



Universidad Santo Tomás de Aquino

Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Nutrición

**Título del trabajo:**

**“Toma de decisiones compartidas en la consulta nutricional  
¿Son los pacientes con obesidad los verdaderos protagonistas de  
su tratamiento?”**

**Autor: Heguy Sofía**

**Director: Dra. Ana C. Aymat**

**Asesor Metodológico: Lic. Karina Montoya**

**Tucumán, 2019**

## **AGRADECIMIENTOS**

Este trabajo de investigación fue realizado gracias a la dirección, colaboración y apoyo, durante todo el proceso, de la Dra. Ana C. Aymat Rodriguez, Directora del mismo; y al asesoramiento en la parte metodológica por la Prof. Karina Montoya.

Agradezco la colaboración a Nutricionistas y pacientes entrevistados por brindarme su tiempo y permitirme realizar mi investigación a partir de sus experiencias.

Por último, agradezco a mi familia y amigos por estar siempre presentes.

**INDICE**

<b>1. RESUMEN</b> .....	1
<b>2. INTRUCCION</b> .....	4
<b>3. PROBLEMA DE INVESTIGACION</b> .....	6
<b>4. ANTECEDENTE DE INVESTIGACION</b> .....	7
<b>5. MARCO TEORICO</b> .....	11
<b>6. MARCO METODOLÓGICO</b> .....	24
<b>7. DISCUSION</b> .....	39
<b>8. CONCLUSION</b> .....	42
<b>9. PROPUESTAS</b> .....	43
<b>10. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	44
<b>11. ANEXOS</b> .....	47

## 1. RESUMEN

**Introducción:** Los problemas vinculados al exceso de peso constituyen uno de los principales desafíos para la salud pública del siglo XXI. En Argentina el problema del sobrepeso y la obesidad también es preocupante y su prevalencia a lo largo de los años muestra una tendencia claramente ascendente en todos los grupos etarios y sociales. A raíz de esta realidad se realizó este estudio para conocer cómo los métodos actualmente utilizados en el tratamiento de la obesidad en el campo de la Nutrición. Se propone un cambio en el abordaje del tratamiento del paciente con Obesidad, incluyendo en él la percepción del paciente como miembro activo del proceso a través de la toma de decisiones compartidas. **Objetivos:** Caracterizar las expectativas de pacientes y de nutricionistas en la consulta nutricional para el tratamiento de la obesidad; Valorar si en la elaboración del plan se consideró una toma de decisiones compartida; Y explorar los recursos utilizados por el nutricionista para favorecer la toma de decisiones compartidas. **Materiales y métodos:** enfoque cualitativo, método fenomenológico y diseño no experimental de corte transversal. Se utilizaron entrevistas en profundidad con preguntas abiertas. Las mismas fueron audio-grabadas y se tomaron notas de campo. Se realizó muestreo teórico, intencional hasta la saturación de datos. **Resultados:** A partir del análisis de las entrevistas realizadas se pudo concluir que las expectativas de los pacientes y de los nutricionistas en la consulta nutricional para el tratamiento de la obesidad convergen respecto del objetivo de descenso de peso y también lograr un cambio en los hábitos alimenticios; y que no se utilizan modelos específicos para toma de decisiones

compartidas como así tampoco para valorar las necesidades subjetivas del paciente en el abordaje del tratamiento nutricional del paciente obeso.

*Palabras Claves: Obesidad. Expectativas. Toma de decisiones compartidas.*

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Problems connected to overweight are one of the main challenges for Public Health in the 21st century. In Argentina, the problem of overweight and obesity is also worrying and its prevalence over the years shows a clearly rising tendency in all social and age groups. Following this reality, this study was carried out to know what methods are currently used in the treatment of obesity in the field of Nutrition. A change is suggested in the approach to the treatment of the patient with obesity, including the perception of the patient as an active member of the process through the “shared decision making”. **Objectives:** Characterize the expectations of patients and nutritionists in the nutritional consultation for the treatment of obesity; Find out whether or not a shared decision making was considered in the development of the plan; And explore the resources used by the nutritionist to favor shared decision making. **Material and methods:** Qualitative approach, phenomenological method and non-experimental cross-sectional design. In-depth interviews with open questions were used. These interviews were audio-recorded and field notes were taken. Theoretical, intentional sampling was performed until data saturation. **Results:** From the analysis of the interviews conducted, it was concluded that the expectations of patients and nutritionists in the nutritional consultation for the treatment of obesity converge with respect to the objective of weight

loss and the achievement of a change in eating habits; And that specific models are not used for shared decision making, neither to assess the subjective needs of the patient in the approach to the nutritional treatment of the obese patient

*Key Words: Obesity. Expectations. Share decision making.*

## 2. INTRODUCCION

El sobrepeso y la obesidad se encuentran actualmente entre los principales factores de riesgo de muerte y de carga de enfermedad a nivel mundial. El Ministerio de Salud de Argentina realizó este año la 4° edición de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) y mostró que la prevalencia de exceso de peso por autorreporte (sobrepeso + obesidad) fue de 61,6%, comparativamente superior a la 3ra edición de la ENFR (57,9%) y evidenciándose que la tendencia se mantuvo en ascenso al comparar con las tres ediciones previas. Con respecto a la prevalencia de sobrepeso, la misma fue de 36,3% y se mantuvo constante con respecto a las tres ediciones previas de ENFR. Solo la provincia de Formosa se destacó con valores superiores al total del país (43,2%). En cuanto a la obesidad se observó una prevalencia de 25,3%, resultando un incremento relativo del 21,6% respecto de la ENFR 2013 y del 73,3% respecto de la edición 2005. (Ministerio de salud de la nación, 2019)

El propósito de esta investigación es aportar información de utilidad para la práctica de la nutrición, especialmente en el tratamiento de la obesidad. La obesidad, dada las características pluridimensionales que tiene, es una patología que debe abordarse desde un paradigma diferente al tradicional y hegemónico para tener resultados satisfactorios. La incorporación de la toma de decisiones compartida es uno de los rasgos estructurales del proceso clínico centrado en la persona, mediante este abordaje se puede lograr un campo en común entre paciente y nutricionista que aportará en gran medida al éxito terapéutico. Identificar las expectativas del paciente y del nutricionista permitirá reflexionar acerca de la realidad frente a la que nos encontramos en el tratamiento de la obesidad. Explorar expectativas también requiere enfoques acordes a la complejidad que

conlleva, motivo por el cual se realizará una investigación desde el paradigma interpretativo a fines de lograr una mayor comprensión del complejo fenómeno estudiado. Comprender las vivencias y percepciones de los diferentes actores nos brindará la posibilidad de reflexionar sobre nuestras propias prácticas y encontrar el campo en común con nuestros pacientes tal como se enunció anteriormente.



### **3. PROBLEMA DE INVESTIGACION**

#### **3.1 Objetivos**

##### **Objetivo general**

Caracterizar las expectativas de pacientes y de nutricionistas en la consulta nutricional para el tratamiento de la obesidad.

##### **Objetivos específicos**

1- Comprender las expectativas y requerimientos de pacientes obesos que asisten a la consulta nutricional.

2- Conocer las expectativas del nutricionista que atiende al paciente obeso.

3- Valorar si en la elaboración del plan se consideró una toma de decisiones compartida.

4- Explorar los recursos utilizados por el nutricionista para favorecer la toma de decisiones compartidas.

#### **1.2 Interrogantes de investigación**

1- ¿Cuáles son las expectativas y requerimientos de pacientes obesos que asisten a la consulta nutricional?

2- ¿Cuáles son las expectativas del Nutricionista que atiende al paciente obeso?

3- En la elaboración del plan ¿Se considera una toma de decisiones compartidas?

4- ¿Cuáles son los recursos utilizados por el nutricionista para favorecer la toma de decisiones compartidas?

