



División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Licenciatura en Nutrición Humana

Universidad Autónoma Metropolitana

Unidad Xochimilco

“Experiencias dentro de la consulta nutricional, perspectiva de mujeres adultas con sobrepeso ¿Qué más podemos aportar los nutriólogos?”

Pasante de Servicio Social

Daniela Karina Gonzalez Cortes

2143024160

Asesores internos:

Lic. Nutr. Diana Pérez Salgado (32875)

Dr. Luis Ortiz Hernández (26917)

## INDICE

Introducción.....	3
Antecedentes teóricos.....	6
-¿Qué hace un profesional en nutrición?.....	6
- Prevención y atención de enfermedades relacionadas con la nutrición.....	8
-Necesidad de nuevos enfoques en la atención primaria en salud.....	14
- Lo que las personas esperan en la atención de un profesional de salud, lo que se espera sobre los nutriólogos.....	22
- Otros aspectos que se pueden incluir en la atención que brinda un profesional de nutrición.....	25
Pregunta de investigación.....	32
Supuesto.....	32
Objetivo general.....	32
Objetivos específicos.....	32
Metodología.....	33
Resultados.....	35
Conclusiones.....	49

## INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y obesidad en la población adulta son actualmente un reto para la Salud Pública en el mundo (Secretaría de Salud, 2012). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino [ENSANUT MC] del año 2016, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en la población fue de 72.5%, además la prevalencia de obesidad abdominal fue de 76.6% (Hernández Ávila et al, 2016).

Esta condición da lugar a consecuencias a largo plazo como la aparición de enfermedades no transmisibles (Secretaría de Salud, 2012); las cuales en el caso de México, la ENSANUT MC reportó prevalencia de diagnóstico de diabetes en la población adulta de 9.4%; el 28% de los adultos presentó un diagnóstico médico previo de hipercolesterolemia; la prevalencia de hipertensión arterial fue de 25.5% (Hernández Ávila et al, 2016).

Las principales causas de mortalidad en la población general para el año 2017 fueron enfermedades relacionadas con la nutrición: enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades del hígado (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018).

Los problemas de peso corporal, así como las enfermedades no trasmisibles se han asociado a hábitos de alimentación y actividad física no saludables (OMS 2018b). La ENSANUT MC 2016, reportó que en la población mexicana adulta, 85,3% de las personas consume diariamente bebidas azucaradas no lácteas, 38% botanas, dulces y postres y el 45% consume cereales dulces (Hernández-Ávila, et al. 2016). Con relación a la realización de la actividad física, la ENSANUT MC menciona que la proporción de adultos que no cumplen con la recomendación de actividad física de la OMS (al menos 150 min de actividad física moderada-vigorosa/ semana) disminuyó ligeramente de 16.0% a 14.4% de 2012 a 2016 y la prevalencia de adultos que pasan más de 2 horas/día frente a pantalla fue de 55.5 % (Hernández-Ávila, et al., 2016).

Sin embargo las enfermedades no transmisibles no son únicamente estadísticas o alimentos recomendables o no, rebasan estos ámbitos y abarcan la vida cotidiana de la persona afectada. A nivel individual existen respuestas de aislamiento social, encubrimiento y manejo de secretos, la persona suele enfrentarse a juicios de valor, creencias personales, experiencias de otras personas, así como teorías de causalidad, evolución y pronóstico, provocando una re estructuración de su identidad desde los

primeros vínculos con la enfermedad (Ledón, 2011). La obesidad, una cantidad inadecuada de calorías y la deficiencia de micro nutrientes provocan fatiga y falta de destreza, contribuyendo al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles que a su vez generan un menor desempeño y capacidad física en el trabajo, generando mayor ausentismo laboral y menor productividad (Álvarez & Serra, 2012). Este aspecto genera angustia, pues conduce a los individuos a reestructurar su vida cotidiana, incluso a dedicarse solo al cuidado de la propia salud durante un tiempo, dejando de lado sus ocupaciones laborales o a aprender a desenvolverse en los espacios sociales con nuevas normas y exigencias (Ledón. 2011). El instituto Mexicano para la Competitividad calcula que cada año se pierden más de 400 millones de horas laborables por diabetes asociada al sobrepeso y a la obesidad, equivalente a 184 mil 851 empleos de tiempo completo que representa el 32 por ciento de los empleo formales creados en 2014 (Arcos, 2016).

En términos económicos, se calcula que en nuestro país, el Instituto Mexicano del Seguro Social gastó en el 2015, 81 mil 59 millones de pesos en enfermedades crónicas y la enfermedad en la que se realizaron mayores gastos fue diabetes mellitus, con 42 mil 776 millones de pesos, (Arcos, 2016). A nivel individual se calcula que una persona con diabetes puede gastar en 30 años hasta 1.9 millones de pesos, y para los hogares el gasto en el concepto de salud para el año 2014 fue de 410 mil 981 millones de pesos, del cual 63.5% estuvo destinado a medicamentos, el 16.3% a consultas médicas y el 7.3% a servicios hospitalarios (Arcos, 2016).

Sabemos que el tratamiento nutricional convencional para las personas con obesidad y/o enfermedades crónicas no transmisibles se basa en cambios en la alimentación , implementación de actividad física y disminución del tiempo dedicado a actividades sedentarias (OMS, 2003). Sin embargo, algunos de los cambios propuestos pueden representar un desafío, no sólo por los costos que pueden implicar (Carrascón, Galgani & Reyes, 2013), sino también porque para llevarlos a cabo se requiere desarrollar habilidades e incorporar diversas estrategias, aspectos que por su naturaleza necesitan un ambiente de fomento y apoyo constante.

Recientemente se han propuesto nuevos modelos de atención en salud con el objetivo de poner en el centro a las personas, considerando sus capacidades y posibles limitaciones para la promoción de la salud. La “Atención Centrada en la Persona (ACP)” es un concepto relativamente reciente y diferente al modelo de atención tradicional en el área de la salud. La diferencia fundamental es que la enfermedad y el tratamiento deja de ser el

centro (sin que esto implique olvidar lo que es necesario para cada persona), siendo la persona (con sus perspectivas, necesidades y contexto) el centro de atención (Bonvecchio-Arenas, et al., 2015). Por lo tanto se comprende al paciente dentro de su único contexto psicosocial, se alcanza una comprensión compartida del problema y su tratamiento la cual concuerda con sus valores, ayudando de esta manera a compartir el poder y la responsabilidad al involucrarse en elecciones en la medida que ellos desean (Epstein, et al., 2005).

## ANTECEDENTES TEORICOS

### ¿Qué hace un profesionalista en nutrición?

De acuerdo con la Asociación Mexicana de Miembros de Facultades y Escuelas de Nutrición A.C. [AMMFEN], (2016) un Licenciado en Nutrición, es un profesional capaz de brindar atención nutricional a individuos sanos, en riesgo o con enfermedades, así como a diferentes grupos de la sociedad. Es capaz de integrar, generar y aplicar conocimientos, habilidades y actitudes que permiten su desempeño en los campos profesionales básicos (nutrición clínica, poblacional, servicios de alimentos, tecnología alimentaria) y campos transversales (investigación, educación, administración y consultoría). Y es una persona que fundamenta su ejercicio profesional en un marco ético y multidisciplinario para responder con calidad y compromiso a las necesidades sociales de alimentación y nutrición presentes y futuras.

#### *Campos profesionales*

Es importante comprender de manera general cada uno de los campos mencionados anteriormente, comenzando con los campos básicos, la nutrición clínica suele ser el campo en el que laboran la mayoría de los nutriólogos, centrándose en brindar una atención nutricional que contribuya a la salud y bienestar de los pacientes (Canicoba, Baptista & Visconti, 2013); en el servicio de alimentos el licenciado en nutrición brinda servicios de calidad a todos los comensales que lo demanden, ya sea dentro de comedores industriales, empresas, guarderías, asilos, cafeterías, etc. (Tello, 2011); la nutrición comunitaria por otro lado, busca identificar y evaluar problemas nutricionales de las comunidades y diseñar, organizar, implementar y evaluar programas de intervención nutricional mediante estrategias orientadas hacia el medio ocupacional, escolar, colectivo de riesgo o población general (Aranceta-Batrina, 2010); por otro lado, la nutrición dentro de la tecnología de alimentos, se caracteriza por controlar, evaluar y mejorar la calidad nutricional y sanitaria de los alimentos dentro de los procesos de producción, distribución, transformación, desarrollo, comercialización, aceptación y consumo, teniendo como objetivo promover la salud, así como promover la innovación dentro de las empresas públicas y la industria alimentaria (AMMFEN, 2016).

Dentro de los campos transversales encontramos la investigación, en la que un licenciado en nutrición utiliza elementos teórico-metodológicos a través del método científico para la

generación y aplicación de conocimientos; en el ámbito educativo el nutriólogo se encarga de aplicar técnicas didácticas y de comunicación en la formación de recursos humanos, así como de la orientación alimentaria de la población; dentro de la administración su papel se centra en el manejo y optimización de recursos, la planeación estratégica y en consultoría en el manejo de técnicas de negociación, toma de decisiones y planteamiento de estrategias para la solución de problemas (AMMFEN, 2016).

### *La nutrición clínica y la atención de los problemas de salud más frecuentes en México*

La rama de la nutrición clínica se aborda a partir de un paradigma de complejidad creciente, ya que el estado nutricional de las personas es el resultado de la interrelación de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, su campo de acción va desde la prevención de las enfermedades o problemas nutricionales más frecuentes, su tratamiento y manejo de las complicaciones (Canicoba, et al., 2013). Para lo anterior se utilizan herramientas diagnósticas como la valoración nutricional a través de encuestas dietéticas, antropometría, indicadores bioquímicos y las intervenciones terapéuticas específicas para cada situación.

Actualmente la atención nutricional clínica, se recomienda que se base en los cuatro pasos del proceso de atención nutricional: evaluación nutricional (en el que se incluyen indicadores antropométricos, bioquímicos, clínicos, dietéticos, y de estilo de vida), diagnóstico (cuyo objetivo es identificar problemas, priorizarlos y enfocarse en los primarios asociados a enfermedades y condiciones de riesgo), intervención (planear y establecer acciones basadas en evidencia científica que se enfoquen al tratamiento de la causa actual o las causas potenciales del o los problemas identificados) y monitoreo (se establece un plan de vigilancia y evaluación del estado nutricional que especifique cuales datos e indicadores se van a evaluar y con qué frecuencia); este es un proceso de atención propuesto por la Asociación Americana de Dietética en el año 2003 (Perichart-Perera, 2013).

Específicamente el tratamiento nutricional convencional para las personas con obesidad y/o enfermedades crónicas no transmisibles se basa en cambios en la alimentación para que ésta sea más saludable, implementación de actividad física y disminución del tiempo dedicado a actividades sedentarias (OMS 2003). En el caso de la obesidad, se han propuesto diferentes esquemas de tratamiento y se han realizado numerosos intentos para aumentar el conocimiento de la nutrición y la conciencia de la gente con la

esperanza de que esto los guie hacia opciones más saludables, dejándose de lado el hecho de que comer en exceso tiene diferentes causas, que se producen aun cuando existe un conocimiento completo de las consecuencias, es así que se piensa que el conocimiento no es suficiente para motivar una alimentación saludable (Kaufer-Horwitz, et al., 2015).

En México se reconoce que usualmente la atención nutricional para las enfermedades más frecuentes como la diabetes tipo II se basa en tres acciones: la enseñanza de equivalentes, la cuenta de hidratos de carbono y el monitoreo en la ingesta de grasas, esto con un enfoque clínico o biomédico que considera solo parcialmente los procesos nutriólogicos, se centra en aspectos fisiológicos y/o patológicos de la ingestión, la digestión, la absorción, el metabolismo y la excreción, dejando de lado los patrones alimentarios de las poblaciones o grupos, ya que no existe un acercamiento y comprensión de los elementos culturales, sociales, económicos y ambientales (Castro-Sánchez, 2007).

Cuando hablamos de lo que un nutricionista clínico está capacitado para hacer, nos damos cuenta de que la educación de los profesionales de la salud se ha centrado en la aplicación de la “medicina basada en evidencias” y el uso sistemático de guías de la práctica clínica; como menciona Rivera, Hernández, Aguilar, Vadillo y Murayama (2013) la adquisición de conocimientos, es fundamental, pero no es suficiente para alcanzar una prevención o tratamiento eficaz, por lo que se ha propuesto que el nutriólogo o profesionalista de la salud debería ser capacitados con una estrategias que puedan influir de manera significativa en los conocimientos, las creencias y las conductas de los pacientes o de los sujetos en riesgo de ser obesos o de tener enfermedades.

## **Prevención y atención de enfermedades relacionadas con la nutrición**

### *Recomendaciones actuales en alimentación para población adulta*

En México la NOM-043-SSA2-2012, “Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación” menciona que una alimentación correcta debe cumplir con las necesidades específicas de las diferentes etapas de la vida, en los adultos debe conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y prevenir enfermedades. De esta manera, se debe cumplir con 6 características: que sea Completa, que contenga todos los nutrimentos, incluyendo en cada tiempo de comida



alimentos de los 3 grupos presentes en El plato del bien comer (Verduras y frutas, Cereales y Alimentos de Origen Animal y Leguminosas) ; que sea equilibrada, guardando las proporciones adecuadas entre cada nutrimento; que sea inocua, lo que implica que su consumo habitual no implique riesgos para la salud; que sea suficiente, al cubrir las necesidades de todos los nutrimentos; que sea variada, al incluir diferentes alimentos de cada grupo en las comidas; y finalmente que sea adecuada, acorde con los gustos y la cultura de quien la consume y ajustada a sus recursos económicos (Secretaria de Salud, 2013).

La OMS (2018c), menciona que la importancia de llevar una dieta saludable, radica en protegernos de la mala nutrición en todas sus formas, así como de las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, las cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y cáncer. Por lo tanto menciona que la ingesta calórica debe estar equilibrada con el gasto calórico y que la dieta de las personas debería tomar las siguientes consideraciones:

- Consumo de al menos 400gr o cinco porciones de frutas y verduras al día, incluyendo verduras en todas las comidas y entre las comidas en forma de colaciones; consumir frutas y verduras frescas de temporada y comer una selección variada de ellas.
- Reducir la ingesta de grasas a menos del 30% de la ingesta calórica diaria, especialmente saturadas (<10% de la ingesta calórica) y trans (<1% de la ingesta calórica), y para lograrlo, se deben adoptar medidas como: cocinar al vapor en vez de freír; reemplazar la mantequilla, manteca de cerdo y mantequilla clarificada, por aceites ricos en grasas poliinsaturadas como de soja, canola, maíz, cártamo y girasol; consumir productos lácteos desnatados y carnes magras, así como quitar la grasa visible de la carne y limitar el consumo de alimentos horneados o fritos que contengan grasas trans de producción industrial.
- Reducir el consumo de sal a menos de 5gr (una cucharadita) al día y esta debe ser yodada, se aconseja limitar la cantidad de sal y de condimentos ricos en sodio como salsa de soja, de pescado y caldo, al preparar y cocinar alimentos; no poner sal o salsas ricas en sodio en la mesa; limitar el consumo de bocadillos salados; y escoger productos con menor contenido de sodio.

