evidencia la concepción de los mismos como un conjunto de hábitos que incluyen una alimentación balanceada, actividad física regular y cuidado personal. Para algunos, esto implica cambios significativos, como modificar la dieta y reducir el consumo de ciertos alimentos, como harinas o alimentos fritos. Además, la importancia de hacer ejercicio, incluso de manera sencilla como caminar, es destacada a pesar de las dificultades físicas. Mantener una actitud positiva, como elegir rodearse de personas que aporten bienestar y tranquilidad, también es entendido como clave para una vida saludable por algunos de los participantes. Otros consideran vital el no fumar, evitar el alcohol y las drogas, y estar atentos a lo que consumen, tanto en alimentos como en bebidas. Para una minoría, adoptar un EVS va más allá, también implica encontrar equilibrio en las emociones y en las interacciones sociales, lo que se refleja en su forma de afrontar los desafíos de la vida cotidiana: citan el “ayudar al prójimo” y referencian su participación en instituciones religiosas.

Otro punto a destacar es el contexto en el que se realizaron estas intervenciones. La mayoría de ellas tuvieron lugar dentro del consultorio, en el marco de consultas médicas, mientras que sólo un número reducido de usuarios refieren haber participado en intervenciones fuera del consultorio, como talleres en la sala de espera o actividades grupales organizadas por el equipo de salud.

Todos los entrevistados coinciden en la importancia de los EVS para la mejoría de sus ENT, reconociendo que los cambios en la alimentación y la actividad física pueden influir positivamente en su estado de salud, lo que resalta la relevancia de seguir promoviendo estrategias que fomenten la incorporación de estos hábitos en su vida cotidiana.

Entre los factores facilitadores mencionados se encuentran la claridad de las explicaciones brindadas, la disposición y acompañamiento del equipo de salud, y la motivación generada por los profesionales. Si bien la mayoría de los participantes valoran positivamente la atención recibida y reconocen la importancia de las intervenciones en su salud, algunos consideran que las estrategias implementadas podrían mejorarse para adaptarse mejor a sus condiciones personales. La claridad en las recomendaciones y la

incorporación de cambios de manera progresiva también son referidas como factores que determinan la efectividad en las intervenciones.

Al explorar los obstáculos que los usuarios identifican en la adopción de EVS, se evidencia una diversidad de percepciones. Mientras que algunos entrevistados manifiestan no encontrar dificultades significativas para implementar cambios, otros señalaron barreras importantes, principalmente relacionadas con cuestiones económicas y físicas. Entre los obstáculos económicos, se destaca la dificultad para acceder a alimentos saludables, como frutas y verduras. Además, algunos usuarios refieren limitaciones para realizar actividad física, ya sea por falta de recursos para asistir a gimnasios o por no contar con el tiempo libre para realizarlo.

Finalmente, los resultados de este estudio evidencian que, aunque la percepción general sobre la utilidad de las intervenciones de EVS es favorable, su efectividad está limitada por diversos factores estructurales y contextuales. Esto subraya la necesidad de un enfoque integral en la atención primaria de salud, que no solo aborde los aspectos clínicos, sino también los determinantes sociales y económicos que influyen en la salud.

Es imprescindible avanzar hacia un modelo de atención que integre una mirada crítica sobre los determinantes sociales de la salud y proponga estrategias más flexibles y contextualizadas. Esto está en línea con las reflexiones de autores como Baliña, quienes destacan el rol fundamental de la medicina general y familiar en la promoción de cambios reales y sostenibles en los EV.

El estudio confirma la hipótesis inicial de que algunas intervenciones sobre EVS pueden ser percibidas como distantes de la realidad de los pacientes, lo que limita su implementación efectiva. A pesar de este desafío, se reconoce el esfuerzo del equipo de salud por brindar información y acompañamiento. Se destaca la necesidad de diseñar estrategias más integrales y adaptadas a las condiciones de vida de la población atendida en el CeSAC 33, teniendo en cuenta factores como las dificultades económicas y la falta de apoyo sociofamiliar.