#### **4. ANTECEDENTE DE INVESTIGACION**

##### **2.1 Motivación y adherencia al tratamiento de niños de 6 a 13 años con sobrepeso y obesidad del HIGA Eva Perón**

M. Furlong, M. Glejzer, C. Wechsler, A. Rossetti, M.C. Zappone y C. Fortunato.

La obesidad es una enfermedad crónica que exige un tratamiento con escasa adherencia y resultados insatisfactorios. A partir de esta realidad, se realizó una investigación cuyo fin fue identificar qué es lo que está fallando en los tratamientos y cómo enfrentarlos. Se abordó este estudio a través de la evaluación de la motivación, del apoyo en el entorno familiar, de la influencia de la familia en el cambio de hábitos y de las costumbres familiares sobre el deporte y la alimentación, como condicionantes para el éxito del tratamiento.

Los objetivos de este trabajo fueron conocer la motivación y adherencia al tratamiento que tienen los niños, e identificar barreras, facilitadores familiares y analizar la percepción materna del sobrepeso. Se estudiaron 45 niños entre 6 y 13 años con sobrepeso y obesidad que asistieran a consulta entre agosto 2014 a marzo 2015. El diseño utilizado por los investigadores fue descriptivo, longitudinal y prospectivo, según detalla el informe.

Los resultados obtenidos arrojaron que de los niños evaluados, el 49% cumplió el tratamiento, de los cuales 78% mejoró su peso corporal, mientras que 22 % logró sostener el peso. 64,7% adhirieron con descenso del peso, presentando nivel de motivación alto. Ningún niño traído por la madre, abandonó el tratamiento. 80% de los no adherentes, pertenecían a familias sedentarias. 62% tuvo disponibilidad de golosinas, aun así 47,1% adhirió. 48.9% de las madres diagnosticó correctamente el nivel de sobrepeso del niño, de las cuales el 80% presentaron mejores resultados terapéuticos. Del grupo que no adhirió, 40% minimizó el exceso de peso.

Como conclusión, los investigadores destacan que es fundamental aportar estrategias de motivación, trabajando sobre la adherencia familiar y sus barreras. El éxito terapéutico depende del involucramiento familiar, dado que los adultos toman las decisiones. Una menor distorsión de la imagen concientizaría sobre las consecuencias de la obesidad, facilitando el apoyo y motivación necesarios. El equipo de salud no debiera frustrarse por el rendimiento terapéutico deficiente, sino motivarse para desarrollar intervenciones eficaces e innovadoras.

## **2.2 La toma de decisiones compartidas desde la perspectiva del paciente oncológico: roles de participación y valoración del proceso**

N. Padilla-Garrido, F. Aguado-Correa, M. Ortega-Moreno, J. Bayo-Calero, E. Bayo-Lozano.

Este trabajo de investigación tuvo como finalidad analizar el rol preferido y el rol percibido de los pacientes oncológicos y mide el proceso de TDC desde su perspectiva. Dicha inquietud surge a raíz de que en España no existe un claro conocimiento sobre el grado en que la Toma de Decisiones Compartidas (TDC) es llevada a la práctica habitual en oncología. El estudio fue de tipo descriptivo transversal con aplicación de cuestionario autoadministrado a pacientes con distintos tipos de cáncer.

Los resultados obtenidos fueron que de los 132 pacientes encuestados, solo 118 proporcionaron datos analizables. No se encontraron evidencias de que el sexo, edad, nivel educativo o tipo de tumor afectaran al rol preferido o al percibido. Solo el 59,3% estaba de acuerdo con el rol ejercido. Todos los que preferían un rol pasivo lo alcanzaban (21,2%), mientras que de los que deseaban uno compartido (78,8%), solo el 48,39% lo lograba y el 51,61% restante desempeñaba uno pasivo. Ninguno prefirió ni ejerció un rol activo. El conjunto

de pacientes valoró el proceso de TDC con una puntuación de  $41,07 \pm 5,94$ , en una escala de 0 a 100, alcanzando los pacientes urológicos una puntuación máxima de  $61,39 \pm 13,24$ .

A partir de esta investigación se llegó a la conclusión de que no se encuentra evidencias de que, desde el punto de vista del paciente oncológico, el modelo de TDC esté implementado en la práctica.

### **2.3 Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud.**

A. Delgado, L. A. López-Fernández a , J. de D. Luna, L. Saletti Cuesta, N. Gil Garrido y A. Puga González.

El informe de investigación indicó que, reconocer la autonomía del paciente y su derecho a la elección libre e informada es un imperativo ético que desde hace décadas se ha enfrentado al paternalismo hegemónico tradicional en medicina. Aspectos de la relación paciente-médico, como compartir información y alcanzar un acuerdo, se relacionan con una mejora en los resultados de salud. Se realizó una investigación para estudiar el papel que desempeña el sexo del médico de familia y del paciente en las expectativas, y las preferencias del segundo durante la consulta.

Los objetivos de este trabajo fueron conocer las expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud cuando consultan con su médico de familia, e identificar las características de los pacientes y del médico relacionadas con dichas expectativas, con especial interés por el sexo de ambos. Para ello, los investigadores llevaron a cabo un estudio transversal, multicéntrico, con 360 pacientes a las cuales se les administró un cuestionario a domicilio.

A partir de esta investigación se obtuvieron los siguientes resultados: Responden el 90%. Edad:  $47,3 \pm 16,5$  años, 51% mujeres. Las expectativas del paciente de que su médico de familia le escuche, explique y tenga en cuenta su opinión son más elevadas que las de participar en la toma de decisiones; estas segundas dependen del problema estudiado: para dolor de pecho desea participar el 32%, y para problema familiar el 49%. Las mujeres tienen menos expectativas de participar para depresión y para problema familiar, y quienes tienen una médica esperan participar más para problema familiar y resfriado.

Se pudo concluir que la mayoría de los pacientes desean ser escuchados, informados y tenidos en cuenta por su médico de familia, y en menor medida desean tomar la decisión de forma autónoma, sobre todo para problemas de tipo biomédico.

## **5. MARCO TEORICO**

### **4.1 Obesidad:**

#### **Definición:**

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

En Argentina, datos de la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) – realizada en 2019 - alertan que más de la mitad de la población adulta (66,1%) tiene exceso de peso en algún grado; con respecto a la prevalencia de sobrepeso, la misma fue de 36,3% y se mantuvo constante con respecto a las tres ediciones previas de ENFR. y se registró un porcentaje de obesidad del 25,3%.

El sobrepeso y la obesidad explican el 44% de la carga de diabetes, el 23 % de cardiopatías isquémicas y entre el 7 y 41 % de ciertos cánceres.

#### **Evaluación y diagnóstico:**

La NHLBI–NAASO (National Heart, Lung, and Blood Institute-North American Association for the Study of Obesity) diseñó en el año 2000 una Guía práctica para la identificación, evaluación y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en el adulto. Las intervenciones recomendadas se basan fundamentalmente en el índice de masa corporal, la medida de la circunferencia de la cintura y la evaluación de los factores de riesgo del paciente.

- ❖ Determinación del índice de masa corporal (IMC, peso/estatura<sup>2</sup>).

Clasificación del IMC según la OMS:

- Bajo peso: < 18.5

- Normopeso. 18.5 - 24.9
- Sobrepeso: 25 - 29.9
- Obesidad grado I: 30 - 34.9
- Obesidad grado II: 35 - 39.9
- Obesidad grado III: > 40

❖ **Medición de la circunferencia de la cintura:**

Puntos de corte: > 88 cm en la mujer y > 102 cm en el hombre

Un valor elevado de la circunferencia de la cintura se asocia con un incremento en el riesgo de diabetes tipo 2, dislipidemia, hipertensión y enfermedad cardiovascular en pacientes con un IMC entre 25 y 34.9. En individuos con un IMC  $\geq 35$  se pierde su valor predictivo.

Evaluar los cambios en la circunferencia de la cintura a lo largo del tratamiento permite valorar la modificación de la grasa abdominal, aun en ausencia de cambios en el IMC.