- Reducir la ingesta de azúcares libres (aquellos añadidos a los alimentos o las bebidas, así como miel, jarabes, jugos y concentrados de frutas) a menos del 10% de la ingesta calórica total, que equivale a 50gr (o 12 cucharaditas rasas) en el caso de una persona con un peso corporal saludable que consuma aproximadamente 2000 calorías y para obtener beneficios adicionales se recomienda que el consumo sea inferior al 5%.

Las guías alimentarias y de actividad física para la población mexicana (Bonvecchio-Arenas, et al., 2015) recomiendan también, cuidar las conductas alimentarias durante la edad adulta, tener un horario para desayunar, comer y cenar, poner atención a las señales de hambre y saciedad y tener comidas familiares. Consumir cereales integrales y granos enteros, preferir alimentos de origen animal con bajo contenido de grasa, consumir leche natural sin grasa o con 1% de grasa, no sobrepasar el 10% del contenido calórico en azúcares, preparar los alimentos sin grasa o utilizar las porciones de grasa que se recomiendan y finalmente brindan sugerencias de consumo de porciones máximas al día de acuerdo a diferentes cantidades de calorías:

Grupos de alimentos	Alimentos	Número de porciones	19 a 59 años			
			1700 kcal	1900 kcal	2000 kcal	2100 kcal
Verduras y frutas	Verduras	3	3	3	3	
	Frutas	2	2.5	3	3	
Cereales		7.5	8	8	9	
Leguminosas y alimentos de origen animal	Leguminosas	1.5	2	2	2	
	Alimentos de origen animal	2.5	3	3.5	3.5	
Lácteos	Leche descremada, yogurt, queso	2	2	2	2	
Agua simple		3 a 8 vasos al día (750-2000 ml )				
Azúcares		2	2	2	2	
Grasas		4	5	5	5	

Figura 1. "Número de porciones sugeridas por grupo de alimentos para adultos de 19 a 59 años. Tomado de: Bonvecchio-Arenas, A., Fernández-Gaxiola, A.C., Plazas-Belausteguigoitia, M., Kaufer-Horwitz, M., Pérez-Lizaur, A.B. & Rivera-Dommarco, J.A. (2015). Guías alimentarias y de Actividad física. En contexto de sobrepeso y obesidad en la población mexicana. México, DF: Academia Nacional de Medicina.

### *Recomendaciones en enfermedades crónicas*

Para el tratamiento del sobrepeso, se recomienda limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total y de azúcares, aumentar el consumo de verduras y frutas, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos (OMS,2018a). Específicamente, se recomienda una reducción energética de 500 a 1000 kcal de las necesidades energéticas estimadas y en cuanto a distribución de macro nutrientes se han reportado resultados favorables con tratamientos nutricionales con bajo contenido de grasas (menos del 30%), con moderado aporte de hidratos de carbono (40-42%, no menos de 130g/d), y muy bajas en hidratos de carbono (20-60 g/d al inicio del tratamiento hasta alcanzar los 120g/d). Las dietas con moderado contenido de hidratos de carbono (40-42%) y un alto aporte de proteína (30%) pueden favorecer el control del apetito, el control glucémico y la disminución de triglicéridos en sangre, así como colesterol total y LDL, además de promover el mantenimiento de masa muscular; también se menciona que la dieta baja en grasas, muy baja en hidratos de carbono y la dieta mediterránea disminuyen de forma similar el peso (Perichart-Perera, 2013; FESNAD-SEEDO, 2011).

Las guías de la American Diabetes Association [ADA] (2019) apuntan a que no existe un porcentaje ideal de calorías provenientes de carbohidratos, proteínas y grasas para todas las personas con diabetes, por lo tanto las recomendaciones se basan en evaluaciones individualizadas de los patrones actuales de alimentación, preferencias y objetivos metabólicos. Se menciona que los planes de alimentación con bajo contenido de carbohidratos pueden mejorar la glicemia y pueden reducir los medicamentos antihiper glucémicos, este objetivo se puede alcanzar mediante una educación basada en el “Método del Plato” (ADA, 2016) ya que proporciona una guía visual de cómo controlar las calorías y los carbohidratos.

Se recomienda que en caso necesario, se busque una pérdida de peso mediante programas de estilo de vida, logrando un déficit de energía de 500-750kcal/día o consumir 1200-1500 kcal/ día para mujeres y 1500-1800 kcal/día para hombres, buscando una pérdida de peso en caso de personas con diabetes y obesidad, de al menos 5% para obtener resultados beneficiosos en el control glucémico, los lípidos y la presión arterial. Acerca del contenido ideal de grasa en la dieta, se hace énfasis en un plan de alimentación con elementos de una dieta estilo mediterráneo, rica en grasas mono insaturadas y poliinsaturadas, se recomienda también el consumo de alimentos ricos en

ácidos grasos n-3 de cadena larga, como los pescados grasos (EPA y DHA) y las nueces y semillas (ALA), para prevenir o tratar la enfermedad cardiovascular (ADA, 2019).

Con relación a la hipertensión arterial, se habla de promover la dieta DASH, la cual es rica en frutas, verduras, granos enteros y productos lácteos bajos en grasa, así como reducir la ingesta de sodio y aumentar la ingesta de potasio, el peso corporal ideal debe plantearse como objetivo. Se recomienda una reducción de sodio en un 25% (aproximadamente 1000mg diarios) y aumentar la ingesta de potasio de 3500-5000 mg/día (Guijón-Conde, et al., 2018; Whelton, et al., 2018).

Para las personas con dislipidemias, se recomienda una dieta saludable con bajo contenido en grasas saturadas y rica en productos integrales, verduras, fruta y pescado, dieta DASH y mediterránea, aumento de fibra y reducción de colesterol en la dieta. Evitar el consumo de alimentos procesados que se han elaborado con grasas trans, reduciendo estas hasta menos del 1% de la energía. Reducir el consumo de grasas saturadas a menos del 10% del aporte calórico total y en caso de hipercolesterolemia <7% de la energía. La ingesta de hidratos de carbono debe mantenerse entre 45-55% de la energía total. Un aporte de fibra de 25-40gr (como mínimo 7-13gr de fibra soluble), una ingesta de azúcares que no sobrepase el 10% del aporte calórico total consumo mínimo de 2 raciones por semana de pescado, junto con otras fuentes de PUFA n-3. Finalmente consumo moderado de alcohol (hasta 20g/ día- 2 unidades para los hombres y 10g/día-1 unidad para las mujeres, siempre que las concentraciones de triglicéridos no sean elevadas (International Atherosclerosis Society, 2013; Sociedad Europea de Cardiología y European Atherosclerosis Society, 2017).

#### *Recomendaciones actuales en actividad física y sedentarismo para población adulta*

La Organización Mundial de la Salud recomienda para los adultos de 18-64 años, con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares, así como la salud ósea y reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles y depresión, que dediquen como mínimo 150 min semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada o 75 min de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas; a fin de obtener mayores beneficios, el tiempo puede incrementarse hasta 300 minutos a la semana de actividad moderada aeróbica o hasta 150 min semanales de actividad física intensa aeróbica o una combinación equivalente de ambas; así como realizar dos veces a la semana o más

actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares (OMS, 2010). Algo importante que hay que mencionar es que a pesar de que antes se pensaba que la actividad aeróbica debía durar al menos 10 minutos por sesión, actualmente se sabe que cualquier actividad es mejor que ninguna, se recomienda que los adultos tengan más actividad durante el día y pasen menos tiempo sentados (U.S. Department of Health and Human Services, 2018).

#### *Recomendaciones en enfermedades crónicas*

Para los adultos con enfermedades crónicas, se recomienda que dentro de sus posibilidades, realicen al menos 150 minutos (2 horas y 30 minutos) o hasta 300 minutos (5 horas) a la semana de actividad física aeróbica de moderada intensidad; o bien 75 minutos (1hr y 15min) o hasta 150 minutos (2 horas 30 min) a la semana de actividad física aeróbica de vigorosa intensidad o el equivalente a la combinación de ambas. De igual forma, dentro de sus capacidades deben realizar ejercicios de fortalecimiento muscular de moderada a mayor intensidad, involucrando los grandes grupos musculares 2 días o más de la semana. Aquellos adultos que no puedan realizar regularmente actividad física debido a sus enfermedades, deben procurar la realización de alguna actividad física acorde a sus posibilidades y evitar la inactividad, siempre bajo supervisión de un profesional de la salud (U.S. Department of Health and Human Services, 2018).

Adicionalmente la ADA (2019) recomienda para los pacientes con diabetes, repartir durante tres días la actividad física aeróbica sin dejar más de dos días consecutivos sin realizarla. Adultos con diabetes deben realizar de 2-3 sesiones/ semana de ejercicios de resistencia en días no consecutivos y recalca la importancia de disminuir el tiempo de sedentarismo, interrumpiendo estos periodos cada 30 min. Y en el caso de pacientes con hipertensión arterial, se recomienda incrementar la actividad física mediante un programa estructurado de ejercicios, tanto aeróbicos como de resistencia, así como ejercicios isométricos estáticos (Gijón-Conde, et al., 2018).

#### **Necesidad de nuevos enfoques en la atención primaria en salud**

##### *El enfoque tradicional (Modelo Médico Hegemónico)*

El modelo médico hegemónico (MMH) es el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica, que desde finales del siglo XVIII ha dejado como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban

en los conjuntos sociales, y ha logrado identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada por criterios científicos y del estado (Vertere, 2006).

Este modelo está conformado por una serie de rasgos estructurales, como son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico (Menéndez, 1988). Así como también una concepción evolucionista, dualista (mente/cuerpo), mecanicista, positivista del individuo y de la enfermedad, tendencia a centrarse en lo patológico, exclusión de la subjetividad del individuo, hegemonía de lo clínico/ asistencial/ curativo, practica curativa basada en la eliminación del síntoma, relación médico/paciente asimétrica, relación de subordinación técnica y social del paciente que puede llegar a la sumisión (institución psiquiátrica), el paciente como responsable de su enfermedad, y tendencia a medicalizar cada vez más aspectos de la vida cotidiana (Menéndez, 1990).

El rasgo estructural dominante del MMH, es el biologismo en el cual, la enfermedad es vista como una situación biológica, sin remitirse a las relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad, el profesional médico aprende en base a contenidos biológicos, dejando a un lado los procesos sociales, culturales o psicológicos, los cuales quedan como anécdotas dentro del aprendizaje. Bajo el MMH, en su formación el médico no aprende a manejar la enfermedad en otros términos que no sean los de los paradigmas biológicos (La Valle, 2013).

Dentro de la ahistoricidad se entiende que la enfermedad evoluciona y no tiene historia, un ejemplo de esto son los descensos de la mortalidad general e infantil que se dieron durante las décadas de 1940 y 1950, las cuales se han atribuido a la aplicación de la tecnología médico-sanitaria, sin embargo no existen publicaciones epidemiológicas que demuestren esta causalidad, lo que señala la carencia de un análisis histórico que facilita suponer que fue la eficacia medica la determinante de dicho proceso (Menéndez 1988).

La sociabilidad puede verse como paradójal, ya que en los años 60 y 70 ha habido un fuerte énfasis en lo social en las discusiones e investigaciones generadas sobre la práctica médica, sin embargo la discusión sobre lo social no ha pasado a la incorporación real al aprendizaje y la práctica médica (Menéndez, 1988). El quehacer del médico y en

general del profesional de la salud puede suponerse como un acto social e ideológico sin embargo en la práctica lo social puede no ser reconocido (Menéndez, 1988; Menéndez, 1990).

El modelo cumple con una serie de funciones que se pueden agrupar en tres tipos: a) las funciones curativas, preventivas y de mantenimiento; b) funciones de control, normalización, medicalización y legitimación; c) función económico-ocupacional (Menéndez, 1998). Si profundizamos en cada una de ellas, podemos mencionar que del tipo a, no sería necesario explicar las funciones curativas y preventivas, sin embargo el mantenimiento se refiere a la práctica médica que Menéndez menciona como “el mantenimiento del torturado para que siga hablando, o pueda hablar, o pueda ser usado con otras significaciones”; las funciones del tipo b son las que han generado más crítica dentro de los científicos sociales y la etnografía de la práctica médica, este análisis es el que ha conducido a proponer a la medicina como un instrumento no solo ideológico si no político del estado; y finalmente dentro del tercer tipo están las funciones que se refieren a la industria de la salud y de la enfermedad, las cuales tienen notable dinámica económica y que han generado una demanda de mano de obra comparativamente alta (Menéndez, 1988).

Y finalmente se encuentra la burocratización presente en el modelo, que se señala como otra forma de dominación, ya que niega la diferencia, las personas deben ser homogeneizadas como requisito de una mejor dirección y control (Menéndez, 1984).

La crisis del modelo comienza a partir de los cuestionamientos realizados en la década de los 60, alcanzando su máxima expresión en la década de los 70, estas surgieron inicialmente en los países capitalistas centrales y luego fueron asumidas por los países dependientes, estas evidenciaron toda una serie de procesos negativos: aumento del costo de la atención de la enfermedad, aumento constante del consumo de fármacos en particular sustancias que pueden ser nocivas para la salud, incremento de la intervención médica en los comportamientos sociales, la normalización de determinadas prácticas, incremento de la iatrogenia negativa, cambios del perfil epidemiológico, predominio de criterios de productividad y rendimiento en la atención médica, deterioro de la calidad de la misma, redescubrimiento de que el sector sanitarista es primordialmente curativo, el reconocimiento de los denominados “productores de enfermedad” de la industria (alimentaria, tabacalera, alcoholera, industria quimicofarmacéutica) y la subordinación política del sector salud a dicha industria, el reconocimiento de que junto con las

actividades intencionales curativo-preventivas se desarrollan actividades de control social e ideológico y finalmente la evidencia de las limitaciones de la intervención médica y psicológico-psiquiátrica, respecto a los principales problemas de salud mental, como alcoholismo, drogadicción, depresión, suicidio, homicidio, etc. (Menéndez, 1988).

Las críticas han sido generadas desde diferentes orientaciones teórico-ideológicas, incluso han provenido desde el mismo modelo buscando modificar la orientación hegemónica, impulsando las prácticas de prevención, desde una perspectiva económica neoliberal, se ha desarrollado una de las críticas de mayor éxito en términos políticos e ideológicos, utilizando indicadores como la ineficiencia y el aumento constante de los costos (Menéndez, 1988; Menéndez, 1990).

Dentro de la nutrición y las ciencias de la salud, la crítica al modelo se hace presente en un concepto que se ha venido utilizando cada vez más en los últimos años, el concepto de “estilo de vida” se ha generado como un concepto intermedio entre el estrato social y el sujeto, inicialmente planteado como un concepto global se ha ido reduciendo a un indicador de grupo de riesgo, eliminando así su capacidad explicativa (Menéndez, 1988). Se ha llegado a definir como un conjunto de comportamientos que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras nocivos para su salud (Guerreo-Montoya & León-Salazar, 2010). En este se parte de la premisa de que las conductas de los sujetos pueden explicar el incremento de enfermedades crónico degenerativas, sin embargo, desde la década de los setentas se ha hablado acerca de sus limitaciones, pero no se ha replanteado su uso (Ortiz-Hernández, 2007).

En el concepto de “estilo de vida”, también se privilegian las explicaciones biologicistas, ya que se concibe que la naturaleza humana está determinada por los genes, asumiéndose que la biología es algo inevitable e inmodificable, la biología en sí misma es la responsable de las enfermedades, sin plantearse la necesidad de entender como muchas veces, la biología es producto del ambiente social (Ortiz-Hernández, 2007).