## **VII. PROPUESTAS**

Se plantean varias propuestas para ser desarrolladas en el CeSAC 33, con el objetivo de mejorar el acompañamiento de las personas con diagnóstico de HTA y DM2. A partir de los hallazgos obtenidos, se sugiere lo siguiente:

1- Fomentar el abordaje interdisciplinario e intersectorial: Es fundamental gestionar estrategias de promoción de la salud a nivel comunitario, en las que el abordaje no sea unidireccional. Es decir, no debe limitarse a los consejos del equipo de salud hacia los usuarios, sino que debe involucrar el conocimiento y la participación activa de los propios pacientes. Este enfoque debe considerar la interculturalidad y las diferentes dimensiones sociales, culturales, económicas y políticas que afectan los EV.

2- Fortalecimiento del acompañamiento grupal y comunitario: La intervención individual tiene limitaciones, por lo que se propone implementar dispositivos de acompañamiento grupal y comunitario desde el CeSAC 33. Esto incluiría espacios de apoyo mutuo, donde los usuarios puedan compartir experiencias y aprender colectivamente, además de recibir orientación y acompañamiento por parte del equipo de salud, lo que podría favorecer una mayor apropiación de los CEV.

3- Sensibilización del Equipo de Salud: Es necesario sensibilizar al equipo de salud para que no se limite al consejo médico tradicional, sino que amplíe sus estrategias hacia una promoción de la salud más holística, que considere las barreras estructurales y socioeconómicas que enfrentan los pacientes.

## **VIII. RELEVANCIA PARA LA MEDICINA GENERAL, EQUIPOS DE SALUD Y SALUD COLECTIVA**

La relevancia de este trabajo radica en identificar algunos de los aspectos subjetivos que atraviesan los encuentros en el ámbito de la salud cuando se hacen intervenciones sobre recomendaciones en la modificación de los EV. Identificar estos componentes constituye un aporte para revisar cómo son percibidas las prácticas que se realizan a diario y, conforme a los resultados, valorar si es menester modificarlas para que éstas tengan una mayor aceptabilidad.

Además, este análisis resulta particularmente significativo para la Medicina General, dado que se centra en el vínculo relacional y comunicacional entre profesionales y personas atendidas, eje fundamental de esta especialidad. Comprender las percepciones, resistencias y significados que emergen durante las recomendaciones en torno a los hábitos de vida permite fortalecer las estrategias de acompañamiento, favorecer la adherencia y promover intervenciones más integrales, centradas en la persona y en su contexto.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS, NORMAS VANCOUVER

1. Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina. 3° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo [Internet]. Buenos Aires: INDEC; 2015 [citado 2025 oct 20]. Disponible en: [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000544cnt-2015\\_09\\_04\\_encuesta\\_nacional\\_factores\\_riesgo.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf)
2. Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo [Internet]. Buenos Aires: INDEC; 2019 [citado 2025 oct 20]. Disponible en: [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr\\_2018\\_resultados\\_definitivos.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf)
3. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Sacks FM, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. *N Engl J Med*. 1997;336(16):1117–24. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJM199704173361601>
4. Baliña T. *Cambiar los estilos de vida: historia crítica de la Medicina General/Familiar*. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial; 2016.
5. Chera S, Berger A, Salzberg M, Cabrera Bachmann L, Dulemba S, Mompó JM, et al. *Programa docente general de la residencia de medicina general y/o medicina de familia*. Buenos Aires: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; 2023.
6. Ellis C, Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Contemporary Sociology; 1992.
7. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. OPS/OMS; s.f. [citado 2025 oct 20]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
8. Ferrer-Lues M, Anigstein MS, Bosnich-Mienert M, Robledo C, Watkins L. De la teoría a la práctica: el discurso de estilos de vida saludable y su aplicación en la vida cotidiana de mujeres chilenas de sectores populares. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(12):e00333720. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00333720>