❖ **Valoración del riesgo global**

Algunos factores de riesgo que se asocian a la obesidad aumentan el riesgo de mortalidad, lo cual lleva a la necesidad de un tratamiento intensivo. Las patologías que implican un riesgo alto son- la enfermedad coronaria, la diabetes tipo 2 y la apnea del sueño.

**Tratamiento:**

El tratamiento de la obesidad debe ser multidisciplinario, involucrando a nutricionistas, médicos clínicos, kinesiólogos, psicólogos y cirujanos, contemplando los siguientes aspectos principales:

*1. Dietoterapia.* La dieta es el componente esencial de las intervenciones para reducir de peso, incluso cuando se opta por el uso de fármacos o cirugía.

La dietoterapia del obeso exige un cuidado riguroso de la evolución del paciente para adecuarse a su respuesta. El tratamiento dietético, pues, no puede ser idéntico para dos personas, ya que los factores etiológicos no son siempre los mismos; además, la dieta exige una adecuación individual muy ajustada, pues las modificaciones que se indiquen en la alimentación deberán adoptarse en forma permanente, para toda la vida de ese individuo.

El plan hipocalórico debe tener una distribución porcentual de macronutrientes armónica, para que sirva de base a la dieta con que se conservará el peso adecuado.

Además no se aconsejan las dietas disarmónicas, pues está ampliamente probado que pueden acarrear numerosos problemas orgánicos: ej., las dietas hiperproteicas producen sobrecarga renal, las dietas hipergrasas propenden a las hiperlipoproteinemias y aterosclerosis, etcétera.

La selección de los caracteres físicos y químicos del plan se realiza priorizando su efecto sobre la saciedad. Este es un factor subjetivo, que mientras persiste evita el deseo de comer: es una sensación que se pone a la del hambre y depende del estímulo del centro inhibitor del apetito que frena al núcleo lateral del hipotálamo.

En cuanto al abordaje del tratamiento dietoterápico, la primera entrevista es fundamental, y debe aprovecharse al máximo para conocer a través de ella algunos aspectos esenciales:

- 1- Los antecedentes del individuo respecto de la obesidad.
- 2- El medio ambiente en que vive.
- 3- Composición de la familia.
- 4- Nivel de ingresos.
- 5- Motivación y grado de compromiso con el tratamiento.
- 6- Nivel cultural (elemento básico para encarar el proceso educativo).
- 7- Antecedentes respecto de otros tratamientos realizados, etcétera.



La anamnesis alimentaria debe ser bien detallada. Los puntos que debe abarcar son: horarios, comidas y bebidas, posición física y lugar donde come, compañía, actividad asociada, Sensación de hambre, estado de ánimo y se debe además obtener información sobre su patrón de actividad física.

Estos datos también pueden construir la base de un autorregistro alimentario llevado por el paciente, que puede usarse al inicio del tratamiento y como elemento de autocontrol en el curso de éste.

El individuo debe asumir un rol activo en su tratamiento; es por esta razón que no son útiles los medios “mágicos”, que no hacen disminuir la ingesta de alimentos en base al cambio de hábitos alimentarios.

El proceso educativo debe comenzar desde el primer momento. Para facilitararlo se recomienda, por un lado, explicar claramente qué es la obesidad, cuáles son sus causas y resaltar los errores cuali-cuantitativos que el individuo cometa en su alimentación, y por otro lado, disminuir la tensión emocional del paciente. Se le debe demostrar la individualización del tratamiento y entrevistarlo con frecuencia, en las etapas iniciales. (Longo. E. N; Navarro. E. T, 2016)

2. *Actividad física.* El ejercicio es un potente activador de la lipólisis, lo cual libera ácidos grasos desde los triglicéridos almacenados como grasa para ser utilizados como fuente energética. (Cuevas, M y M. S. Reyes, S. 2005)

3. *Modificación conductual-cognitiva.* La Terapia Cognitivo-Conductual se muestra como un procedimiento útil para la pérdida de peso. Se trata de modificar no solo el peso si no los hábitos alimentarios y de vida. El planteamiento global del tratamiento se centra en cambiar el estilo de vida y este cambio está dirigido preferentemente a tres aspectos: la conducta alimentaria,

propiamente dicha, la modificación de la vida sedentaria por un aumento regular de ejercicio físico y la modificación de los factores de la vida emocional que repercuten en la obesidad.

4. *Farmacoterapia.* La terapia farmacológica estaría indicada en individuos con IMC > 30 o si existe alguna comorbilidad mayor (DM tipo II, HTA, dislipemia, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad respiratoria, cáncer de endometrio, mama, próstata, colon), se puede utilizar con IMC inferiores, IMC > 25 según la Organización Mundial de la Salud o > 27 según la American Association of Clinical Endocrinologists.

5. *Tratamiento quirúrgico de la obesidad.* Se lleva a cabo en aquellos pacientes con un IMC >40 kg/m<sup>2</sup> o con IMC >35 kg/m<sup>2</sup> asociado a comorbilidades relacionadas a la obesidad.

#### **4.2 Consulta nutricional:** Modelos asistenciales:

##### - Modelo tradicional: (Prescriptivo - Modelo Médico Hegemónico)

Eduardo Menéndez (1988) define al Modelo Médico Hegemónico (MMH) como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica. Si bien su nombre hace referencia a la praxis de médico, este modelo se aplicó tradicionalmente a todas las ciencias de la salud, siendo aún un modelo reinante aunque en crisis.

La construcción de este modelo supone detectar una serie de rasgos considerados como estructurales, los cuales deben ser entendidos como modelo a partir de la estructura de relaciones que opera entre los mismos. Los principales rasgos estructurales 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.**

El modelo médico hegemónico, se caracteriza por ser biologicista, ahistórico, asocial, individualista, de eficacia pragmática. En él, el concepto de salud – enfermedad está asociado al de mercancía: existe una asimetría entre el profesional y el “paciente”. La enfermedad está relacionada con un desvío, **la práctica es curativa a fin de eliminar el síntoma**. El paciente es considerado ignorante o poseedor de un saber equivocado y responsable de su enfermedad.

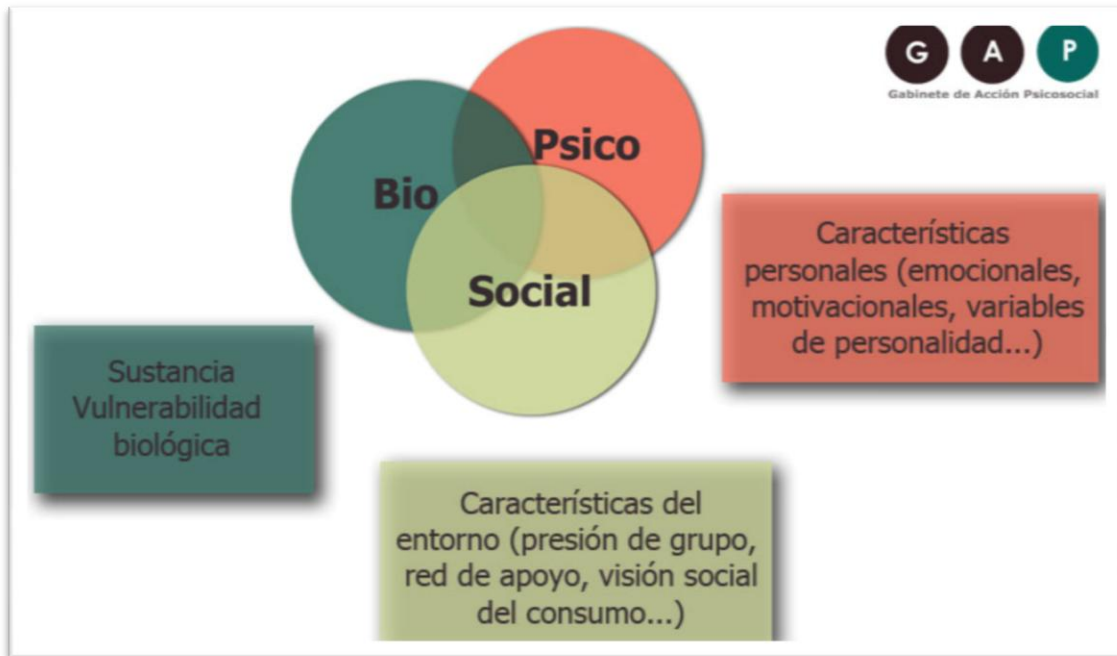
Laurell (1982) critica a este modelo cuando dice que el concepto médico hegemónico es ideológico (en el sentido de “correspondiente a la clase dominante”) *“el hecho de que el concepto enfermedad tiene un componente claramente ideológico, no quiere decir que es falso, sino que es parcial, eso implica, que no deja ver más que una parte de la problemática”*.