El estilo de vida se ha tomado como un enfoque de riesgo, se habla de que mientras el sistema sanitario requiere un alto presupuesto para influir en el estado de salud, especialmente en la recuperación de la salud, los cambios en los estilos de vida pueden tener una influencia mucho más profunda en el bienestar y la calidad de vida de las personas, por tanto las decisiones que toma cada persona cada día sobre cómo actuar y



relacionarse con su entorno físico y social están influyendo directamente en su estado de salud (Fundación de Educación para la Salud, 2019).

Así mismo, como se describió en el apartado de recomendaciones para la población, se parte del origen de los padecimientos y de ahí se da solución, en el caso de la obesidad por ejemplo, se parte de que esta resulta del balance positivo de energía y la mayoría de los tratamientos clínicos se basan en la restricción del consumo de energía e incremento de la actividad física, (OMS, 2018) y los programas de prevención frecuentemente consisten en proporcionar mediante campañas educativas, información científica a los individuos sobre los riesgos asociados con la adopción de ciertas conductas, ellas relacionadas a la alimentación, actividad física y consumo de alcohol o tabaco y en estas campañas pocas veces se consideran las barreras a las que se enfrentan los sujetos para adoptar estas recomendaciones (Ortiz-Hernández, 2007).

Con este concepto se da por hecho que si la enfermedad tiene su origen en la alteración orgánica de un cuerpo, entonces la sociedad no está obligada a intervenir, será el individuo el que tendría que velar por su bienestar, se asume que los sujetos pueden y desean cambiar sus conductas, desconociéndose los contextos sociales, económicos y culturales en los que se dan las prácticas de la alimentación (Ortiz-Hernández, 2007).

Con base en lo anterior se puede observar, que el modelo médico hegemónico y el concepto de estilo de vida, no cuestionan cuales son los factores que determinan las conductas de las personas, se parte de que cuando los sujetos conozcan sus necesidades, lo que les beneficia y las conductas que los perjudican, entonces eso los motivará a interesarse por su salud y cambiar dichas conductas. Sin embargo Ortiz (2007) menciona, que una de las críticas más importantes que se ha hecho al concepto de estilo de vida es que las estrategias de prevención y tratamiento que han tomado como base este concepto, han tenido una eficacia limitada, la población conoce los factores de riesgo asociados con enfermedad crónica, pero reconoce que no puede cambiar su estilo de vida debido a las dificultades a las que se enfrenta cotidianamente.

#### *La Atención Centrada en la Persona y la importancia de este modelo.*

Retomando el apartado anterior, es necesario recalcar la importancia de cambiar de modelo, como se mencionó antes, el Modelo Médico Hegemónico y el concepto de estilo de vida, han sido criticados durante los últimos años e incluso décadas, parte de esto ha

sido la ineficacia para resolver algunos de los problemas de salud más frecuentes en la población. En cuanto al modelo, se criticó su ineficacia en los que se consideraron los “nuevos” problemas de enfermedad, como los accidentes, la contaminación y en especial el alcoholismo, de este último se desprende la historia de los grupos de autoayuda o AA, como alternativa a la atención médica tradicional que no daba resultados o que simplemente no mostraba interés en el problema (Menéndez, 1984).

Menéndez (1984) señala que tanto la impugnación del “estilo de vida” como el reconocimiento de “la diferencia”, están ligados dialécticamente al desarrollo de las actividades terapéuticas en salud mental, siendo el objetivo común de las nuevas terapéuticas crear situaciones sociales, por lo general comprendiendo grupos de personas, las cuales pueden experimentar y expresar sentimientos y emociones genuinas y comienzan a explorar su verdadero potencial en relaciones más abiertas y fructíferas. Esto se expresa en los grupos de autoayuda en los que hay una disolución del rol profesional del terapeuta en ciertos sectores en los que la psiquiatría no daba resultados al hacer frente a problemas nuevos, personas extrañas a las profesiones medicas tomaron directamente a su cargo los desafíos, creando comunidades terapéuticas para los toxicómanos, centros de consejo y ayuda mutua, grupos de encuentros diversos, los cuales denunciaban la rigidez y la estrechez de la formación psiquiátrica, su conformismo y su radical ineficiencia para responder a las necesidades vitales de aquellos que buscaban ayuda.

Por otro lado Ortiz (2007), menciona que ante las restricciones del enfoque de estilo de vida, se requiere adoptar un nuevo paradigma, que sin desconocer los aportes del primero, permita superar sus limitaciones, menciona el enfoque emergente de la epidemiología social, en el que se intenta entender como los problemas de alimentación y salud se relacionan con procesos sociales, culturales, políticos y económicos.

Barsky y otros (1988) hablan del término “paradoja de la salud” para referirse a la situación que se ha presentado, especialmente en países desarrollados, en los que mientras se alcanzan logros indiscutibles en múltiples macro indicadores de la salud de la población, se utilizan cada vez más los servicios de salud y se aplica “la ciencia y la técnica”, las insatisfacciones de las personas relacionadas con su salud percibida y su bienestar son más frecuentes, las causas de esto se adjudican a la “medicalización” de la sociedad contemporánea y al deterioro de la relación médico-paciente, con abandono o

mal uso del método clínico y expectativas insatisfechas de las personas con los resultados de estas prácticas clínicas y de la salud pública.

Recientemente se han propuesto nuevos modelos de atención en salud con el objetivo de poner en el centro a las personas, considerando sus capacidades y posibles limitaciones para la promoción de la salud, la “Atención Centrada en la Persona (ACP)” podemos pensarlo como un enfoque diferente al modelo de atención tradicional en el área de la salud, la diferencia fundamental es que la enfermedad y el tratamiento deja de ser el centro (sin que esto implique olvidar lo que es necesario para cada persona), siendo la persona (con sus perspectivas, necesidades y contexto) el centro de atención (Bonvecchio-Arenas, et al., 2015).

La ACP, se considera como un acercamiento innovador a la planeación, desarrollo y evaluación del cuidado de la salud que se desarrolla en asociaciones mutuamente benéficas entre los profesionales de la salud, pacientes e incluso sus familias, este tipo de atención es adecuada para pacientes en todas las edades e incluso puede ser practicada en cualquier entorno de salud (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care [ACSQHC], 2010). En el 2001 el Institute of Medicine (US) [IOM] en su documento “Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century” menciona que este enfoque se centra en la experiencia del paciente con respecto a la enfermedad y la atención médica y en los sistemas que funcionan o no funcionan para satisfacer las necesidades individuales de los pacientes. Abarca por lo tanto cualidades de compasión, empatía y capacidad de respuesta a las necesidades, valores y preferencias expresadas del paciente individual, todo esto como respuesta a la frustración expresada por los pacientes en la toma de decisiones, obtención de información, ser escuchados y participación en sistemas de atención que respondan a sus necesidades.

La ACP, se desarrolla en varias dimensiones (Gerteis, 1993):

1. Respeto por los valores, preferencias y necesidades expresadas de los pacientes: brindando oportunidades para estar informado e involucrado en la toma de decisiones médicas. La atención es totalmente personalizada e incorpora competencia cultural.
2. Coordinación e integración de la asistencia: este ámbito se refiere a atender la vulnerabilidad que puede acompañar una enfermedad o lesión, esto mediante la coordinación de la atención, ya sean pruebas, consultas o procedimientos, o gestionar

transiciones suaves de un entorno a otro o de una atención médica a un entorno de cuidado personal.

3. Información, comunicación y educación: atender el deseo de la persona por información confiable, de manera atenta, receptiva y que se adapte a sus necesidades; necesidades de querer saber, de comprender que es lo que esta “mal”, comprender los diagnósticos y saber cómo mantenerse bien, así como las probabilidades y pronósticos.

4. Comodidad física: tomar en cuenta las necesidades físicas de las personas, si estas experimentan dolor, falta de aire o alguna molestia, reconocerla y atenderla con un manejo oportuno, personalizado y experto de tales síntomas.

5. Apoyo emocional, aliviando el miedo y la ansiedad: conociendo que el sufrimiento va más allá que solo dolor físico, atender y entender otros síntomas angustiantes que abarcan dimensiones emocionales y espirituales, ya sea ansiedad que acompaña a las lesiones y enfermedades, incertidumbre, miedo al dolor, discapacidad, soledad, impacto financiero o efecto de la enfermedad en la familia.

6. Implicación de familiares y amigos: identificar a los familiares y amigos en los que la persona pueda confiar, involucrándolos de manera apropiada en la toma de decisiones, apoyándolos como cuidadores, haciéndolos sentir bienvenidos y cómodos en el contexto de la prestación de atención y reconociendo sus necesidades y contribuciones.

Se recalca la importancia de comprender que centrarse en el paciente significa tener en cuenta el deseo de la persona de obtener información y compartir la toma de decisiones, para así responder de la manera adecuada (Stewart, 2001).

De igual forma se han considerado conceptos básicos de la atención centrada en el paciente, empezando por la dignidad y el respeto, dentro de los cuales los profesionales de la salud escuchan y honran las perspectivas y elecciones de pacientes y familiares, sus conocimientos, valores, creencias y antecedentes culturales; el intercambio de información en la que se comparte como ya se ha mencionado antes, información de manera afirmativa y útil, oportuna, completa y precisa para que las personas puedan participar efectivamente en la atención y sobretodo en la toma de decisiones; alentar y apoyar la participación de las personas e incluso sus familiares en las decisiones que tomen; uno de los conceptos más importantes es la colaboración de los pacientes, las familias, los profesionales de la salud y los líderes de la atención médica, para desarrollar,

implementar y evaluar políticas y programas, investigaciones, diseño de instalaciones y formación de personal de salud (Institute of Patient and Family Centre Care, s/f).

Además de todo lo descrito anteriormente, podemos agregar que la ACP orienta hacia una praxis donde las y los profesionales de atención directa, además de atender las necesidades de las personas, se convierten en “empoderadores” de las personas, las y los profesionales se relacionan desde el conocimiento de las historias de vida y desde la escucha, buscando oportunidades y apoyos para que cada persona usuaria pueda desarrollar sus capacidades, tener control sobre su vida cotidiana y en consecuencia sentirse mejor. Podría llegar a pensarse que la ACP requiere de un gran esfuerzo, pero es un esfuerzo que merece la pena, porque busca una mejor vida para las personas, en un proceso donde la persona tiene un papel central y activo (Martinez-Rodriguez, Díaz-Veiga, Rodríguez-Rodriguez & Sancho-Castello, 2015) .

En cuanto a la práctica diversos estudios han mostrado su eficacia en la atención a la salud. Se ha relacionado la ACP con cargos económicos menores en la atención en salud, menor utilización de recursos médicos, disminución de la ansiedad y aumento de la confianza en los médicos, menores visitas, menos hospitalizaciones y menos pruebas de laboratorio y diagnóstico ordenadas (Bertakis & Azari, 2011). Así como también incrementa la satisfacción en el paciente (ACSQHC, 2010).

Como otros beneficios se ha visto también su asociación con el decremento de la mortalidad en pacientes que tuvieron infarto agudo al miocardio (Meterko, Wrigth, Lin, Lowy & Cleary, 2010), en pacientes con enfermedades crónicas se ha encontrado que la ACP, puede mejorar el manejo de la enfermedad, aumentar la satisfacción del paciente y del médico, incrementar el compromiso del paciente, reducir la ansiedad y mejorar la calidad de vida (Stewart, et al., 2000; Stewart, 2001; Bauman, Fardy, & Harris, 2003), así como también se han encontrado mayor satisfacción del paciente en consulta médica (Hall, Roter, & Katz, 1988; Kinnersley, Sttot, Peters, & Harvey, 1999). Además de que se ha asociado con la resolución de las preocupaciones del paciente (Henbest & Stewart, 1990).

## **Lo que las personas esperan en la atención de un profesional de salud, lo que se espera sobre los nutriólogos**

Según Stewart M (2001), los pacientes desean una atención centrada en ellos, que explore la razón principal de su visita, sus inquietudes y la necesidad de información, que busque una comprensión integrada del contexto de los pacientes, de su persona completa, sus necesidades emocionales y sus problemas de vida, que encuentre un terreno común sobre cuál es el problema y se resuelva mutuamente y que mejore la prevención y promoción de la salud junto con la relación continua entre el paciente y el profesional de la salud.

Se ha insistido entonces en las principales cualidades que los pacientes esperan encontrar en sus médicos: que los escuchen y comprendan, que se interesen por ellos como seres humanos, que tengan competencia profesional, que se mantengan razonablemente actualizados y que no los abandonen (Smith, 1982). Así como también se ha registrado que los pacientes desean ser tratados como personas y no como casos de una enfermedad acerca de la cual los médicos lo saben todo y los pacientes nada, notando también que las intervenciones médicas basadas en una praxis unidireccional resultan insuficientes, si no se incluye el punto de vista y las necesidades de los pacientes (López-Ramón, Ávalos-García, Morales-García & Priego-Álvarez, 2013) .

Ortiz (2007) menciona que a pesar de que cada vez existe mayor claridad sobre las características de la dieta asociada con menor morbilidad y mortalidad, un problema al que frecuentemente se enfrentan los profesionales de la salud es que la mayoría de las personas no logran adherirse a sus recomendaciones. Y en el mismo documento cita a Davison et al (1992), que menciona que esta situación desde la perspectiva de los profesionales se debe a dos cosas: la primera, que no existe un conocimiento preciso sobre el peligro potencial asociado con ciertos aspectos de su conducta diaria, asumiendo que si el conocimiento se incrementara, la gente podría decidirse por el cambio de sus hábitos; y la segunda, es la existencia de determinadas actitudes de la gente, las cuales asumen que hay fuerzas que están fuera de su control, impidiendo el cambio de conductas, por ejemplo creencias religiosas acerca de que las enfermedades son “castigos divinos” o la concepción de un “destino” que no puede ser modificado.

Pero... ¿Qué dicen las personas? ¿Qué es lo que influye en sus hábitos? ¿Qué papel estamos jugando los nutriólogos?

En una investigación cualitativa realizada en Chile en el año 2015, se buscó profundizar en la percepción sobre los factores que favorecen la asistencia al control nutricional de hombres adultos pertenecientes a un programa de Salud Cardiovascular (35-64 años), evaluando varios aspectos entre los que se encontraban: aspectos psicológicos como la motivación, y autoestima de los usuarios; el entorno social, influencias de su familia, amigos y trabajo; la relación entre la nutricionista y el paciente; los factores asociados al tratamiento, adherencia a la dieta terapia y el tiempo demandado en la asistencia a controles. Entre los resultados que se obtuvieron se encontró que la razón dominante por la que los hombres asistían a los controles nutricionales fue el cuidado de su estado de salud y el control de su patología de base buscando lograr esto a través del apoyo profesional del nutricionista que los atiende, también es importante recalcar que ellos referían cierta preocupación y temor de convivir con enfermedades crónicas, al percibir como parte del conocimiento colectivo, los efectos negativos de estas enfermedades y la importancia que conlleva el cambio de hábitos en estilos de vida, aunque expresan sentirse limitados a realizar las indicaciones entregadas por el nutricionista debido a la situación económica, el tiempo o tipo de trabajo que desarrollen. Dentro de la manera en la que influye la relación profesional-paciente, se plantean dos lineamientos en esta investigación, el primero fue que algunos pacientes mencionaron recibir una buena indicación, sin embargo, el obtener resultados no depende de cómo se les entregue la información, si no de su interés por seguir dichas indicaciones y el segundo fue que las indicaciones entregadas por el profesional no están dentro del nivel socioeconómico de algunos sujetos, lo que afecta directamente en el cumplimiento de sus metas nutricionales y control metabólico, y que algunos cambios solicitados son a corto plazo, por lo que es visto como una limitante al momento de realizar su tratamiento. Se menciona como aspecto relevante que por diversas circunstancias, el nutricionista y otros profesionales de la salud, entregan sus indicaciones sin condicionar o profundizar en la realidad de la persona que se está atendiendo (Troncoso, Contreras & González, 2016). Esto concuerda con lo mencionado en otras investigaciones cualitativas realizadas en personas con sobrepeso y obesidad, en las que se dice que aunque existen muchas recomendaciones consideradas pertinentes para afrontar el fenómeno de la obesidad y el sobrepeso, estas no se adecuan a las características contextuales de las personas interesadas ni tienen efectos en ellas (Briggs, 2003; Angulo-Muñoz, 2014).