9. Freidin B. Alimentación y riesgos para la salud: visiones sobre la alimentación saludable y prácticas alimentarias de mujeres y varones de clase media en el Área Metropolitana de Buenos Aires. *Salud Colect.* 2016;12(4):519–36. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2016.913>
10. Halcomb E, Ashley C, Middleton R, Lucas E, Robinson K, Harvey S, et al. Understanding perceptions of health, lifestyle risks and chronic disease in middle age. *J Clin Nurs.* 2021;30(15–16):2279–86. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.15711>
11. He FJ, Li J, MacGregor GA. Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ.* 2013;346:f1325. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.f1325>
12. Henry RR, Scheaffer L, Olefsky JM. Glycemic effects of intensive caloric restriction and isocaloric refeeding in noninsulin-dependent diabetes mellitus. *J Clin Endocrinol Metab.* 1985;61(5):917–25. Disponible en: <https://doi.org/10.1210/jcem-61-5-917>
13. Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información de la Salud. Indicadores básicos [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2022 [citado 2025 oct 20]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/indicadores>
14. Jeon CY, Lokken RP, Hu FB, van Dam RM. Physical activity of moderate intensity and risk of type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Care.* 2007;30(3):744–52. Disponible en: <https://doi.org/10.2337/dc06-1842>
15. Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *Lancet.* 2017;391(10120):541–51. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33102-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33102-1)
16. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ley N° 25.326: Ley de protección de datos personales. Buenos Aires: Legislatura CABA; 2000.
17. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ley N° 26.529: Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. Buenos Aires: Legislatura CABA; 2009.
18. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ley N° 3301: Ley sobre protección de derechos de sujetos en investigaciones en salud. Buenos Aires: Legislatura CABA; 2010.

19. Menéndez EL. Estilos de vida, riesgos y construcción social: conceptos similares y significados diferentes. *Estud Sociol El Col Mex.* 1998;16(46):37–67.
20. Miller WR, Rollnick S. *La entrevista motivacional*. Trad. Asensio Fernández M. Barcelona: Paidós; 2015. (Obra original publicada en 2013).
21. Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, Organización Panamericana de la Salud. *Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: manejo integral en el primer nivel de atención*. Buenos Aires: Organización Mundial de la Salud; 2017.
22. Ministerio de Salud de la Nación. *Guía para investigaciones en salud humana: régimen de buena práctica clínica para estudios de farmacología clínica*. 1ª ed. Buenos Aires: Presidencia de la Nación; 2011 [citado 2025 oct 20]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-para-investigaciones-en-salud-humana>
23. Farlex Partner Medical Dictionary. Perceptions [Internet]. 2012 [citado 2025 oct 20]. Disponible en: <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Perceptions>
24. Farlex. Segen’s medical dictionary. 2012. “The constellation of mental processes by which a person recognizes, organizes, and interprets intellectual, sensory, and emotional data in a logical or meaningful fashion.”
25. Taylor S, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós; 1990.
26. The Global Health Network. Normas de Buena Práctica Clínica ICH E6 (R2) [Internet]. s.f. [citado 2025 oct 20]. Disponible en: <https://www.theglobalhealthnetwork.org>
27. Tuck ML, Sowers J, Dornfeld L, Kledzik G, Maxwell M. The effect of weight reduction on blood pressure, plasma renin activity, and plasma aldosterone levels in obese patients. *N Engl J Med.* 1981;304(16):930–3. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJM198104163041602>
28. Umpierre D, Ribeiro PAB, Kramer CK, Leitão CB, Zucatti ATN, Azevedo MJ, et al. Physical activity advice only or structured exercise training and association with HbA1c levels in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2011;305(17):1790–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2011.576>

## X. ANEXOS

### ANEXO I

#### Guía para entrevistas semiestructuradas



**HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS E. TORNÚ**  
**RESIDENCIA DE MEDICINA GENERAL Y/O FAMILIAR**  
**CeSAC 33**

ID:

Nombre de la entrevistadora:

Fecha de la entrevista:

1. ¿Por qué motivos de salud realiza seguimiento en este centro?
2. ¿En qué pensás o qué crees que son, cuando se nombran los hábitos saludables?
3. ¿Recibió recomendaciones o consejos sobre hábitos de vida saludables en el último año por parte del equipo de salud del CeSAC 33?  
No: ¿le gustaría haber recibido asesoramiento sobre estilos de vida saludables? ¿Por qué? - *Aquí finalizaría la entrevista.*  
Si: ¿Cuáles? ¿En qué ámbitos? (consultorio médico, consultorio de nutrición, talleres, enfermería, PAS/CCI?)
4. ¿Qué tan importante siente que son éstos consejos para el control de su diabetes y/o hipertensión arterial?
5. ¿Hubo algún consejo que le haya ayudado más en su día a día? ¿Por qué cree que fue así?  
Si: ¿Cuál?  
No: ¿Por qué cree que no lo ayudó? - *Pasa a la pregunta 7*
6. ¿Notó algún cambio en su salud o bienestar como resultado de seguir los consejos sobre estilos de vida saludables?  
Si: ¿Porque cree que logró éstos cambios?