- Modelo de Cuidados Centrados en la persona: (Modelo Biopsicosocial – Proceso clínico centrado en la persona)

El término “medicina centrada en el paciente” fue acuñado por Michael Balint (1896-1970) en Inglaterra en la década de 1950, para diferenciarlo de la perspectiva dominante de la medicina, que él denominó centrada en la enfermedad.

Los cuidados centrados en la persona (CCP) son un modelo de cuidados de la salud (Coppolillo 2013) que se caracteriza por comprender el proceso salud enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial, y promover las decisiones compartidas entre médicos y pacientes; Integra en la atención los aspectos biológicos, emocionales, y contextuales, junto a las expectativas de los pacientes, valorando además la interacción humana en el proceso clínico.

Ilustración 1: Diagrama del Modelo Biopsicosocial



Fuente: Tomado de Aymat, A; Coppolillo, F. (2016), adaptado de Gabinete de Acción Psicosocial.

Conceptualizado por la escuela de Canadá de McWhinney et al., el método clínico centrado en el paciente (MCCP) se concreta en un método de atención clínica que toma en consideración simultánea la agenda del médico con la del paciente. El médico, en nuestro caso el nutricionista, trata de diagnosticar una enfermedad tal como está descrita en el corpus teórico de la medicina (*disease*) y de tratarla para mejorar su pronóstico y el paciente trata de aliviar su malestar (*illness*) según sus valores y preferencias. El Proceso Clínico Centrado en el Paciente es integrador y superador del concepto de la práctica clínica metódica puesto que incorpora el concepto de la continuidad en la atención de personas y familias.

La medicina centrada en el paciente se destaca por las siguientes características:

- *Permite a los pacientes expresar sus preocupaciones más importantes, incluye sus propias inquietudes*

- *Persigue que los pacientes verbalicen preguntas concretas*
- *Favorece que los pacientes expliquen sus creencias/ expectativas sobre la enfermedad*
- *Incorpora la visión del paciente sobre el problema*
- *Obtiene información que le permite aclarar el cuadro clínico*
- *Facilita la expresión emocional de los pacientes*
- *Proporciona información a los pacientes*
- *Hace partícipe al paciente en la confección de un plan de abordaje y tratamiento;*

*Consensua con el paciente los pasos a seguir*

- *Da una respuesta más integral al problema del paciente*
- *Favorece la relación médico-paciente, en la que cada cual sabe qué esperar del otro, la responsabilidad se comparte*
- *Intenta generar una alianza que favorezca la salud del paciente.*

Los componentes del MCCP son:

### **1. Exploración de la enfermedad y de la experiencia de estar enfermo**

El método clínico centrado en el paciente distingue entre enfermedad y dolencia.

*Enfermedad:* expresa la alteración real, morfológica que existe en el organismo

*Dolencia:* experiencia personal de estar o sentirse enfermo. El diagnóstico explica lo que cada individuo tiene en común con otros, pero la dolencia de cada persona es única.

### **2. Comprensión integral de la persona como un todo**

Es la integración de los conceptos de enfermedad y dolencia con una comprensión de la persona como un todo. Esto incluye la toma de conciencia de parte del paciente de su posición en el ciclo vital y del contexto en el cual vive.

El comprender a la persona como un todo, mejora la interacción entre el profesional y el paciente; el profesional que entiende al paciente como una persona completa, reconoce el impacto en la familia, ya sea mejorando, empeorando e incluso originando una dolencia en sus miembros.

El abordaje del paciente debe incorporar aspectos familiares, sociales, laborales, culturales y económicos. Como así también los tratamientos deben ser adaptados a todos los aspectos del entorno que puedan ser relevantes.

### **3. El encuentro de un terreno común con relación al manejo**

Es la tarea mutua de encontrar el terreno común entre el profesional y el paciente y se enfoca en tres áreas claves: La definición del problema y las prioridades; El establecimiento de las metas de tratamiento; Y la identificación de los roles que asumen el médico y el paciente.

En este modelo comunicacional el profesional debe buscar activamente los siguientes aspectos:

- Acuerdo en el diagnóstico o pauta diagnóstica.
- Acuerdo en el tratamiento.
- Acuerdo de los papeles que representa cada uno en la relación.
- Describir de forma clara y con lenguaje adecuado la definición del problema, metas del tratamiento y roles de cada uno.

-Posteriormente dar lugar a preguntas, dudas o preocupaciones del paciente, discusión mutua de estas y explicitación de los acuerdos.

-Participación del paciente en la decisión sobre cuál es la mejor forma de actuar con el asesoramiento cualificado del profesional, es la mejor manera de asegurar una actuación correcta (... "es importante que haga reposo relativo. ¿Cómo piensa que lo podría hacer?", "¿le parece bien el tratamiento que le he propuesto?").

- La expresión de acuerdo ha demostrado aumentar adhesión al tratamiento.

#### **4 . Prevención y promoción de salud**

Resalta la importancia de utilizar cada consulta, como una oportunidad para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud en función al ciclo vital individual y familiar en que se encuentra el paciente.

#### **5. El mejoramiento de la relación médico - paciente**

Enfatiza que cada contacto con el paciente debe utilizarse para construir la relación médico - paciente, al incluir empatía, confianza, solidaridad y la posibilidad de sanación. Los médicos reconocen que diferentes pacientes, requieren enfoques diferentes y los usan en una variedad de formas para conocer las necesidades del paciente.

El propósito de la relación profesional-paciente es:

- Ayudar al paciente.
- Mantener actitud abierta y alerta a las necesidades cambiantes del paciente.
- Involucrarse con el paciente.
- No limitar nuestra atención a pacientes que nos garanticen adherencia, "buena conducta" o salud mental.
- Creación del ámbito de intimidad adecuado.

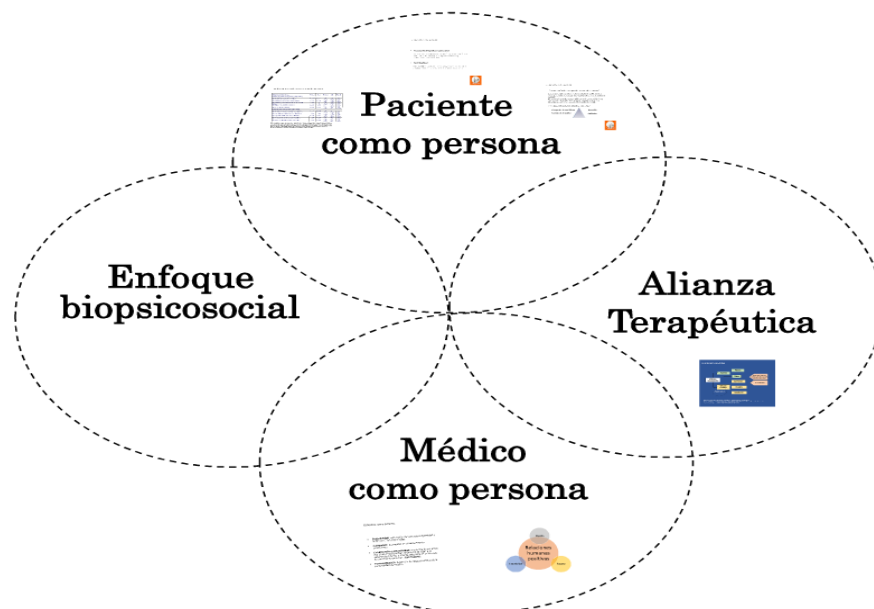
- Autoconocimiento (promueve cualidades de empatía, honestidad y cuidado).
- Uso del efecto placebo que la relación tiene en sí misma.