En cuanto a lo que las personas piensan acerca de los nutriólogos o lo que esperan de ellos, una investigación cualitativa, realizada en personas pertenecientes a Centros de

Salud de Atención Primaria en Chile, identifiqué que las personas consideran que el nutricionista es importante porque trata las enfermedades desde la alimentación y eso hace más completo todo, se percibe como un profesional cercano, con una comunicación más fluida y como el único indicado para la modificación de las dietas, y para ellos es importante la empatía que muestre el profesional en la consulta, el buen trato y la disponibilidad de escuchar siempre al usuario, especialmente porque los problemas alimentarios están asociados a condiciones psicológicas o sociales particulares y para que el tratamiento sea efectivo, los pacientes consideran que es necesario que la persona confíe en el nutricionista como un profesional completo, capacitado para entregar un buen tratamiento y de calidad (Oliva, Buhring, Godoy & Bustos, 2010).

Otro trabajo realizado en México (Castro-Sánchez, 2007), busco analizar la experiencia que los pacientes con diabetes han tenido respecto a la intervención nutricional, buscando indagar en por qué acuden o se ausentan de la consulta de nutrición y cuál ha sido el impacto o los cambios generados a partir del cambio de alimentación. Se encontró que los pacientes perciben “la dieta” como un ideal casi imposible de realizar, la conocen como “dieta rigurosa” y se identifica como “la lista, hoja o papel de la nutrióloga” refiriéndose a un plan nutricional estandarizado que reciben los pacientes después de la consulta de nutrición. Los pacientes reconocen que las dietas son “buenas” y que las nutriólogas hacen bien su trabajo al indicar la mejor manera (mas nutritiva y racional) de comer y controlar los niveles de glucosa en la sangre, sin embargo rara vez logran llevar a cabo estas recomendaciones, las perciben como una imposición corporal, familiar y económica a la cual los pacientes se resisten o desafían ya sea abandonándola o adaptándola. Se encontró también que para las personas del medio rural y/o de escasos recursos, la dieta constituye algo muy costoso, inaccesible e incluso exótico, ya que las prescripciones llegan a incluir insumos o productos fuera de sus posibilidades económicas o alimentos que no se consiguen en el lugar donde viven. Por otro lado, los hombres que trabajan en el campo, consideran que las recomendaciones no están adaptadas a las necesidades del trabajador sino más bien, están orientadas a hombres de ciudad que trabajan en oficinas y que realizan actividades que no requieren grandes esfuerzos físicos. Esta investigación incluso propone el diseño de un programa de capacitación enfocado a dotar de herramientas cualitativas y participativas al personal de salud y de nutrición, e incluso la elaboración de un manual sobre las competencias sociales y culturales para el trato con los pacientes crónicos (Castro-Sánchez, 2007).



En cuanto la formación de los profesionales de la nutrición, se habla de que ha sido basada en un sistema “convencional”, que se basa en supuestos “erróneos” conceptuales, estratégicos y metodológicos, principalmente el desconocimiento del contexto cultural y la referencia a un modelo de modificación de la conducta humana donde prevalece lo racional (manifestándose aquí el Modelo Médico Hegemónico: basta con “saber” para modificar hábitos y comportamientos), todo esto con resultados poco optimistas debido al bajo impacto que se tiene en el cambio de hábitos alimentarios, por lo tanto existe una necesidad de aplicar un enfoque distinto basado en una mejor comprensión de los determinantes de la conducta humana y la comunicación (Adrein & Beghein, 2001).

### **Otros aspectos que se pueden incluir en la atención que brinda un profesional de nutrición**

Como ya se ha mencionado antes, una de las características del MMH es el rol pasivo del paciente así como el rol paternalista del profesional de la salud y que existe una necesidad de cambiar esta relación, orientándola hacia un contexto de igualdad para dar voz a las personas, promoviendo su participación para así establecer una toma de decisiones compartida.

Según Soanes & Stevenson (2004) la palabra “participación” se refiere a estar involucrado y formar parte de algo (Sahlsten, Larsson, Sjöström, & Plos, 2008). Aplicar esta definición en la práctica podría mejorar la calidad, la eficiencia y los resultados en la salud de los pacientes al desempeñar un papel mucho más activo en su atención médica (Coulter & Ellins, 2007). La participación de los pacientes se entiende como la participación en las decisiones relacionadas con su condición (a través de un consentimiento informado o un plan de terapia), esta participación requiere tanto de la activación del proveedor de la atención como de la persona que la recibe (Castro, Van-Rgenmortel, Vanhaecht, Sermeus, & Vanh-Hecke, 2006). Este tipo de relación con el paciente ha mostrado efectos positivos en la calidad de la atención, entre ellos mayor seguridad (Lomgtin, Sax, Leape, Sheridan, Donaldson, & Pittet, 2010) y mayor satisfacción del paciente (Fudge, Wolfe & McKevitt, 2008), así como también se ha visto a los profesionales de la salud tener más empatía y mejores habilidades de comunicación (Tempfer & Nowak, 2011), lo que a su vez resulta en pacientes con más información y empoderados (Llyod-Evans, et al., 2004).

Fomentar la participación del paciente incluye una interacción o serie de interacciones en la que la persona que recibe la atención está activa, proporcionando información para

ayudar al diagnóstico y la resolución de problemas, compartiendo sus preferencias y prioridades para el tratamiento, haciendo preguntas y/o contribuyendo a la atención para satisfacer sus necesidades, preferencias y prioridades ( Haywood, Marshall, & Fitzpatrick, 2006).

Se ha hablado del “empoderamiento del paciente” como un concepto que se introdujo para permitir a los pacientes deshacerse de su papel pasivo y de esta forma involucrarse activamente en el proceso de toma de decisiones sobre su salud y calidad de vida. Se centra principalmente en ayudar a las personas a obtener el control sobre los factores que pueden afectar su salud, se considera a los pacientes como los expertos en sus propios cuerpos, síntomas y situaciones, complementando entonces el conocimiento empírico de las personas con los conocimientos profesionales del personal de salud. Se considera que las personas tienen el derecho y la capacidad de tomar sus propias decisiones, tienen la capacidad de autonomía (Castro, Van-Rgenmortel, Vanheacht, Sermeus & VanHecke, 2016). A través de la interacción con los profesionales de la salud, los pacientes pueden desarrollar nuevas perspectivas, reconfigurar y reinterpretar su enfermedad, lo que da como consecuencia un mejor ajuste a su condición a largo plazo (Barr, Scholl, Bravo, Faber, Elwyn, & McAllister, 2015).

Tanto promover una participación activa como empoderar a la persona se refieren a permitirles hacer buen uso de sus conocimientos disponibles al proporcionarles herramientas, técnicas y apoyo, esto ha sido particularmente visto en pacientes con enfermedades crónicas, los cuales han trasladado gradualmente desde el consultorio a su vida cotidiana el tratamiento o manejo de sus enfermedades (Chatzimakakis, 2010). Implica una co-creación de conocimiento, en lugar de una simple transferencia (Castro, Van-Rgenmortel, Vanheacht, Sermeus & VanHecke, 2016).

El hecho de que los pacientes deben “saber”, “ser capaces” y “querer”, implica que el empoderamiento y la participación, incluyen educación, capacitación, práctica, herramientas y técnicas para el autocontrol y factores motivadores para que obtengan los resultados esperados (Chatzimakakis, 2010). Se espera entonces que los pacientes participen de su atención médica, que estén informados y sean capaces de ajustar su comportamiento para mantener una buena salud ( Hendriks & Rademakers, 2014).

Pero ¿de qué forma? ¿Cómo las personas aprenden a llevar estos conocimientos a su vida cotidiana?

Para iniciar esta apartado resulta indispensable hablar de lo que significa aprender. Según la Real Academia de la Lengua Española (2018) Aprender significa adquirir el conocimiento de algo por medio su estudio o experiencia. Sin embargo la definición de “aprender” o “aprendizaje” ha tenido una historia extensa, pasando por varias teorías y escuelas. Antes del siglo XX se encuentra la teoría mentalista, que considera al aprendizaje como un proceso de adiestramiento de la mente que contribuye al desarrollo de la imaginación, la memoria y el pensamiento, y por otro lado está la teoría naturalista, la cual considera que el ser humano es bueno por naturaleza y tiende a la perfección si no se interfiere negativamente desde el exterior. Posteriormente en la década de los 80’s H. Ebbinghaus, afirmó que los contenidos aprendidos no se olvidan al mismo tiempo, si no que permanecen aquellos significativos y bien estructurados. A partir del siglo XX aparecen escuelas como el conductismo que concibe el aprendizaje como resultado de la formación de conexiones entre estímulos y respuestas; así también el cognitivismo-gestaltismo, ve al aprendizaje como el producto de una reorganización de percepciones y de la formación de nuevas relaciones. Y finalmente en 1976 Hergenhahn define el aprendizaje como un cambio relativamente permanente en la conducta que se produce a partir de la experiencia y no puede ser atribuido a un estado temporal somático inducido por enfermedad o fatiga, de esta manera se contempla la experiencia como la condición esencial para el aprendizaje e incluye los cambios en las posibilidades de la conducta, el alumno entonces integrara sus conocimientos y destrezas a lo largo de la vida, en un proceso en el que intervienen las capacidades naturales, el nivel de madurez y la interacción con su medio (Federacion de Enseñanza de CC.OO. de Andalucía, 2009).

Los paradigmas del aprendizaje se dividen en tres grandes grupos con sus diferentes autores representativos y el énfasis en un concepto distinto: el primero es el “conductista”, que ya se había mencionado anteriormente, el cual se centra en la conducta por medio de estímulos y respuestas, el cual tiene como mayores representantes a Pavlov y Watson; el segundo el “humanismo” centrándose en la persona humana y en su integridad; el “cognitivista” con el conocimiento de la realidad, por medio de la observación y de la imitación de las conductas, así como el aprendizaje por medio de instrucciones y secuencias, representados por Bandura y Gagné; el paradigma “socio-histórico” que habla del papel de cultura en el desarrollo humano y finalmente el “constructivismo” que se centra en el modo en el que se aprende y como este general el desarrollo persona, aquí se considera al sujeto como un agente activo, representado por Piaget, Bruner y Vigostsky (Ferreiro, s/f)

Para fines de esta investigación es importante centrarse en tres paradigmas que concuerdan con el modelo de ACP.

El humanismo es un paradigma de la educación que surge durante el renacimiento, sin embargo sus propuestas se hacen más presentes durante el siglo XX como respuesta a la deshumanización, provocada por la industrialización y comercialización de la sociedad, en la que el ser humano vive inmerso en el mundo de la información pero ya no es capaz de comunicarse. El humanismo se centra en el estudio integral de la persona con toda la complejidad que esto implica. Aprender es más que un desarrollo cognoscitivo también implica un desarrollo emocional, social y moral (Aizpuro, 2008).

La epistemología constructivista, se centra en decir que el aprendizaje es una construcción activa de conocimiento y no recepción pasiva de información, en el cual el conocimiento es activamente construido por los individuos, grupos o comunidades sociales; de esta manera la valoración del aprendizaje se considerada cualitativamente y se presta atención a qué tipo de estructuras de conocimiento construyen los estudiantes y como lo hacen (Tynjälä, 2001). A pesar de que existen diferentes teorías del aprendizaje, hay algunas características comunes en el pensamiento pedagógico actual, como: el hecho de que el aprendizaje este centrado en el aprendiz, enfatizando el rol activo del estudiante y la actividad del estudiante como el punto focal de cualquier situación de aprendizaje, el profesor es un guía; el proceso de orientación anima a los estudiantes a enfocarse en la comprensión y el aprendizaje significativo, en lugar de solo memorizar y reproducir la información (Tynjälä, 2001).

Por otro lado, se habla también de que el conocimiento que se transmite en forma de aprendizaje debe estar estructurado con respecto al conocimiento que ya posee el alumno. El aprendizaje debe ser una actividad significativa para la persona que aprende y dicha significatividad está directamente relacionada con la relación del conocimiento nuevo y el que ya posee la persona. El aprendizaje resulta muy poco eficaz si se basa únicamente en la repetición mecánica de elementos que el alumno no puede estructurar, aprender es sinónimo de comprender, por tanto lo que se comprenda será lo que se aprenderá y recordara mejor ya que queda integrado en la estructura de conocimientos de la persona (Carretero 1997).

¿Qué papel juega la educación en el aprendizaje en el ámbito de la salud?

Se dice que la educación se produce a través del proceso de aprendizaje y podemos mencionar que el proceso de aprendizaje gira alrededor de tres factores fundamentales: profesor, alumno y los conocimientos (Federación de Enseñanza de CC.OO. de Andalucía, 2009). Para lograr que un conocimiento genere significado, este debe ser producto de la interacción entre la identificación del conocimiento y la utilización, es decir la comprensión. Un aprendizaje se efectúa cuando una persona recoge información de su entorno en función de un proyecto personal y aquí entra el trabajo del docente o educador, que es preparar esta interacción de manera que sea accesible y que genere sentido para la persona (Meirieu, 1992).

Dentro de la teoría de aprendizaje significativo, aprender debe ser mucho más que simplemente almacenar informaciones en la estructura cognitiva existente y por lo tanto está lejos de ser un fenómeno pasivo. Es importante que para la persona el aprendizaje tenga sentido en su vida, de esta manera si el aprendizaje logra tener significado el aprendiz crece, tiene una buena sensación y se predispone a nuevos aprendizajes en el área, de lo contrario, si se fomenta un aprendizaje mecánico (de memorización) el aprendiz desarrolla una actitud de rechazo a lo que se intenta enseñar y no se predispone a aprender. (Moreira, 2017).

Ausbel (s/f) menciona que la tarea del educador no debe basarse en un objetivo que está en blanco o que el aprendizaje comienza desde cero, sino que deben tomarse en cuenta las experiencias y conocimientos que afectan el aprendizaje. Otra parte importante a tomar en cuenta es lo que menciona Gowin, (1981), acerca de la interacción personal, ya que recalca que la negociación de significados entre estudiante y profesor es fundamental para la captación de significados. Lo cual concuerda con lo que dice Freire (2007), acerca de que la enseñanza no debe ser monológica si no dialógica, el docente debe hablar menos y crear más espacios para que el estudiante se exprese, hable y sea más activo, participativo, haciendo preguntas y exteriorizando los significados que va captando (Moreira, 2017).