No: ¿Porque cree que no lo ayudó a lograr algún cambio?

7. ¿Encontró alguna dificultad para seguir los consejos dados por el equipo de salud? (Ejemplo: falta de tiempo, dinero, apoyo de familia/amigos/compañeros de trabajo, entre otros).

Si: ¿Cuál/es?

No: ¿Por qué cree que esto es así?

8. ¿Se sintió alentado/a y acompañado/a por el equipo de salud para seguir los consejos sobre estilos de vida saludables?

Si: ¿Cómo se dió esta motivación o acompañamiento?

No: ¿considera este aspecto importante? ¿por qué?

9. ¿Qué aspectos de los consejos, indicaciones o intervenciones cree que fueron más útiles o qué a usted más le han ayudado? (Ejemplo: accesibilidad, comprensión, claridad en las instrucciones, entre otros).

10. ¿Hay algo más que desee compartir sobre su experiencia en el CeSAC 33 y los consejos sobre estilos de vida saludables? ¿Tiene alguna sugerencia para el equipo de salud?

## ANEXO II

### Información para el participante y Consentimiento Informado

#### Introducción

Estamos haciendo un estudio para conocer las opiniones y sensaciones sobre el seguimiento de personas con hipertensión y/o diabetes en este centro de salud. Es un estudio llevado a cabo por la Residencia de Medicina General y Familiar del Hospital Tornú.

#### Consentimiento informado

Tenemos interés en conocer su experiencia acerca del seguimiento de su enfermedad crónica en éste centro (HTA y/o diabetes).

#### Voluntariedad, gratuidad y negativa a participar

Por favor pregúnteme cualquier duda que tenga, en cualquier momento de la entrevista. Su participación es voluntaria, y puede detenerse cuando lo desee. No recibirá remuneración por participar y su participación no implica costo alguno.

#### Confidencialidad

Ésta entrevista es totalmente confidencial. Si usted no presenta objeciones, la entrevista será grabada y luego desgrabada. Sólo las personas de nuestro equipo de investigación tendrán acceso a la misma.

#### Proceso de encuesta

La entrevista incluye preguntas sobre su experiencia en relación a las indicaciones no farmacológicas que le dan los profesionales de la salud sobre el manejo de su enfermedad. No tiene que responder a ninguna pregunta que le haga sentir incomodidad.

La entrevista dura aproximadamente 30 minutos.

El beneficio del estudio es que se conocerán factores que dificultan o facilitan el cumplimiento de indicaciones médicas por parte de pacientes con HTA y/o diabetes, y permitirá orientar mejor su seguimiento para mejorar su adherencia a las mismas. Pero no le dará a usted un beneficio personal directo.

Los resultados pueden ser publicados al finalizar el estudio respetando la confidencialidad según los establece la normativa vigente.

#### Contacto

*Si tiene preguntas acerca de la investigación puede comunicarse con la Dra. Cynthia Araoz  
Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI) del Hospital  
Tornú, se encuentra conformado por un grupo especializado en resguardos éticos y derechos  
de los participantes en investigaciones relacionadas con la salud.*

*Si Ud. tiene dudas sobre su participación durante cualquier etapa del estudio puede  
comunicarse al CEI en: Combatientes de Malvinas 3002, Pabellón Universitario 1er piso,  
lunes de 8.30 a 12.30 hs .*

### **Hoja de firmas**

Entiendo que mi participación es voluntaria, que puedo no responder algunas preguntas que  
me causen molestias y que puedo retirarme sin tener que dar explicaciones.

Que mis datos personales no se publicarán de ninguna manera.

He comprendido el objetivo de esta entrevista y he tenido la oportunidad de hacer  
preguntas, que me han sido respondidas satisfactoriamente.

Firma y aclaración del participante:

DNI participante:

Fecha:

Firma y sello del profesional autorizado:

Fecha:

***Se firman dos ejemplares del mismo tenor. Uno para entregar al participante y otro para el  
archivo del investigador.***