### **6. Uso realista del tiempo y recursos (Trabajo realista)**

Todo esto debe hacerse en el marco de los recursos reales que se tienen, con el tiempo de entrevista real del profesional y los medios que se encuentran a su alcance. El profesional debe ser realista acerca de la cantidad de energía emocional y física requerida, y trabajar en equipo.

Los elementos que hacen más adaptable este modelo a la realidad son: Planificar y organizar los recursos, establecimiento de prioridades, objetivos razonables y alcanzables, Controlar el tiempo y la energía emocional.

*Ilustración 2: Diagrama de los componentes de la medicina centrada en el paciente*



*Fuente: Tomado de Aymat, A; Coppolillo, F. (Ponencia 2016)*

### **4.3 Toma de decisiones compartidas**

En la práctica clínica, pacientes y profesionales sanitarios se enfrentan continuamente a situaciones en las que deben tomar decisiones con diferentes grados de incertidumbre, ya sea en



relación con procesos diagnósticos o terapéuticos. La toma de decisiones compartida es un estilo de relación entre el profesional sanitario y el paciente que se puede aplicar a todo tipo de interacción o de consulta, ya que siempre existen diferentes opciones, incluso la opción de no hacer nada. La participación del paciente en la toma de decisiones precisa un cambio en la forma tradicional de la atención sanitaria, pasando de un modelo paternalista a una relación más colaborativa, donde la opinión del paciente (y sus familiares) comporta ceder parte del control de la consulta, un trabajo de negociación continuado, y si nos atenemos a respetar las decisiones del paciente, un claro ejercicio que le permita ejercer su autonomía, lo que constituye un imperativo ético. (INFAC, 2014)

En este proceso interactivo, el profesional sanitario aporta sus conocimientos, así como información acerca de los riesgos y beneficios de una intervención diagnóstica o terapéutica, mientras que el paciente lo hace sobre sus valores, preferencias, preocupaciones y su experiencia con el problema de salud.

La toma de decisiones compartidas es considerada como un proceso por el cual se vinculan 3 factores (brindar información clara sobre la naturaleza del problema, ofrecer la mejor evidencia disponible sobre las opciones de manejo disponibles, y contemplar los deseos del paciente) para lograr un resultado de salud satisfactorio.

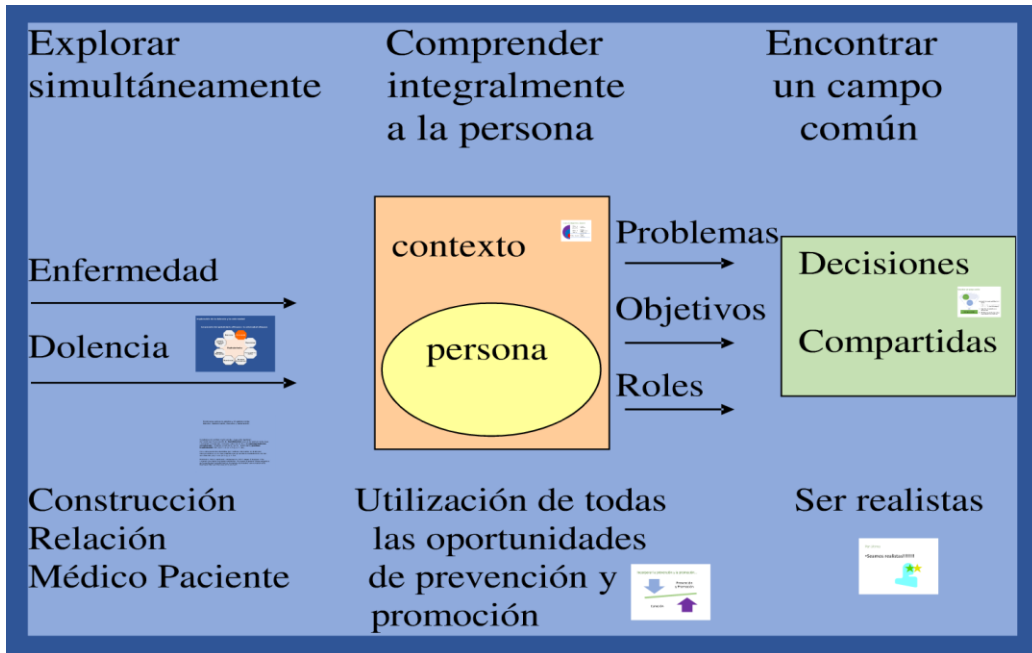
Existe evidencia que indica que la adopción de estas estrategias confiere beneficios no solo para los pacientes, sino también para los médicos y el sistema de salud.

Ofrece un proceso estructurado para incorporar evidencia, así como los valores y preferencias del paciente en las decisiones de detección.

Sus elementos centrales son la comunicación de riesgos y la clarificación de valores. La aclaración de valores considera tanto los valores del paciente como las preferencias del paciente.

Las preferencias son inclinaciones hacia o lejos de una opción. Los valores son los sentimientos subyacentes que ayudan a determinar las preferencias.

*Ilustración 3: Componentes para la toma de decisiones compartidas.*



*Fuente: Tomado de Aymat, A; Coppolillo, F. (2016), adaptado de Dr Carlos Cantale (ponencia 2003)*

## **6. MARCO METODOLÓGICO**

**5.1 Enfoque o paradigma:** se realizó una investigación desde un enfoque cualitativo, dada la complejidad de la temática abordada. Este tipo de enfoques jerarquiza la información procedente del discurso de los actores involucrados en determinados fenómenos, en este caso la obesidad. Intenta captar la definición de la situación que efectúa el propio actor social y el significado que éste da a su conducta, los cuales son claves para interpretar los hechos. El análisis busca contemplar la totalidad de la configuración en que se sitúa el actor y es, por lo tanto, holístico (Glaser y Strauss, 1969; Strauss, 1987).

**5.2 Método:** se utilizó el método fenomenológico a fines de comprender las experiencias y expectativas de los pacientes y de los nutricionistas respecto del tema. El método fenomenológico pretende describir la experiencia humana, sin acudir a explicaciones causales (Holstein 1994), lo que permitió conocer y analizar la realidad en torno al tratamiento de la obesidad desde la perspectiva de los nutricionistas y de los pacientes.

**5.3 Diseño:** responde a un diseño no experimental, ya que, aunque para los investigadores cualitativos la realidad se modifica con la sólo presencia en el campo de la investigación (Guba 1978), se pretende no modificar variables ni realizar intervenciones durante la investigación. Se tomó un período de tiempo para la recolección de la información por lo que se trata de un estudio de corte transversal.

### **Categorías de estudio o tópicos de interés**

- 1) expectativas de los protagonistas (paciente / nutricionista)
- 2) Toma de decisiones compartida
- 3) Recursos para la toma de decisiones

**5.4 Técnicas de recolección de la información:** se utilizaron entrevistas en profundidad con preguntas abiertas a fines de facilitar el discurso de los participantes y de anclaje que intentaron profundizar en aquellos aspectos del discurso que los requieran con la intención de explorar las expectativas y experiencias. Las mismas fueron audio-grabadas y se tomaron notas de campo que permitieron plasmar aspectos contextuales de interés.

**5.5 Universo de estudio:**

Dimensión 1: pacientes en tratamiento actual por obesidad

Dimensión 2: nutricionistas que realicen tratamiento para la obesidad.