Siguiendo esta línea, el educador humanista por su parte cumple con ciertos rasgos o características entre las que se encuentran interesarse por el alumno como persona total, mantener actitud receptiva, fomentar la cooperación, tener empatía con sus estudiantes así como sensibilidad hacia sus percepciones y sentimientos y rechazar posturas autoritarias y egocéntricas. Se dice entonces, que la educación humanista permite a los alumnos aprender mientras el educador impulsa y promueve todas las exploraciones,

experiencias y proyectos que los alumnos decidan emprender, consiguiendo así aprendizajes vivenciales con sentido (Rodríguez, 2013).

En el ámbito de la salud, la educación se considera como una herramienta preventiva y promocional, y surge como una necesidad de proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar su salud, a través de la modificación de conductas de riesgo. En la Asamblea Mundial de la Salud número 36, se definió la educación para la salud como “cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en que las personas sepan cómo alcanzar niveles de salud óptimos y busquen ayuda cuando lo necesiten” (Macías, Gordillo & Camacho, 2012)..

La educación para la salud, implica un proceso de aprendizaje, en el que el individuo desaprende los hábitos nocivos para su salud y re aprende aquellos que son saludables, es decir, son capaces de modificar sus conductas (Macías, Quintero, Camacho, & Sánchez, 2009).

Entonces si el papel del educador es facilitar el aprendizaje y trabajar conjuntamente para lograr que éste tenga significado, especialmente en el área de la salud, sería importante dejar a un lado la idea de que la educación debe ser una concepción lineal, en el que el sujeto sea pasivo, receptivo y en actitud de escucha, ya que sería más útil integrar los conocimientos en el proyecto de la persona, para que vivan dentro del mismo y para el mismo (Meirieu, 1992) y que se relacionen con ámbitos en su vida y en su salud.

En el ámbito de la nutrición, la educación se ha orientado a que conozcan alimentos, sus riesgos y bondades, sus procesos de selección, preparación conservación, cocción y utilización más adecuados para tener un buen estado nutricional, formar, capacitar, motivar, incidir sobre las actitudes y valores para tener como resultado cambios que apunten al desarrollo, orientando a los individuos y las comunidades en nutrición y salud, sin atropellarlos ni que se sientan frustradas sus aspiraciones de ser y estar mejor (Alzate-Yepes, 2006). Sería relevante, para lograr los objetivos de la educación nutricional, la incorporación de elementos educativos de los paradigmas educativos, que consideran la capacidad de agencia de las personas, lo cual implicaría como se ha descrito antes, promover su participación activa para mantener o mejorar su estado de salud.

Es importante resaltar que para todos los temas relacionados con nutrición, alimentación y salud, las estrategias de educación deberían tener en cuenta la realidad social,

económica y cultural de sus protagonistas, así como usos, costumbres y preferencias, reconociendo todas las circunstancias y situaciones a las que se presentan todas las personas (Hellín, López & Pujante, 2012).

Anteriormente ya hablamos de como la atención a las personas en el tema de salud se ha regido por un modelo jerarquizado y que fomenta la pasividad de las personas entre otros aspectos, un modelo que no fomenta el aprendizaje si no el discurso, y que al analizarlo no concuerda con aspectos importantes para generar un impacto permanente en la vida de las personas, aprendizaje a largo plazo para mejorar su salud y prevenir enfermedades.

Por lo tanto, así como lo menciona Rozo de Arévalo (2002), es necesario construir un nuevo sistema educativo en salud, que contemple la formación integral (social y personal) del ser humano, la comunicación, el desenvolvimiento emotivo y la expresión creativa. Como ya se mencionó anteriormente la ACP ha mostrado beneficios en combinar la visión humanista y la educación en salud,

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la experiencia de mujeres con sobrepeso que han hablado con algún profesional de la salud sobre su alimentación y su peso corporal?

## **SUPUESTO**

Las mujeres con sobrepeso que han hablado con profesionales de la salud sobre su alimentación y su peso corporal han tenido experiencias en las que no se han sentido escuchadas y han generado efectos negativos en la relación con su peso corporal

## **OBJETIVO GENERAL**

Conocer la experiencia de mujeres con sobrepeso de la Ciudad de México que han tenido acercamientos con profesionales de la salud para hablar de su peso corporal

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

### **Objetivos específicos**

- Conocer la experiencia de mujeres con sobrepeso al acercarse a profesionales de la salud para hablar sobre su peso (Investigación cualitativa)
- Evaluar los hábitos actuales de alimentación y AF de las personas que asisten a consulta nutricional en los Consultorios de atención nutricional de la UAM Xochimilco
- Dar consulta nutricional usando los principios de la ACP y las habilidades de la EM como base de la comunicación
- Dar seguimiento a los hábitos de alimentación y AF de los consultantes



## **METODOLOGIA**

Se realizó una investigación de tipo cualitativa con una aproximación basada en estudios de casos para conocer la experiencia de mujeres con sobrepeso de la ciudad de México al hablar sobre su peso corporal con profesionales de la nutrición, para lo cual se utilizaron entrevistas a profundidad, que fueron audiograbadas y posteriormente transcritas para su análisis. Todas las participantes recibieron y firmaron un consentimiento informado.

### **Método de muestreo**

Se utilizó un método de muestreo a conveniencia en el que se buscó que las participantes fueran mujeres de entre 20 y 50 años de edad, con sobrepeso ( $IMC >25 \text{ kg/m}^2$ ), con al menos un acercamiento a una consulta y/o asesoría con un profesional de la salud y/o nutrición enfocada en su alimentación y/o su peso corporal.

Se recolectó información de tres participantes, las cuales fueron reclutadas dentro de aquellas que asistieron a los Consultorios de Atención Nutricional dentro de la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco, en el periodo de Octubre 2018 –Junio 2019. De las participantes reclutadas, dos son alumnas de la universidad con 21 y 23 años respectivamente, y una es una persona externa a la universidad con una edad de 47 años. A cada una se le pidió su participación voluntaria y se le otorgó un formato de consentimiento informado.

### **Colección de datos**

Para cada participante se realizó una entrevista a profundidad con duración de 1 a 2 hrs, dependiendo buscando agotar los temas contemplados en la guía de tópicos.

Para cada entrevista se utilizó el mismo formato de guía de entrevista con preguntas que abordan temas como: “la primera vez que alguien les dijo que tenían sobrepeso”, “¿cómo se llegó a ese peso?”, “¿cuál es el significado que le han dado a esto?”, “su percepción corporal”, “la experiencia con profesionales de la salud”, “si alguna vez han intentado perder peso y ¿cuáles son los tratamientos que han llevado para lograrlo?”, “¿cómo ha sido la experiencia con esos tratamientos?” y finalmente “¿cómo perciben ellas que debería ser el perfil de un profesional de la salud y el acompañamiento que este aportó?”.

Las entrevistas se llevaron a cabo en el Laboratorio de Nutrición y Actividad Física de la UAM Xochimilco.

#### Análisis de datos

Cada entrevista fue transcrita en su totalidad para posteriormente ser dividida de acuerdo a la guía de entrevista y analizada. Se llevó a cabo un análisis de contenido con énfasis en las experiencias con los profesionales de la nutrición al hablar acerca de su peso corporal y se dividieron en tres categorías: 1) afectos no deseables de la intervención con un profesional de la salud; 2) dificultades y necesidades no cubiertas en la consulta; 3) Lo que solicitan de los profesionales de la salud que apoyan en temas de alimentación y peso corporal

Reporte de las consultas otorgadas. Para fines de este reporte se incluye el reporte y análisis de las personas atendidas dentro del Servicio de Atención Nutricional en la UAM-X, en el periodo de Octubre 2018- Julio 2019.

## RESULTADOS

A continuación se muestran algunas características de las participantes.

	Edad	Ocupación	Estado civil
1	47	Ama de casa	Casada
2	23	Estudiante	Soltera
3	22	Estudiante	Soltera

### 1. Resultados de entrevistas

Como se mencionó anteriormente, dentro de las entrevistas se tocaron diferentes aspectos de las vivencias de mujeres con sobrepeso, sin embargo en este reporte se hará el enfoque al acercamiento con profesionales de la salud para hablar sobre este tema. Se dividieron estos resultados en tres subtemas:

1. Efectos no deseables de la intervención con un profesional de la salud
2. Dificultades y necesidades no cubiertas en la consulta
3. Lo que solicitan de los profesionales de la salud que apoyan en temas de alimentación y peso corporal

Es importante mencionar que dentro de los profesionales de la salud a los que hubo acercamiento por parte de las mujeres entrevistadas, se encuentran principalmente nutriólogas, médicos bariátricos y médicos generales.

#### *Efectos no deseables de la intervención con un profesional de la salud*

Cuando se les preguntó a las participantes sobre sus experiencias o acercamientos con profesionales de la salud para hablar sobre su peso corporal y la manera en la que estos acercamientos influyeron sobre su experiencia, las participantes comentaron sobre algunas experiencias que recuerdan de manera negativa o que provocaron alguna reacción no deseable en ellas.

Con respecto a actitudes o formas de actuar de los profesionales de salud se comenta que se tiene una percepción en la que dentro del ámbito médico no suelen ser vistas u observadas, en el que se les habla desde un protocolo sin tener en cuenta lo que ellas están realizando, respondiendo únicamente al hecho de que tienen sobrepeso e

indicándoles que tienen que bajar de peso realizando ejercicio y haciendo dieta, así lo menciona una de ellas:

“Aja, y entonces cuando uno va a consulta de medicina familiar porque ya estás en seguimiento de que cada mes te van a citar para checarte niveles o simplemente para darte medicamento... “es que tiene que bajar de peso, es que esto...” porque al final ellos solo ven el numero en la báscula pero si yo he estado haciendo ejercicio sé que alomejor mi composición cambió, lo noto en mi ropa por ejemplo ¿no? pero ellos solamente ven lo que pesas ...” (P. 1)

Continuando con esto, refieren percibir que no son atendidas desde un manejo integral, si no que únicamente se les dan indicaciones sin las facilidades para realizarlas, como por ejemplo acceso a instalaciones deportivas o consultas psicológicas o de nutrición, que al final se describe como un trato indiferente, sintiéndose como “un número más”.

Se menciona que dentro de la consulta nutricional han tenido experiencias que no las han hecho sentir cómodas, ya que se sigue el modelo de prescripción sin tomar en cuenta sus opiniones y gustos, horarios o capacidades físicas, así como comentarios en modo de regaño o reclamo en los que se moraliza la situación haciéndolas sentir desanimadas, preocupadas por su situación de salud y como adaptar su vida a esas recomendaciones que se salen de sus capacidades y horarios, por ejemplo:

“Y me dijo “tiene que comer siete veces al día” y yo dije ¡siete veces!... ¿Cómo le hago para comer siete veces? No me da el día porque tendría que empezar a comer a las 6 de la mañana, ahorita están de vacaciones mis hijos la verdad yo no me estreso en levantarme a las 6 de la mañana porque ya sé que entrando ellos a la escuela me tengo que levantar a las 5 de la mañana...” (P. 1)

Esto tiene como consecuencia que ellas se sientan estresadas, y refieren que estas recomendaciones no les hacen sentido, fomentando por otro lado preocupación con comentarios como:

“usted tiene que consumir 1200 calorías, son las mínimas para que su cuerpo funcione y eso para que pueda respirar caminar, 1200 de ahí lo que coma... lo único que no engorda es el agua y el aire, de ahí todo lo demás que se coma lo va a engordar” (P. 1)

“muy mal subiste 1.200 o 1.800... si no estás haciendo la dieta te voy a cambiar a un régimen más estricto” (P.1)

Al sentirse estresadas y preocupadas por los comentarios que van a recibir o la atención que les brindaran ellas deciden no continuar con la atención y lo expresan de la siguiente manera:

“El estar pensando cómo me iba a tratar en la siguiente cita ¿no? entonces no era una situación cómoda, yo creo que un servicio te tiene que hacer sentir cómodo si no pues no tiene caso que lo tomes... ¿no?” (P.1)

“Aja pero por ejemplo tenía la cita con la nutrióloga el jueves y mejor la cancelé porque yo dije “ni he venido seis días a la semana, ni he hecho la dieta al cien y no quiero que me vaya a regañar” entonces mejor la cancele“ (P.1)

“Pero solo fui yo creo que una vez o sea no fue así como ah sí lo voy a hacer, no. No no como no me gustó, entons mejor ¿no regreso?...” (P.2)

Se percibe un trato agresivo, que no genera empatía, en el que la situación no es cómoda y que las lleva a optar por otras alternativas o intentar ellas mismas buscar soluciones para controlar su peso sin el asesoramiento de un profesional.

“Pero bueno no me quede con eso de “subiste de más y ahora te flagelas y te matas de hambre” dije “no o sea, intentare seguir con el ejercicio, intentare hacer lo que este de mi parte y pues a ver que sale” (P.1)

En cuanto a temas de tratamientos que han recibido y que no tuvieron efectos positivos en ellas se menciona el uso de terapias alternativas como la mesoterapia. Así como medicamentos que han tomado pero han preferido dejar de tomar como “Oristalt”

Con respecto al tema de alimentación en general se habla sobre dietas altas en proteínas, bajas en hidratos de carbono, en las que existen alimentos “prohibidos” y alimentos “permitidos” variando si la cantidad de alimentos permitidos es libre o medida, entre los alimentos que no pueden consumir se encuentran fruta, dulces, pastas, harinas blancas, pan, esto se refleja en incomodidad o cansancio por un determinado modo de alimentarse, lo que genera poca respuesta a las recomendaciones:

“O sea eso fue a los 16 y la dieta de puras proteínas o sea de “verduras verdes, no comas fruta” y así me la lleve como hasta los 19 que dije “no ya” (P.3)

“Fueron tres años pero fueron como alternados, porque no iba así como todas las semanas, o sea de repente iba, a veces me cambiaba yo solita de dieta porque decía “ya ya estoy harta, ya quiero comer fruta” entonces como que dejaba de ir y así” (P.3)

Además de que se perciben consecuencias negativas de este tipo de alimentación en el que a pesar de que ven resultados en su peso, empiezan a tener otro tipo de síntomas o signos que no son favorables y que hacen que ellas perciban una consecuencia negativa:

“O sea si me gustaba, me sentía muy bien y así pero empecé a tener problemas con los análisis de sangre, por lo mismo de la proteína como que era puro... se me subió el ácido úrico al cielo, eso, el colesterol y yo decía “eso no debería de pasar si estoy haciendo las cosas bien”, (P.3)

“Me preocupa más como la salud y siempre he estado en eso de los análisis y los análisis para ver como esta por lo mismo de las enfermedades de mi familia, entonces fue así como “¿y por qué estoy haciendo esto si no? Al contrario me está perjudicando, en vez de hacerme bien” y ahí fue cuando ya” (P.3)

Otro aspecto muy importante de mencionar es la percepción de lo que consideran que es una “dieta” y lo que esta palabra significa para ellas después las experiencias que han tenido respecto al tema

“Una dieta para mi es restringir la cantidad de la comida que normalmente me como” (P.1)