**5.6 Muestreo:** se realizó muestreo teórico, intencional hasta la saturación de datos.

**5.7 Análisis de datos:** se realizó siguiendo los pasos de la Teoría Fundamentada (Glaser y Strauss citados por Vasilachis), para ello se procedió a la desgrabación de las entrevistas lo que constituyó el corpus de análisis. Luego se realizó la codificación y categorización. La codificación es el proceso por el cual se deconstruye el texto analizado, luego de su lectura y relectura, mediante la identificación de ideas, frases o conceptos denominados códigos. Luego de esta etapa, los códigos son agrupados en categorías explicativas de los mismos. Una vez identificadas las categorías, se procede a la reducción de las mismas dando lugar a categorías de mayor complejidad y jerarquía. Una vez identificada la categoría sustantiva se procede a la explicación de la misma dando lugar a una hipótesis heurística.

**5.8 Consideraciones éticas:** se solicitó autorización institucional para la realización de la presente investigación. Los participantes fueron informados y llenaron consentimiento correspondiente (se adjunta modelo de formulario). Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de la información mediante el uso de seudónimos.

### **Hallazgos del trabajo de campo**

La investigación se enmarcó en el Método Fenomenológico, tal como se describiera en el capítulo precedente, este método pone énfasis especialmente en las experiencias de los diferentes actores que intervienen en la presente investigación permitiendo lograr una visión holística del fenómeno de estudio. Asimismo se utilizó como método la Teoría Fundamentada, desarrollada por Glaser y Strauss en la década del 60 (1967), que sistematiza diferentes pasos para el desarrollo de teorías tales como: muestreo teórico, que implica el análisis de las entrevistas a medida que suceden para identificar el momento de la saturación de los datos; la deconstrucción de los textos mediante el proceso de codificación; la reconstrucción mediante la creación de categorías de diferente jerarquía y finalmente la creación de la categoría sustantiva que en un segundo momento podría dar lugar a la hipótesis heurística y a futuras teorías luego de varios procesos de reconstrucción e interpretación a la luz de la pregunta de investigación. Se desarrollaron siete entrevistas en profundidad a Licenciados en Nutrición y cinco a pacientes, en total fueron 2 horas de grabación que se transformaron luego en el corpus de análisis de la presente investigación.

El escenario de la investigación: el proceso de recolección de la información se llevó a cabo en las ciudades de San Miguel de Tucumán y de Yerba Buena en el ámbito natural en el que se desarrolla la consulta nutricional. Esto se justifica en una de las características que distinguen a la investigación cualitativa que es ser naturalista (Guba 2002) y desarrollar los procesos investigativos en el ámbito natural en el que se desarrolla la vida de los sujetos en función del fenómeno estudiado.

Categorías que surgen luego del análisis de los discursos de los pacientes:

❖ **Motivos de la consulta:**

La mayoría de los entrevistados coinciden que el motivo principal de la consulta al nutricionista fue para bajar de peso “*Siempre fui a nutricionistas*”. Sin embargo en algunos casos pareciera que fue una conducta adquirida y aprendida en el seno de la familia como en el caso de la entrevistada N° 4 quien afirmaba: “*Con mi mamá siempre fuimos a distintos nutricionistas, ahora tenemos una nutricionista que viene a la casa*”, en este caso la paciente refiere que desde niña asistió a diferentes profesionales al igual que su madre, lo que muestra modelos aprendidos en el seno de la familia.

Dos de los pacientes involucrados también aclaran que uno de los motivos de la consulta fue para mejorar la salud ya que las personas actualmente cuentan con información suficiente para asociar el sobrepeso y la obesidad con diferentes enfermedades “*Me siento mejor con menos peso*” “*Es más saludable*”, pero principalmente para bajar de peso “*Quiero verme mejor*” “*No me gusta verme obesa, no se consigue ropa*”.

❖ **Participación/ Toma de decisiones compartidas/ entrevistas:**

Los entrevistados interpretaron el término participación o toma de decisiones compartidas, como la posibilidad de decirle al nutricionista lo que le gusta o lo que no le gusta. “*...le dije que no comía mucho pescado, que el pescado que como era atún y no me pone otras cosas, o sea sólo me pone atún...*”

Según lo relatado por los pacientes, la entrevista o la consulta se basa en conocer sus gustos y preferencias, aunque aparecen contradicciones en los relatos en este aspecto. “*...No... (jaja) No, no, no. Te hablo también de experiencias pasadas...te preguntan qué te gusta bla bla bla y después en el plan encontrás lo mismo de todas las*

*dietas, te guste o no te guste...” “...las cosas que me gustan a veces están y a veces no ja ja ja...”*

Por otro lado 2 de los pacientes entrevistados, refieren tener una participación más bien pasiva en cuanto a la toma de decisiones en el tratamiento y en el armado del plan, dejando en manos de los nutricionistas la toma de decisiones terapéuticas. *“...obvio que ella decide...”*

❖ **Expectativas personales:**

Se desprende del discurso que la gran mayoría de los pacientes ponen sus expectativas en bajar de peso pero sobre todo mantener el peso bajado y con énfasis el aprender a seleccionar alimentos, generar un hábito *“...Quiero sentirme más cómoda, aprender a comer!!!!...”* Las expectativas que tienen los pacientes entrevistados para con sus nutricionistas están directamente relacionadas con el objetivo del tratamiento *“...que me haga bajar de peso y no vuelva a subir...”*. Esperan encontrar en su nutricionista una guía, que sea comprensivo/a y realista en cuanto a lo que puede lograr o cumplir el paciente *“...que me dé la motivación que necesito porque está bueno por ahí que haya alguien que te motiva a seguir cuando por ahí los objetivos estén como más difíciles...”*

### Categorías que surgen luego del análisis de los discursos de los nutricionistas:

#### ❖ **Parámetros que se tienen en cuenta para el tratamiento:**

Todos los entrevistados incluyen entre los parámetros a tener en cuenta para el tratamiento una serie de indicadores clínicos que abarcan el IMC, el peso, antropometría (pliegues, circunferencia de cintura), historia clínica del paciente (enfermedades y datos de laboratorio) “...anamnesis alimentaria y también en la parte antropométrico...”. También indicaron tener en cuenta los hábitos alimentarios de los pacientes, sus gustos y preferencias. Algunos nutricionistas hicieron referencia a conceptos como hábitos, rutinas, tipo de relaciones y expectativas “...me centro más en lo contextual

#### ❖ **Participación:**

Para 6 de los 7 nutricionistas entrevistados, la participación del paciente, tanto en el armado del plan como en la toma de decisiones durante el tratamiento, se da de forma indirecta al brindar información para que el nutricionista lo tenga en cuenta al elaborar el plan de tratamiento “...por ahí le pongo un plato y le hago elegir, o por ahí queelijamos juntos...”, algunos entrevistados no registran la participación de los pacientes “...mmm... no, bueno, no sé si cuenta como participación o no pero de que me aportan los datos de la comida del día a día...”

Para un solo entrevistado, la participación del paciente es completa tanto en el armado del plan como en la toma de decisiones del tratamiento “...como te digo, lo armo con ellos,- bueno a ver que tenes esta semana en la casa, bueno - tengo milanesas, tengo lo otro, bueno a ver perfecto entonces esas milanesas la podemos combinar con ensalada, con puré y lo vamos armando acá con ellos...” “... yo lo armo con ellos, sino no funciona, sino es lo que yo quiero comer... y no... es lo que ellos tienen ganas de comer...” “...los objetivos siempre los planteamos entre los dos. O sea,



*ellos y yo... que es lo que quieren ellos y que es lo que yo creo que ellos pueden lograr...”*

#### ❖ Ideas mágicas:

Se toma este concepto como las ideas o expectativas que trae, al parecer, característicamente el paciente obeso. Una ilusión de que el nutricionista tiene una solución y hará magia con el paciente.