“A mí me estresa mucho que me digan “una porción de: tantos gramos” o sea eso de estar pesando, el estar midiendo a mí me estresa... o sea me pone de malas, la palabra “dieta” a mí me pone de malas, y no sé si inconscientemente digo “estoy a dieta” y tengo hambre...o sea como me da más hambre y me pongo de malas y me estresa ¿no? entonces...” (P.1)

En las tres entrevistas se menciona el acercamiento con el sistema de equivalentes y la complejidad que ellas perciben de este, lo ven como algo complicado, medir, comparar, “las porciones” no es algo fácil para ellas :

“por porciones porque no siempre traigo mi hojita, es como, salgo mucho o sea comemos mucho en la calle o cosas así entonces es complicado, así de “¿ahora que tenía que comer? Porque no me acuerdo” y ahora opte por tomarle la foto o sea... y ya es como que estoy trabajando un poquito en eso” (P.3)

“Si es... o sea por porciones me cuesta mucho trabajo hacer las cosas, o sea medir y así... o sea yo decía: me voy a acostumbrar, me voy a acostumbrar, pero a veces con la prisa, con el trabajo, con cosas así pues no me doy el tiempo. Entons como que dije ¡aaay no puedo!” (P.2)

“Aja, porque me dice “le voy a mandar un menú muestra ¿no? en el desayuno tal cosa, en la colación tal cosa y tal y tal y tal... y una lista de las equivalencias” “ok, entonces ¿Cómo qué? Agárrate toda la lista ¿Cuánto equivale una manzana? ¿Dónde la sumo? “ o sea... alomejor seria para mi más fácil que dijera “el lunes, este menú... el martes...” como que ya estuvieran hechos los menús para mi ayudaría mucho, ¿no? el hecho de que no “la manzana tantas calorías, pero también equivale a dos tazas de jícama pero también puede ser tres tazas de palomitas...” el que te digan “tantas calorías tienes que comer y aquí están las equivalencias...” súmame quítale ponle, porque aparte no son las mismas equivalencias para mí o sea las calorías que necesito yo que necesita mi esposo, que necesita el de 21, que necesita el de 16... yo entiendo, porque los cuatro tenemos requerimientos diferentes, yo entiendo... entonces ¿tengo que hacer un menú para cada uno? O ¿Cómo le voy a hacer?” (P.1)

Finalmente se menciona que una de las cosas más difíciles de manejar una dieta es el hecho de estar midiendo, ya que la comida pierde placer, se deja de ver a los alimentos como alimentos, cuando la comida se empieza a contabilizar por horarios, por tiempo de comida, deja de ser comida y se convierte en calorías, lo que tiene como consecuencia el ya no disfrutar de esta.

#### *Dificultades y necesidades no cubiertas en la consulta*

Cuando se tocó el tema acerca de lo que hubieran deseado de la consulta o aquellas necesidades que no se han visto cubiertas en sus experiencias, se habla de la falta de preocupación por otros aspectos ajenos al peso, el nombre, etc. En general la falta de

preocupación e interés por saber quiénes son como personas y que es lo que las podría ayudar a ellas específicamente:

“pues... yo creo que eso, o sea yo siento que se hubiera preocupado por otros aspectos, no solo por el peso y no hacerlo tan impersonal eso de “solo se me tu nombre, no sé nada mas de ti” o sea cosas así.” (P.3)

“y a la nutrióloga le dije “es que acabo de tener mi periodo, es que acabo de tener mi periodo hace dos días” “si no importa” entonces yo sé que hay variaciones por eso ¿no?” “puede haber... entonces todo eso que sea como la sensibilidad al paciente porque no es un tema fácil, o sea decidirte a ir con un nutriólogo no es un tema fácil, en primera ya diste el paso y te das cuenta que necesitas ayuda entonces en esa ayuda si como que el trato fuera humano, fuera cordial, amigable, que te explicaran muy bien, que no fuera “tengo programados 10 pacientes entonces los tengo que ver en 20 minutos” ¿no? que si se dieran el tiempo de escucharte o de decir que te gusta que no te gusta, como podemos trabajar... así” (P.1)

En el momento del plan de alimentación también existe la sensación de falta de escucha, de querer opinar con base a su experiencia, sus horarios, sus actividades y no hacerlo, así como la falta de exploración en lo que ellas buscan:

“Aja y me dijo “tiene que comer siete veces al día” y yo dije “siete veces... ¿Cómo le hago para comer siete veces? No me da el día. Comer siete veces al día no no me hace sentido...” (P.1)

Igualmente buscan una manera fácil de poder llegar a su objetivo, una manera en la que medir porciones no sea tan difícil o incluso basarse únicamente en un menú que las ayude a lograr lo que ellas quieren sin tener que complicarse con medidas, raciones y porciones

“ayúdame dime como lo hago, como lo mido o sea alomejor no es que tenga una pesa y mida pro dime algo más fácil o algo... o sea que no lo tenga que medir con pesas si no...pues un bistec o algo así” (P.2)

“alomejor seria para mi más fácil que dijera “el lunes, este menú... el martes...” como que ya estuvieran hechos los menús para mi ayudaría mucho...es que para



los que estamos en este proceso sería súper fabuloso que dijeras no nada más ya sabes te dan tu tabla de equivalentes y entonces eso es engorroso, búscate los equivalentes y ahora chécate que combina con qué y que te ideas de platillo con esos equivalentes” es complicado para... si ya de por si estas a dieta, ahora quiébrate la cabeza haciéndote el menú con los equivalentes...”(P.1)

Por otro lado les gustaría saber o aprender acerca de variedad en los alimentos, que las comidas no siempre sean iguales pero que se mantengan saludables, así como opciones en cuanto a actividad física, recetas, etc.

“¿Cómo puedes echarle un poquito de alguna cosa como para que le des la vuelta al sabor y no te sepa todos los días igual...?” (P.1)

Se menciona también una falta de empatía importante, además la necesidad de un trabajo integral entre nutriólogo y psicólogo, ya que las emociones deberían estar dentro de los temas que se tratan dentro de la consulta nutricional, trabajar en aceptación y autoestima antes de acordar algo respecto al peso, profundizando en todos los factores sociales que pueden influir en sus deseos.

“yo creo que esto de relacionarse e irse más al trasfondo de las cosas, o sea no como enfocarse en “ay quieres bajar de peso ok, entonces vamos a hacer esto” sino ver más allá, porque a lo mejor no siempre van a... aunque bajen de peso o sea, yo lo he visto con amigas, aunque bajen de peso van a estar traumadas o sea todo el tiempo van a estar así de “ay no, tengo que estar delgada y tengo que estar delgada”, trabajar, yo siento que tendría que ser un trabajo integral de un nutriólogo, con un psicólogo, o sea con cosas que hagan así como, la gente que trabaja todo eso, incluir emociones y salud y cosas así” (P.3)

### *Lo que solicitan de los profesionales de la salud que apoyan en temas de alimentación y peso corporal*

Uno de los principales aspectos que cada una resaltó como importante para apoyarlas en temas de alimentación y peso corporal fue la actitud y el trato que recibieron, así como anteriormente se mencionó que este ha llegado a tener un impacto negativo sobre su percepción, igualmente mencionan aquellas veces en las que obtuvieron un impacto positivo gracias a la manera en la que fueron tratadas y vistas.

Se menciona por ejemplo la parte de la motivación, reconocer los logros que han tenido sin importar cuales hayan sido, seguido de comentarios positivos y que no generaban presiones sobre ellas:

“pues la verdad es que tenían un trato súper padre, nunca te decían como “estas gorda” si no te festejaban todo, bajabas un kilo y “felicidades esto esta súper bien, y vamos bien y te vas a ver mejor y ya se te nota “como que te hacían comentarios muy positivos, no no sentía como una presión o cosas así, era muy... la verdad estaba bien estaba muy padre... la verdad si” (P.3)

“Sí. Digo que el doctor tiene un trato muy amable o sea nunca me ha hecho sentir incomoda, al contrario o sea siento que pues hasta te hace sentir cómoda que eso es lo que tú necesitas... pero... o sea sí, yo si me impacté con eso.” (P.2)

“Llegaba yo a la siguiente cita... me citaba cada quince días masomenos, me decía “bajaste 300 gr ¡bravo!” y yo decía “pero no baje de kilo” “no importa, bajaste... lo importante es que bajaste “ al siguiente mes “no baje” “ no te preocupes mientras no subas”... o sea nunca era un regaño de que “es que ¿en qué quedamos? Es que...” ¿no? , “no te preocupes lo intentamos para la siguiente cita” (P.1)

Además de las palabras, el lenguaje no verbal parece ser algo que tiene un impacto significativo en la manera en la que ellas perciben al profesional, en la manera en la que depositan su confianza y se sienten cómodas dentro de la consulta, esto aunado a explicaciones simples y comprensibles de lo que va pasando y sucediendo con ellas, con sus avances y lo que se va a manejar:

“Es importante la sonrisa... que te mire que no nada más este escribiendo en su computadora, que te explique bien lo que está midiendo la báscula... porque al final uno se sube a la báscula y dice “tantos kilos” y alomejor uno no sabe si es agua o es grasa o es musculo y al siguiente mes “sabes que modificamos esto y esto y así” ¿ no? por ejemplo me decía (la nutriologa) “ es que si estás en tu periodo unos días antes sabemos que vas a retener más líquidos” (P.1)

“... y aparte no se tiene también su tono de voz como muy agradable, tons como que pues me da mucha confianza, no la conocía ni nada pero pues como que si fue así como pues te deposito toda la confianza, te digo todo y si pues también...Yo creo que también la personalidad, mucho. A parte siento que me explico todo muy

bien... o sea como que todo lo comprendí, si cuando me... cuando yo le empezaba a decir y apuntaba... a parte no decía nada o sea yo creo que también eso, o sea no hacía como caras ni nada, porque también eso yo creo que te podría dar un poco de desconfianza, pero si yo cuando... también yo pensando así como de “ay si estoy comiendo mucho de esto y así”, o hacer las cuentas si fue de “ay sí, creo que son muchos días, o ay no sí”, esto, pero no la verdad es que fue muy agradable, o sea si no hubiera sido por la huelga yo creo que sí hubiera vuelto.” (P.2)

“Pues no se o sea como... pues que te lo van explicando, te van dando como porque o a la mejor te van diciendo en que te estas equivocando, o no sé cómo que te hacen ver cómo has... no sé cómo... ¿cómo llegaste hasta ahí?” (P.3)

Siguiendo esta línea, está presente de manera importante el hecho de que el profesional se interese más por ellas, que conozca acerca de ellas como personas y no como “números”, que sepan las razones por las que ellas están ahí y que se interesen en conocer más acerca de eso:

“pues bien, o sea si me sacó de onda porque al principio igual te hace como preguntas así de “¿y porque quieres esto? ¿Por qué? ¿O sea cual es la verdadera razón?” y yo así de “pues la verdad es que no tengo idea” o sea como que nadie me había preguntado así de “¿Por qué quieres esto? ¿Cuál es la verdadera razón?” así como profundiza ¿no?” (P.3)

“Incluso me decía ella “lo más importante es seguir el plan, este es nuestro plan” la primera vez si me dijo “¿Cuál es tu meta?” “pues quiero bajar de peso” “¿pero cuánto quieres bajar?” “pues no se” “pues dame un número” “pues dos kilos” “ok”... yo dije “diez kilos en un año” “los divides en meses, tanto, tanto por un mes... es una meta bien realista y bien alcanzable, y si lo vamos a lograr... este es plan. Aja sentías como que se preocupaba por ti como la persona que eras” (P.1)

Interesarse por su vida, a qué se dedica, qué le gusta hacer, que le gusta comer. Viéndolas siempre como una persona no como un paciente al que se le tiene que dar una cita únicamente por el beneficio económico que esto significa para el profesional, buscar tratarlas como personas.

Es importante que se busque adaptar las opciones y el tratamiento a lo que ellas pueden y saben hacer y sobretodo que existan opciones variadas para que puedan seguir las recomendaciones de ejercicio, de alimentación, buscar la manera más fácil para que ellas puedan realizar lo que necesitan para mejorar su salud pero siempre preguntando, siempre pensando en ellas. Esto aunado al compromiso que han tenido lleva a resultados positivos y experiencias que impactan de manera significativa y positiva en ellas. Opciones en las que se les ayude a pensar en alimentos “que cenar, masomenos que comer...”. Dentro de la libertad de consumir alimentos sin “abusar” de ellos:

“Digamos que tenía a parte como libertad o sea como... pues si puedes comerte una hamburguesa a la semana o así pero pus tampoco abuses ¿no? Tampoco es como que el día que comas... pues diferente es como que te comas tres hamburguesas” (P.2)

“y ella me decía “es que no es restringirte, es enseñarte a comer” me decía “podemos comer de todo pero con medida” me decía “si se te antojan los taquitos al pastor, comete tres, si te supieron de diez está perfecto, pero si el cuarto ya no te sabe de diez, ya no te lo comas porque ya no es de diez o sea tres está bien, porque fueron de diez, o sea lo disfrutaste lo paladeaste, se te quito el antojo, pero el cuarto ya...si no es de diez ya es gula”” (P.1)

Refieren que al tener varias opciones, menús, tips de alimentación, de ejercicio, el tratamiento se va llevando de manera más fácil, lo importante es tener opciones. Al final esto resulta en cambios permanentes en su estilo de vida, en el que a pesar de ya no haber continuado con el tratamiento o con las consultas con la persona se quedan con recomendaciones que ocupan en su día a día, que son fáciles de incorporar y que saben que les ayudan.

Finalmente ellas reconocen la importancia de hacer cambios que sean duraderos y significativos, buscan que los profesionales las ayuden a lograr eso, algo que ellas puedan adoptar y no sea algo pasajero. Con la confianza siempre de poder preguntar, opinar y decidir lo que les conviene más en su vida, lo que pueden cambiar y quieren cambiar.

“yo no quiero hacer una dieta” porque se me complica. O sea quiero cambiar un estilo de vida para que esto dure, o sea para que ya lo pueda adoptar y pueda, o

sea no él “una semana de la dieta de la piña” o sea cosas así, son muy... ¡no o sea eso no sirve! Yo quiero algo que de verdad marque y dure, y ahorita me he dado cuenta que sí, que en verdad es así” (P.3)

## 2.REPORTE DE LA ATENCION DENTRO DEL SERVICIO SOCIAL

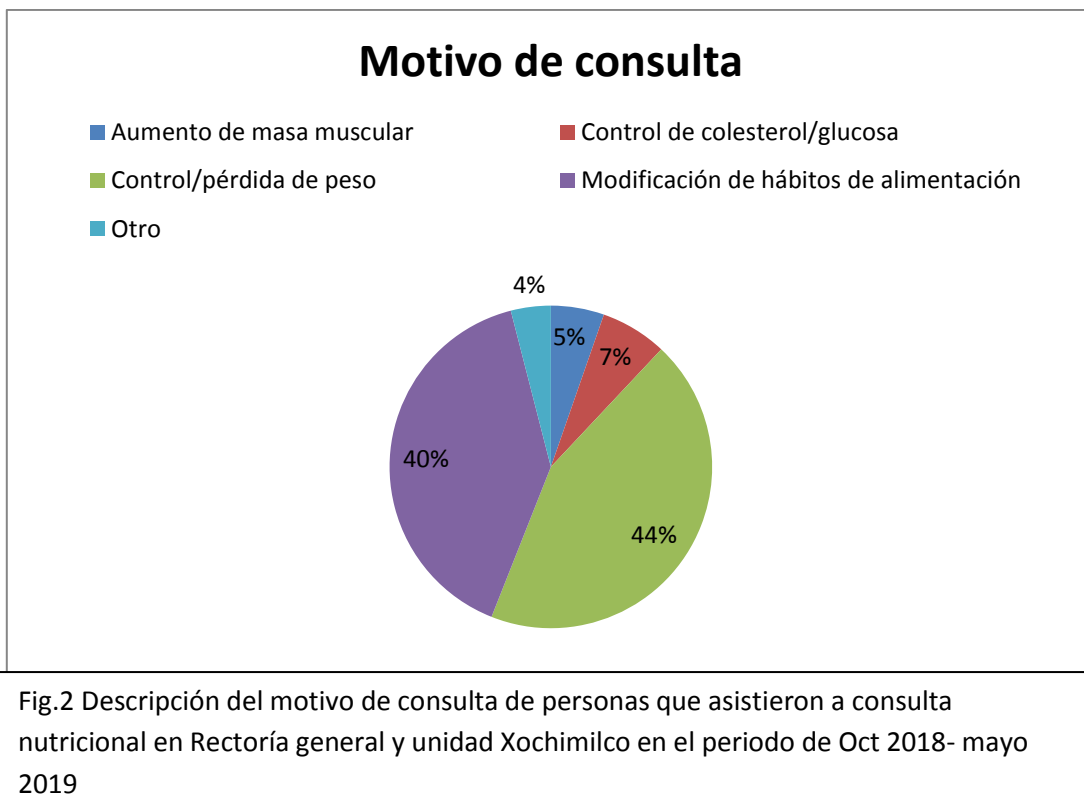
En el periodo comprendido de septiembre de 2018 a julio 2019 se atendieron a 75 personas en consulta de atención nutricional (29 en rectoría general y 46 en unidad xochimilco). De las cuales en total 51 personas fueron mujeres y 24 hombres, de edades entre 18-78 años de edad.

Mes	N	Programa
Septiembre	CAPACITACIÓN	CAPACITACIÓN
Octubre	22	Rectoría General
Noviembre	19	Rectoría General
Enero	24	Xochimilco
Febrero	3	Xochimilco
Mayo	57	Xochimilco

Tabla1. Total de personas atendidas por mes de acuerdo al lugar de trabajo.

Durante los meses de atención de servicio social, se brindó consulta a un total de 75 personas con las siguientes características: 50 mujeres y 25 hombres, cuyas edades iban desde los 18 años hasta los 78 años. En cuanto a su ocupación 16 personas eran estudiantes, 13 trabajadores externos de la universidad, 1 persona jubilada y 45 trabajadores internos de la universidad (profesores y administrativos).

Con respecto al motivo de consulta por el que llegaron a la atención nutricional, se clasifico en cinco tipos: Aumento de masa muscular (4 personas), control de niveles de colesterol o glucosa (5 personas), aquellos que buscaban un control o pérdida de peso (33 personas), aquellos que buscaban modificar sus hábitos de alimentación con fines de mejorar su salud (30 personas) u otra razón (3 persona):



El número de consultas que fueron tomadas por cada persona fue desde 1 consulta (40 personas), 2 consultas (20 personas), 3 consultas (8 personas), 4 consultas (3 personas), 5 consultas (2 personas) y 6 consultas (2 personas)

En cuanto a la población que padecía alguna enfermedad crónica no transmisible, 4 personas reportaron tener diabetes, 1 persona dislipidemia, 1 persona enfermedad renal crónica, 1 persona hígado graso, 2 personas Hipotiroidismo y 6 personas hipertensión arterial, el resto reporto no padecer ninguna enfermedad.

Con respecto a consumo de alcohol y/o tabaco, 18 personas reportaron no consumir ninguna de las dos sustancias y el resto consumirlas en algún momento. En tema de actividad física 17 personas reportaron no realizar ningún tipo de actividad física (22.6%) y 58 personas reportaron realizar en algún momento algún nivel de actividad física (77.4), el tiempo vario desde los 20 min hasta las 3 horas, de 1 días hasta 7 días a la semana.

Finalmente se obtuvieron los siguientes datos con respecto al estado de nutrición definido por índice de masa corporal (IMC), en el que se compara la cantidad de personas que llegaron con IMC normal, sobrepeso y obesidad y la cantidad de personas en las que en su última consulta obtuvieron un IMC que indicaba peso normal, sobrepeso y obesidad:

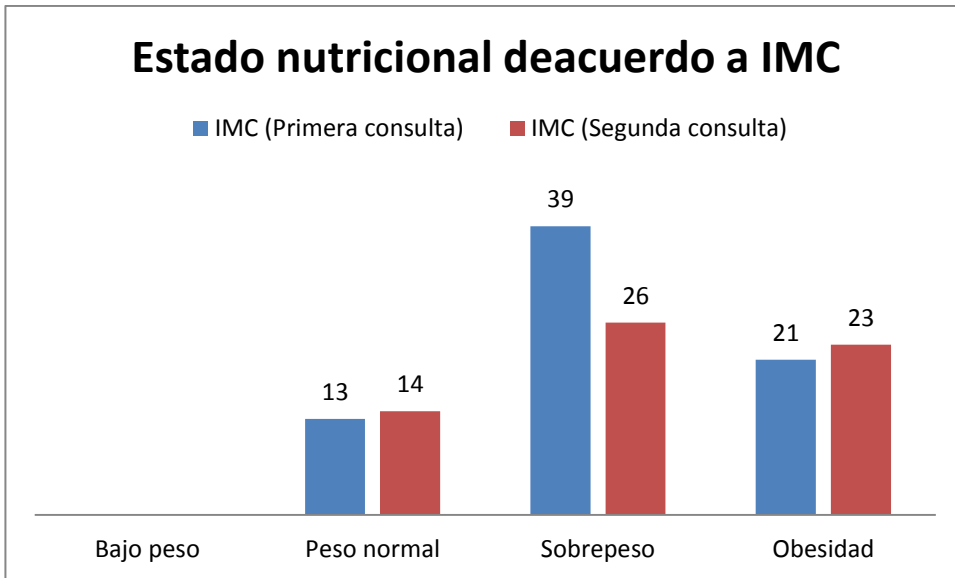


Fig.3. Evolución del estado nutricional de acuerdo al IMC de la primera consulta y de la última consulta de personas que asistieron a consulta nutricional en Rectoría general y unidad Xochimilco en el periodo de Oct 2018- mayo 2019

De esta manera se reportan los resultados de la atención nutricional brindada tanto en rectoría general como en unidad Xochimilco, como parte del programa de servicio social, buscando siempre aplicar lo mejor posible la capacitación en entrevista motivacional y ACP, para brindar mejor calidad y resultados con las personas que asistieron. La respuesta a las convocatorias para consulta resultó favorable desde mi perspectiva, así como su disposición para continuar asistiendo a las consultas como parte del seguimiento de los objetivos que cada persona presentaba.

Considero que la atención nutricional es bien recibida especialmente en unidad Xochimilco, en la que tanto alumnos, como trabajadores y maestros buscaron ser atendidos por el servicio y mostraban interés por trabajar hacia sus objetivos.



## CONCLUSIONES

Actualmente el tratamiento nutricional para las personas con sobrepeso/obesidad/enfermedades crónicas no transmisibles se basa en cambios en la alimentación, actividad física y disminución del sedentarismo, sin embargo estas recomendaciones no toman en cuenta todo lo que se tiene que modificar en la vida de una persona para llegar a cumplirlas.

En general las experiencias de mujeres que han tenido sobrepeso con respecto a los acercamientos a profesionales de la salud para tratar este tema, varían en cuanto a experiencias que les han aportado algo y experiencias que las pudieron dejar con una perspectiva poco favorable.

Dentro de los profesionales de la salud, los nutriólogos jugamos un papel fundamental en el acercamiento y acompañamiento que cada una de estas personas ha vivido, sin embargo hemos sido formados en su mayoría bajo el modelo médico hegemónico, que ha tenido varias críticas a lo largo de los años, entre las cuales la manera en la que es vista cada enfermedad o padecimiento, como una situación biológica dejando de lado relaciones y factores sociales que pueden determinarla, procesos psicológicos, culturales. En este modelo se parte únicamente del origen teórico del padecimiento y de ahí surgen las recomendaciones, sin tomar en cuenta las barreras y las situaciones particulares de cada individuo.

De los principales hallazgos de este trabajo, se puede destacar que las mujeres que fueron parte de las entrevistas se han encontrado con asesorías sobre su peso y/o su alimentación, en las que han percibido poca empatía por parte del profesional de la salud, una de ellas mencionó sentirse como un número más; han recibido recomendaciones que poco se adaptan a su vida cotidiana y que no facilitan el proceso de mejoramiento de su salud; se han visto ante técnicas y recomendaciones complicadas que basan la comida en porciones, raciones y calorías y que poco sentido les hace en sus vidas. Por lo que comentaron, han percibido poco interés por parte de los profesionales de la salud, por sus emociones y sus gustos.

La ACP promueve precisamente que la enfermedad y el tratamiento dejen de ser el centro de la atención en salud, en cambio se busca que la persona se convierta en el centro de la atención, comprendiendo a esta dentro su único contexto, tomando en cuenta sus

valores e involucrándola en cada paso que se da. Se fundamenta principalmente en la empatía, compasión y en la respuesta a las necesidades, valores y preferencias expresadas de la persona, los cuales no fueron vistos en los hallazgos de las entrevistas realizadas.

De acuerdo a (Gerteis, 1993), la ACP se desarrolla en varias dimensiones. El respeto por los valores, preferencias y necesidades expresadas de las personas, dentro del cual se menciona la importancia de estar informado e involucrado en la toma de decisiones médicas; en este aspecto las entrevistadas se encontraron frente a recomendaciones que poco se adaptaban a sus necesidades individuales y que no fueron consultadas con ellas al momento de prescribirlas. La información, comunicación y educación al entender el deseo de la persona por información confiable y sobretodo de manera atenta, receptiva y que se adapte a sus necesidades de comprender y querer saber, se vieron mermadas por actitudes que dejan poco espacio para las preguntas y comentarios. Y por último el apoyo emocional, enfocándose a aliviar el miedo y la ansiedad, para entender y atender otros síntomas angustiantes; una de las participantes expresó su deseo de poder hablar sobre sus emociones en relación a su peso corporal.

Es importante recordar que la ACP promueve una praxis en la que las y los profesionales además de atender las necesidades de las personas, busquen el empoderamiento de ellas mismas, relacionándose desde sus historias de vida, la escucha y buscando oportunidades y apoyos para que se desarrollen capacidades (Martinez-Rodriguez, Díaz-Veiga, Rodríguez-Rodriguez & Sancho-Castello, 2015).

Por otra parte, el aprendizaje es un factor que se puede ver mermado por el ambiente en el que se da, como se mencionó dentro del trabajo, la teoría del aprendizaje significativo habla acerca de que aprender debe ser mucho más que simplemente almacenar información, por lo que deja de ser un fenómeno pasivo y un factor clave es que el aprendizaje tenga sentido en la vida de la persona, si este logra tener significado la persona crece, tiene una buena sensación y se predispone a nuevos aprendizajes en el área, si sucede lo contrario se fomenta un aprendizaje de memorización, una actitud de rechazo al aprendizaje y no hay predisposición a este (Moreira, 2017), lo cual se puede ver reflejado en las verbalizaciones descritas por las personas entrevistadas, en las que ante un ambiente poco favorable comienza a existir una actitud de rechazo a ciertas situaciones o palabras como “estar a dieta” “raciones” “calorías” etc.

Por lo tanto se deja a un lado el objetivo del crecimiento y empoderamiento de la persona, la importancia de conocer a la persona y enfocarse a ella también aplica para poder buscar que el aprendizaje sea significativo, pues para que esto suceda se deben de tomar en cuenta las experiencias y conocimientos que afectan al aprendizaje, conocer que es lo que sabe, que es lo que ya ha pasado antes en ese aspecto de su vida. Y por último es importante recalcar que la enseñanza debe ser dialógica, en este caso el profesional de la salud, debería buscar crear más espacios para que la persona se exprese, hable y sea más activo, participativo, pregunte, y exteriorice todo lo que va sucediendo en su propio proceso de crecimiento. Lo ideal sería buscar el aprendizaje como lo menciona Rogers (2012) aquel que trasciende y que se entreteje con cada aspecto de la vida de una persona y que por lo tanto marca una diferencia en su conducta, actividades futuras, actitudes y personalidad.

Los licenciados en nutrición somos profesionales que hemos sido formados para ser capaces de brindar atención nutricional a diferentes tipos de personas o individuos, integramos conocimientos, habilidades y actitudes que se enfocan en atender diferentes necesidades; al mismo tiempo, y bajo la perspectiva de la ACP y el aprendizaje significativo necesitamos también voltear a ver a cada persona como un individuo único y diferente, necesitamos ir más allá de la teoría, de la reducción calórica y la prescripción de la actividad física, hace falta que nos preguntemos como se sienten las personas con esas recomendaciones, ¿se adaptan a su vida? ¿Son posibles los cambios que proponemos? Las entrevistas realizadas en este trabajo nos dejan ver que hay una gran oportunidad por delante para brindar una atención en la que nuestras consultantes se sientan vistas y escuchadas y con la confianza necesaria para hablar de aquello que promueve que se sientan estresadas o preocupadas y que esté relacionado con su alimentación. Esto podría favorecer la comunicación en la consulta y la continuidad en el tratamiento. Las mejores experiencias, los acercamientos que son significativos son aquellos que hacen verdadero sentido a la vida de las personas, aquellos que facilitan un proceso que no es fácil, aquellos que dan tranquilidad, motivación y confianza, así como Rogers (2012b, p.40) menciona que el verdadero cambio solamente puede surgir de la experiencia adquirida en una relación de ayuda, donde se muestre un cálido respeto hacia la otra persona y con un deseo constante de comprender su experiencia (Rogers, 2012a).

## REFERENCIAS

Aizpuro, M. (2008). La persona como eje fundamental del paradigma humanista. *Acta universitaria*, 18, 33-40.

Álvarez, J., & Serra, L. (2012). Trabajo, rendimiento y estado nutricional. En Aranceta J & Serra L. *Alimentación y trabajo* (pp. 21-31): Editorial Panamericana S.A.

Alzate-Yepes, T. (2006). Desde la educación para la salud: hacia la pedagogía de la educación alimentaria y nutricional. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 16, 21-40.

American Diabetes Association (14 de Septiembre de 2016). Método del Plato. American Diabetes Association. Recuperado 12 Febrero 2019 de <http://www.diabetes.org/es/alimentos-y-actividad-fisica/alimentos/planificacion-de-las-comidas/mtodo-del-plato.html#siete>

American Diabetes Association (2019). Standards of Medical Care in Diabetes-2019. *The Journal of Clinical and Applied Research and Education*, 42(1), 204.

Andrein, M., Beghin, I., Ochoa-Rivera, T. (2001). *Nutrición y comunicación: de la educación en nutrición convencional a la comunicación social en nutrición*. (1ª. Ed). México: Universidad Ibero Americana.

Angulo-Muñoz, R.A. (2014). Aproximaciones cualitativas al estudio de obesidad: nuevas contribuciones a la comprensión de la nutrición humana. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62 (1), 81-88.