Todos los entrevistados hicieron alusión a esta situación en la que el paciente con obesidad por lo general tiene expectativas altas con respecto a los resultados del tratamiento, delegando la responsabilidad al nutricionista “*...ellos esperan de mí, y hay muchas cosas que ellos esperan de mí no las puedo cumplir... yo no puedo hacer que ellos bajen 20kg en dos meses sin dañarles su salud...*”

#### ❖ Tiempo:

Para la mayoría de los entrevistados el concepto tiempo significa un parámetro de logro o éxitos terapéutico, refiriéndose al tiempo que el paciente logre mantener el objetivo alcanzado. Algunos entrevistados hacen hincapié en lo paulatino y sostenido que debe ser el descenso de peso para ser exitoso y se muestra en contra de los descensos bruscos por dañar la salud y no ser sostenibles en el tiempo “*...No, yo no creo en la dieta shock... me entiendes? Yo creo en la continuidad de tu alimentación y de aquí a un tiempo vos vas a ver los resultados...*” “*...yo no puedo hacer que ellos bajen 20kg en dos meses sin dañarles su salud... me entiendes?...*”

#### ❖ Indicadores de logros:

Por un lado, todos los nutricionistas entrevistados toman como indicador de logro el peso y el cambio en la composición corporal (masa grasa y masa magra) “*...En el peso primero que nada y en la medición de los pliegues...*”. Por otro lado, la mitad de los

entrevistados le otorgan gran importancia al aprendizaje que adquiere el paciente, al cambio de hábitos y al mantenimiento del tratamiento como principales indicadores de logro *“...Me paso de gente que le digo qué tiene que comer todos los días y no lo va a hacer nunca, entonces por ahí hago un semáforo o voy viendo y sobre todo le voy mostrando como se va modificando su peso para que se incentive a seguir el tratamiento...”*

❖ **Expectativas del nutricionista:**

Algunos refieren que no ponen expectativas en los pacientes puesto que hay una multiplicidad de factores que intervienen en el tratamiento y en los resultados *“... no ninguna, yo ya aprendí a no tener expectativa con el paciente...”*

En general las expectativas se basan en una respuesta positiva, en que el paciente logre un cambio *“...primero que por lo menos logren organizarse...” “...cambie el chip, a nivel como se relaciona con la comida, que la comida no sea la prioridad de su vida...”*

### **Triangulación de la información**

Categorías que surgen luego de la triangulación de los datos:

#### **❖ Motivaciones, elecciones, presiones, modelos aprendidos y estereotipos**

La mayoría de los entrevistados coinciden que el motivo principal de la consulta al nutricionista fue para bajar de peso "*Siempre fui a nutricionistas*". Sin embargo en algunos casos pareciera que fue una conducta adquirida y aprendida en el seno de la familia como en el caso de la entrevistada N° 4 quien afirmaba: "*Con mi mamá siempre fuimos a distintos nutricionistas, ahora tenemos una nutricionista que viene a la casa*", en este caso la paciente refiere que desde niña asistió a diferentes profesionales al igual que su madre, lo que muestra modelos aprendidos en el seno de la familia.

Dos de los entrevistados refieren no haber asistido por elección propia, sino por influencia de su familia. "*Mi familia me habló mucho sobre la importancia de cuidarme en cuanto a la salud más que nada, básicamente porque ellos me obligaron*" Pareciera que la influencia de la familia tiene que ver con aspectos relacionados a la salud, tal como se aprecia en el discurso de algunos pacientes, sin embargo también se escucha en los discursos que la familia los presionó a asistir al nutricionista por una cuestión de imagen "*por estética andá al nutricionista*", estos casos dan cuenta de la persistencia de ciertos estereotipos de imagen arraigados en nuestra sociedad.

Dos de los pacientes involucrados también aclaran que uno de los motivos de la consulta fue para mejorar la salud ya que las personas actualmente cuentan con información suficiente para asociar el sobrepeso y la obesidad con diferentes

enfermedades *“Me siento mejor con menos peso” “Es más saludable”*, pero principalmente para bajar de peso *“Quiero verme mejor” “No me gusta verme obesa, no se consigue ropa”*, aquí nuevamente surge del discurso de los entrevistados el estereotipo de belleza propio de esta época, asimismo queda expuesta que la industria textil promueve dichos modelos con los talles no estandarizados que caracterizan sus prendas. La imagen corporal es una representación mental que un sujeto tiene sobre su propio aspecto físico. Involucra el cómo se percibe cuando se mira al espejo, así como los sentimientos y emociones que experimenta la persona respecto a cómo percibe su físico. Sin embargo la construcción de esta imagen está influenciada por las representaciones sociales respecto de la misma.

Para los nutricionistas, los pacientes traen consigo algunas ideas mágicas respecto de los resultados. Ellos hacen referencia a la ilusión de los pacientes acerca de que el nutricionista tiene LA solución y hará magia con ellos. Todos los profesionales entrevistados hicieron alusión a esta situación en la que el paciente con obesidad por lo general tiene expectativas altas con respecto a los resultados del tratamiento, delegando la responsabilidad al nutricionista *“...ellos esperan de mí, y hay muchas cosas que ellos esperan de mí no las puedo cumplir... yo no puedo hacer que ellos bajen 20kg en dos meses sin dañarles su salud...”*

#### ❖ **Expectativas propias, ajenas, consolidaciones y reincidencias**

Se desprende del discurso que la gran mayoría de los pacientes ponen sus expectativas en bajar de peso pero sobre todo mantener el peso bajado y con énfasis el aprender a seleccionar alimentos, generar un hábito *“...Quiero sentirme más cómoda, aprender a comer!!!...”* El total de los participantes hace referencia, en algún momento de la entrevista, a que ha realizado ya tratamiento de descenso con uno o varios

nutricionistas *“...hice dietas con otros nutricionistas y me costó mantenerlo en el tiempo...”* *“...siempre fui a nutricionistas...”*

Respecto de los nutricionistas entrevistados se observa que, sus expectativas van cambiando respecto al paciente y a los años de experiencia en ese rubro. Algunos refieren que no ponen expectativas en los pacientes puesto que hay una multiplicidad de factores que intervienen en el tratamiento y en los resultados *“... no ninguna, yo ya aprendí a no tener expectativa con el paciente...”*. En general las expectativas se basan en una respuesta positiva, en que el paciente logre un cambio *“...primero que por lo menos logren organizarse...”* *“...cambie el chip, a nivel como se relaciona con la comida, que la comida no sea la prioridad de su vida...”*

Siguiendo con los pacientes, sus expectativas para con los profesionales a los que consultan, están directamente relacionadas con el objetivo del tratamiento *“...que me haga bajar de peso y no vuelva a subir...”* *“...Con este de ahora ya no es una cuestión de bajar de peso sino aprender a comer mejor, no el típico hacer dieta con el nutricionista sino cambiar la forma de alimentación pero no sé si será tan fácil para mí...”* Asimismo, esperan encontrar en su nutricionista una guía, que sea comprensivo/a y realista en cuanto a lo que puede lograr o cumplir el paciente *“...que me dé la motivación que necesito porque está bueno por ahí que haya alguien que te motiva a seguir cuando por ahí los objetivos estén como más difíciles...”*

#### ❖ **Tiempo y parámetros de logro**

Para la mayoría de los entrevistados el concepto tiempo significa un parámetro de logro o éxitos terapéutico, refiriéndose al tiempo que el paciente logre mantener el objetivo alcanzado. Algunos entrevistados hacen hincapié en lo paulatino y sostenido que debe ser el descenso de peso para ser exitoso y se muestra en contra de los descensos bruscos por dañar la salud y no ser sostenibles en el tiempo *“...No, yo no*

*creo en la dieta shock... me entiendes? Yo creo en la continuidad de tu alimentación y de aquí a un tiempo vos vas a ver los resultados...” “...yo no puedo hacer que ellos bajen 20kg en dos meses sin dañarles su salud... me entiendes?...”*. Esto también se ve reflejado en el discurso de los pacientes. Por otro lado, la mitad de los entrevistados le otorgan gran importancia al aprendizaje que adquiere el paciente, al cambio de hábitos y al mantenimiento del tratamiento como principales indicadores de logro *“...Me paso de gente que le digo qué tiene que comer todos los días y no lo va a hacer nunca, entonces por ahí hago un semáforo o voy viendo y sobre todo le voy mostrando como se va modificando su peso para que se incentive a seguir el tratamiento...”*

#### ❖ **Participación y Recursos para la Toma de decisiones compartidas**

Los entrevistados interpretaron el término participación o toma de decisiones compartidas, como la posibilidad de decirle al nutricionista lo que le gusta o lo que no le gusta. *“...le dije que no comía mucho pescado, que el pescado que como era atún y no me pone otras cosas, o sea sólo me pone atún...”*

La mayoría de los pacientes indica sí participar en el tratamiento, ellos sienten que participan por el hecho que la nutricionista le permite comer ciertos alimentos que les gusta y no son tan adecuados para el tratamiento o al respetar sus gustos a la hora de realizar el plan *“... que si me gusta comer chocolate, una vez a la semana...”*. Da la sensación que, cuando el nutricionista les permite incorporar los alimentos que les gustan, los pacientes se sienten partícipes del tratamiento. En realidad, a la luz del Proceso Clínico Centrado en la Persona, podríamos discutir o reflexionar si se trata de una participación real o aparente.