Aranceta-Batrina, J. (2010). Nuevos retos de la nutrición comunitaria. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 16 (1), 51-55.

Arcos, A. (2016, 1 de Noviembre). Impactan enfermedades crónicas a gasto. *El Reforma*. Pp. <https://www.reforma.com/aplicacioneslibre/articulo/default.aspx?id=975582&md5=1ddb24d72664930298a3ebbcbae5b374&ta=0dfdbac11765226904c16cb9ad1b2efe&po=4>

Asociación Mexicana de Miembros de Facultades y Escuelas de Nutrición A.C. (2016) *Campos profesionales*. México. AMMFEN. Recuperado el 06 de Febrero de 2019 de <http://ammfen.mx/campos-profesionales.aspx>

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2010). Patient-Centred Care: Improving quality and safety by focusing care on patients and consumers. Sydney, Australia: Biotext, Canberra.

Ausubel, D. (S.F.). Teoría del aprendizaje significativo. Recuperado el 18 abril de 2019 de [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38902537/Aprendizaje\\_significativo.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWDTEORIA\\_DEL\\_APRENDIZJE\\_SIGNIFICATIVO\\_TEO R.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38902537/Aprendizaje_significativo.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWDTEORIA_DEL_APRENDIZJE_SIGNIFICATIVO_TEO R.pdf)

Barr, P.J., Scholl, I., Bravo, P., Faber, M.J., Elwyn, G., & McAllister, M. (2015). Assessment of patient empowerment-a systematic review of measures. PloS One, 10 (5), 1-24.

Barsky, A. (1988). The Paradox of Health. New England Journal of Medicine, 318, 414-418.

Bauman, A., Fardy, J., & Harris, P. (2003). Getting it right: why bother with patient-centred care? The Medical Journal of Australia, 179 (5), 253-256.

Bertakis, K.D. & Azari, R. (2011). Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. Journal of the American Board of Family Medicine, 24 (3), 229-239.

Bonvecchio-Arenas, A., Fernández-Gaxiola, A.C., Plazas-Belausteguigoitia, M., Kaufer-Horwitz, M., Pérez-Lizaur, A.B. & Rivera-Dommarco, J.A. (2015). Guías alimentarias y de Actividad física. En contexto de sobrepeso y obesidad en la población mexicana. México, DF: Academia Nacional de Medicina.

Briggs, C.L. (2003). Why nation-states and journalist can't teach people to be healthy: power and pragmatic miscalculation in public discourses on health. Medical anthropology quarterly, 17(3), 287-321.

Canicoba, M., Baptista, G. & Visconti, G. (2013). Funciones y competencias del nutricionista clínico. Documento de consenso. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición, 23 (1), 146-172.

Carrascón, F., Galgani, J., & Reyes, M. (2013). Síndrome de resistencia a la insulina, Estudio y manejo. Revista Médica Clínica Las Condes, 24 (5), 827-837.

Carretero, M. (1997). ¿Qué es el constructivismo? Desarrollo cognitivo y aprendizaje. Progreso. Constructivismo y educación (39-71). México: Progreso.

Castro, E.M, Van-Regenmortel, T., Vanheacht, K., Sermeus, W., & Van-Heacke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis base on a literature review. Patient education and counseling, 99 (12), 1923-1939.

Castro-Sánchez, A.E. (2007). La nutrición como ruptura cultural: la experiencia de los adultos con diabetes mellitus tipo 2. Investigación en Salud, 9 (1), 26-33.

Chatzimarkakis, J. (2010). Why patients should be more empowered: a European perspective on lessons learned in the management of diabetes. Journal of Diabetes Science and Technology, 4 (6), 1570-1573.

Coulter, A., & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. British Medical Journal, 335 (7609), 24-27.

Epstein, R.M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C.G., Meldrum, S.C., Kravitz, R.L. & Duberstein, PR. (2005). Measuring patient- centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. Social science & medicine, 61(7), 1516-1528.

Federación de Enseñanza de CC.OO. de Andalucía (2009). Aprendizaje: Definición, Factores y clases. Revista digital para profesionales de la enseñanza, núm. 2.

Ferreiro, R. (S/F). Más allá de la teoría: el aprendizaje cooperativo, el constructivismo social. Nova Southeastern University.

FESNAD-SEEDO. (2011). Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Revista Española de Obesidad, 10 (1).

Fudge, N., Wolfe, C.D., & McKeivitt, C. (2008). Assessing the promise of user involvement in health service development: ethnographic study. British Medical Journal 336 (7639), 313-317.

Fundación de Educación para la Salud (2019). Estilos de vida y factores de riesgo. España. FUNDADEPS. Recuperado el 13 de Febrero de <http://www.atlasdelasalud.org/seccion.aspx?idbloque=4>

Gerteis, M. (1993). *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*. (1era edition). San Francisco: Jossey-Bass.

Gracia, M. (2009). La emergencia de las sociedades obesogenicas o de la obesidad como problema social. *Rev. Nutr., Campinas*, 22(1), 5-18.

Guerrero-Montoya, L.R. & León-Salazar, A. (2010). Estilo de vida y Salud. *EDUCERE, Revista Venezolana de Educación*, (48), 13-19.

Guijón-Conde, T., Gorostidi, M., Camafort, M., Abad-Cardiel, M., Martín-Rioboo, E., Morales-Olivas, F., Vinyoles, E., Armario, P., Banegas, J.R., Coca, A., de la Sierra, A., Martell-Claros, N., Rendón, J., Ruilope, L.M. & Seguro, J. (2018). Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. *Hipertensión y riesgo Vascular*, 35 (3), 119-129.

Hall, J.A., Roter, D.L., & Katz, N.R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounter. *Medical care*, 26 (7), 657-675.

Hellín, M.A., Navas, J., Pujante, P. (2012). Planteamientos interdisciplinarios para la educación nutricional de pacientes con obesidad mórbida. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 32(1) 41-48.

Henbest, R.J. & Stewart, M.(1990). Patient-centeredness in the consultation. 2: Does it really make a difference? *Family practice*, 7 (1), 28-33.

Hendriks, M., & Rademakers J. (2014). Relationships between patient activation, disease-specific knowledge and health outcomes among people with diabetes; a survey study. *BMC Health Services Research*, 14 (393), 1-9.

Hernández Ávila, M., Rivera Domarco, J., Shamah Levy, T., Cuevas Nasu, L., Gaona Pineda, E., Romero-Martinez, M., Gómez-Humaran, I.G., Saturno-Hernández, P., Villalpando, S., Gutierrez, J.P., Ávila-Arcos, M.A., Mauricio-López, E.R., Martínez-

Dominguez, J., & García-López, D. (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.

Institute for Patient and Family Centre Care (s/f). Atención centrada en el paciente y la familia. Recuperado el 14 de Febrero de 2019 de <http://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>

Institute of Medicine (US) (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21<sup>st</sup> Century. Washington, DC: National Academies Press (US).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). Características de las defunciones registradas en México durante 2017. (525/18). México: INEGI.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). Morbilidad por grupo de edad. México. INEGI. Recuperado el 03 de Febrero de 2019 de [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad\\_grupo.html](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_grupo.html).

International Atherosclerosis Society (2013). Recomendaciones generales para el tratamiento de la dislipidemia. Resumen ejecutivo. Universidad de Valencia.

Kaufer-Horwitz, M., Villa, M., Pedraza, J., Domínguez-García, J., Velazquez-Velazquez, V., Méndez, J.P. & García-García, E. (2015). Knowledge of appropriate foods and beverages needed for weight loss and diet of patients in an Obesity Clinic. *European Journal of Clinical Nutrition*, 69 (1), 68-72.

Kinnersley, P., Stott, N., Peters, T.J., & Harvey, I. (1999). The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *The British Journal of General Practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 49 (446), 711-716.

La Valle, R. (2013). Sobre la forma actual de ser médico. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 33 (2), 73-76.

Ledón, L., (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37 (4), 488-499.

Logting, Yves., Sax, H., Leape, L., Sheridan, S., Donaldson, L., & Pittet, D. (2010). Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. *Mayo Clinic Proceedings*, 85 (1), 53-62.



López-Ramón., Ávalos-García., Morales-García., Priego-Álvarez. (2013). Perspectivas del paciente en el control de la diabetes mellitus en unidades médicas de la seguridad social de Tabasco: Un estudio cualitativo. *Salud en Tabasco*, 19 (3), 77-84.

Lyod-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S., Johnson, S., & Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 14 (39), 2-12.

Macías, A.I., Gordillo, L.G., & Camacho, J.E. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Rev. Chilena de Nutrición*, 39 (3), 40-43.

Macías, A.I., Quintero, M.L., Camacho, E.J., & Sánchez, J.M. (2009). La tridimensionalidad del concepto de nutrición: su relación con la educación para la salud. *Revista Chilena de Nutrición*, 36 (4), 1129-1135.

Martínez-Rodríguez, T., Díaz-Veiga, P. & Sancho-Castello, M. (2015). Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de cuadernos prácticos. *Informes de envejecimiento en red* (12). Madrid, España.

Meirieu, P (1992). ¿Qué es aprender? En Meirieu, P. *Aprender sí, Pero ¿Cómo?* (pp1-19) (Primera edición) España: Ediciones Octaedro.

Menéndez, E. (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de auto atención en salud. *Arxiu d'etnografia de Catalunya*, 3, 84-119.

Menéndez, E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires.

Menéndez, E. (1990). Modelo Médico Hegemónico. Estructura, función y crisis. En Menéndez, E. *Morir de alcohol, saber y hegemonía médica* (pp 83-117). México: Alianza Editorial Mexicana.

Menéndez, E. (1998). *Modelo Médico Hegemónico: Reproducción, técnica y cultural*. *Nature Medicatrix*, 51, 17-22.

Meterko, M., Wright, S., Lin, H., Lowy, E., & Cleary, P.D. (2010). Mortality among patients with acute myocardial infarction: the influences of patient-centered care and evidence-based medicine. *Health Services Research*, 45(5), 1188-1204.

Moreira, M. (2017). Aprendizaje significativo como un referente para la organización de la enseñanza. *Archivos de las Ciencias de la Educación*, 11 (12), 1-16.

Oliva, P., Buhring, K., Godoy, S. & Bustos, M. (2010). Percepción de la función profesional del nutricionista por parte de los usuarios de atención primaria. *Revista Chilena de Nutrición*, 37 (2), 165-168.

Organización Mundial de la Salud (16 de Febrero de 2018a). Obesidad y Sobrepeso. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 04 de Febrero de 2019 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Organización Mundial de la Salud (1 de Junio de 2018b). Enfermedades no transmisibles. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 04 de Febrero de 2019 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Mundial de la Salud (31 de Agosto de 2018c). Alimentación sana. OMS. Recuperado el 12 de Febrero de 2019 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

Organización Mundial de la Salud (2003). Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas (Informes técnicos 916). Ginebra, Suiza: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2010). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra, Suiza: OMS.

Organización Panamericana de la Salud (2011). La carga económica de las enfermedades no transmisibles en la región de las américas. PAHO. Recuperado el 5 de Febrero de 2019 de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/paho-policy-brief3-sp1.pdf>

Ortiz-Hernández, L. (Enero 2007). La necesidad de un nuevo paradigma en el campo de la alimentación y la nutrición. México. Recuperado el 12 de Febrero de 2019 de [https://www.researchgate.net/publication/33024815\\_La\\_necesidad\\_de\\_un\\_nuevo\\_paradigma\\_en\\_el\\_campo\\_de\\_la\\_alimentacion\\_y\\_la\\_nutricion](https://www.researchgate.net/publication/33024815_La_necesidad_de_un_nuevo_paradigma_en_el_campo_de_la_alimentacion_y_la_nutricion)

Perichart-Perera, O. (2013). Manual de lineamientos para la práctica de la nutrición clínica. México, DF: Mc Graw Hill.

Real Academia de la Lengua Española (2018). Diccionario de la Lengua Española. Recuperado el 20 de Febrero de 2019, de <https://dle.rae.es/?id=3IWZ4nr>

Rivera-Dommarco, J.A., Hernández-Ávila, M., Aguilar-Salinas, C., Vadillo-Ortega, F. & Murayama-Rendón, C. (2013). Obesidad en México. Recomendaciones para una política de estado. Ciudad de México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.

Rodriguez, J. (2013). Una mirada a la pedagogía tradicional y humanista. Presencia Universitaria 5, 36-45

Rogers, C. (2012a). Algunas hipótesis acerca de la posibilidad de facilitar el desarrollo personal. En: El proceso de convertirse en persona (pp. 39-45). México: Ediciones Culturales Paídos.

Rogers, C. (2012b). El proceso de convertirse en persona. México: Ediciones Culturales Paídos.

Rozo de Arévalo, C. (2002). Fundamentos pedagógicos que sustentan el proceso de educación en salud. Aquichan, 2(1), 27-35.

Sahlesten, M.J., Larsson, I.E., Sjöström, B., & Plos, K.A. (2008). An analysis of the concept of patient participation. Nursing fórum, 43(1), 2-11.

Savino, P. (2011). Obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. Revista Colombiana de Cirugía, 26, 180-195.

Secretaria de Salud (2012). Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. México DF: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Secretaria de Salud (2013). Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012 Servicios básicos de salud: Promoción y educación para la salud en materia alimentaria, criterios para brindar orientación. México: Diario Oficial de la Federación.

Smith, L. (1982). Medicine as an art. En Russell, C., Wyngaarden, J.B., Smith, L. & Bennet, J.C. Cecil textbook of medicine (pp. 33-37) (19<sup>th</sup> Ed.). Philadelphia: Saunders.

Sociedad Europea de Cardiología y European Atherosclerosis Society (2017). Guía ESC/EAS 2016 sobre el tratamiento de las dislipidemias. *Revista Española de Cardiología*, 10 (2), 1-64.

Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care. *British Medical Journal*, 322 (7284), 444-445.

Stewart, M., Brown, J.B., Donner, A., McWhinney, I.R., Oates, J., Weston W.W., & Jordan. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of family practice*, 49 (9), 796-804.

Tello, A. (2001, 30 de Julio). El nutriólogo y su campo laboral. *Gaceta Universitaria de la UdeG*, 11.

Tempfer, C.B. & Nowak P. (2011). Consumer participation and organizational development in health care: a systematic review. *Wiener klinische Wochenschrift*, 123 (13-14), 408-414.

Troncoso, C., Contreras, N., & González, S. (2016). Adherencia al control nutricional en varones con patologías crónicas. *Revista Chilena de Nutrición*, 43 (1), 12-17.

TYNJÄLÄ P. (2001). ¿Qué es aprender? Fragmento de Writing as a learning tool. Symposium "International Research into Writing: an European- American Dialogue on Global and Local Issues", United States of America.

U.S. Department of Health and Human Services (2018). *Physical Activity Guidelines for Americans*. Washington, DC: U.S Department of Health and Human Services.

Vertere, P. (2006). El Modelo Médico Hegemónico y su reproducción en el perfil del Médico que promueve la Fac. Cs. Médicas de la U.N.L.P. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de la Plata, Buenos Aires, Argentina.

Whelton, P.K., Carey, R.M., Aronow, W.S., Casey, D.E., Collins, K.J., Dennison, C., DePalma, S.M., Gidding, Williamson, J.D. & Wright, J.T. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*, 71 (6), 1269-1324.