Los pacientes relatan que, la entrevista o la consulta se basa en conocer sus gustos y preferencias, aunque aparecen contradicciones en los relatos en este aspecto ya que, algunos de ellos, no siempre sienten que en la entrevista se tengan en cuenta sus

preferencias “...No... (jaja) No, no,no. Te hablo también de experiencias pasadas...te preguntan qué te gusta bla bla bla y después en el plan encontrás lo mismo de todas las dietas, te guste o no te guste...” “...las cosas que me gustan a veces están y a veces no ja ja ja...” mientras que otros, muy por el contrario, consideran que sus preferencias y opiniones sí son tenidas en cuenta “...Sí, entre las dos ponemos de nuestra parte. La verdad que si me siento parte de este plan...” “...Mmmm (duda) siempre depende de la otra persona y de cómo te sentís... si me paso de sentirme parte pero también me paso muchas veces de que hace lo mismo con todo el mundo... sobre todo con los planes...”

Estas contradicciones nos llevan a pensar que depende de las características personales de los nutricionistas y no de aspectos comunes tomados de paradigmas como el biopsicosocial aprendidos durante la formación. También los pacientes indican que los profesionales se basan en los avances del plan, en el peso y en indicadores clínicos.

Por otro lado dos de los pacientes entrevistados, refieren tener una participación más bien pasiva en cuanto a la toma de decisiones en el tratamiento y en el armado del plan, dejando en manos de los nutricionistas la toma de decisiones terapéuticas. Esta posición de algunos pacientes parece sostenerse en modelos hegemónicos en las ciencias de la salud, donde el paciente tiene un rol pasivo, de receptor de la aplicación de los saberes profesionales sin tomar la posibilidad de participar activamente de su propio tratamiento y limitarse a “hacer caso” “...obvio que ella decide...”

La gran mayoría de los nutricionistas entrevistados, la participación del paciente, tanto en el armado del plan como en la toma de decisiones durante el tratamiento, se da de forma indirecta. El paciente brinda información personal (gustos, preferencias, historia clínica) para que luego el nutricionista “adapte” el plan y el tratamiento a dicho paciente “...por ahí le pongo un plato y le hago elegir, o por ahí que elijamos juntos...” sin embargo hay algunos de los nutricionistas entrevistados que no tienen mucho

registro sobre la participación de los pacientes “...mmm... no, bueno, no sé si cuenta como participación o no pero de que me aportan los datos de la comida del día a día...” Esto se ve reflejado en algunos parámetros que toman en cuenta los nutricionistas entrevistados como ser hábitos diarios o rutina general del paciente “...me centro más en lo contextual...” “...trabajo más en lo que es motivos que te llevan a comer...” (Horarios, estilo de vida, tipo de relaciones, etc), antecedentes de tratamientos nutricionales, las ganas o la actitud del paciente y sus expectativas “...las ganas de cambiar que tiene...” “...que yo primero veo es como la motivación que tiene el paciente...”, también hacen referencia a aspectos empáticos fundamentales a tener en cuenta a la hora de plantear un tratamiento nutricional y en la necesidad de conocer y reconocer al otro como sujeto “...trato de relajarlos, de desneurotizarlos con el tema...” “...lo más importante la primera vez es poder conocerlo...” “...aprendo mucho de ellos...”

Para uno de los entrevistados, la participación del paciente se da de forma directa. En este caso el paciente asume un rol protagónico tanto en el armado del plan como en la toma de decisiones del tratamiento “...como te digo, lo armo con ellos,- bueno a ver que tenes esta semana en la casa, bueno - tengo milanesas, tengo lo otro, bueno a ver perfecto entonces esas milanesas la podemos combinar con ensalada, con puré y lo vamos armando acá con ellos...” “... yo lo armo con ellos, sino no funciona, sino es lo que yo quiero comer... y no... es lo que ellos tienen ganas de comer...” “...los objetivos siempre los planteamos entre los dos. O sea, ellos y yo... que es lo que quieren ellos y que es lo que yo creo que ellos pueden lograr...”

Categoría sustantiva: ***Expectativas comunes pero diferentes y toma de decisiones no tan compartidas***: las expectativas de los pacientes y de los nutricionistas convergen



respecto del objetivo del descenso de peso pero presentan divergencias respecto del tiempo y el modo. Los pacientes sienten que tienen algún tipo de participación en la consulta y el tratamiento, sin embargo en la mayoría de los casos su participación es pasiva y no se observa la existencia de toma de decisiones compartidas entre pacientes y profesionales salvo honrosas excepciones. En este sentido, en los casos en los que se da la toma de decisiones compartidas y el involucramiento real del paciente, se observa que depende de cualidades y características personales de algunos nutricionistas que construyen una relación con el paciente dando importancia a los aspectos subjetivos y saberes que estos traen. Se desprende del análisis de entrevistas a nutricionistas y a pacientes que no se utilizan modelos específicos para toma de decisiones compartidas como así tampoco para valorar las necesidades subjetivas del paciente y conformar con él un campo en común tal como propone el Proceso Clínico Centrado en la Persona.

## 7. DISCUSION

La presente investigación se desarrolla en el marco de la realización de tesis de licenciatura para la obtención del título de Licenciado en Nutrición. La misma se desarrolló entre los meses de Agosto de 2018 y Julio de 2019 en la provincia de Tucumán y tuvo por objeto caracterizar las expectativas de pacientes y de nutricionistas en la consulta nutricional para el tratamiento de la obesidad.

Entre los hallazgos de la presente tesis se destaca que las expectativas de los pacientes y de los nutricionistas coinciden respecto del objetivo del descenso de peso pero presentan divergencias respecto del tiempo y el modo. Para los nutricionistas, los pacientes traen consigo algunas ideas mágicas respecto de los resultados. Todos los profesionales entrevistados hicieron alusión a esta situación en la que el paciente con obesidad por lo general tiene expectativas altas con respecto a los resultados del tratamiento, delegando la responsabilidad al nutricionista. A la luz de la realidad la gran mayoría de los pacientes entrevistados ponen sus expectativas en bajar de peso pero sobre todo mantener el peso bajado y con énfasis en aprender a seleccionar alimentos, generar un hábito. En cuanto a los nutricionistas, algunos refieren que no ponen expectativas en los pacientes puesto que hay una multiplicidad de factores que intervienen en el tratamiento y en los resultados. Pero en general las expectativas se basan en una respuesta positiva, en que el paciente logre un cambio.

En cuanto a la toma de decisiones compartidas en la consulta, los pacientes entrevistados lo interpretaron como la posibilidad de decirle al nutricionista lo que le gusta o lo que no le gusta y que se le permita comer ciertos alimentos que les gusta y no son tan adecuados para el tratamiento. La mayoría de los pacientes indicó sí participar en el tratamiento pero a la luz del Proceso Clínico Centrado en la Persona (PCCP), podríamos discutir o reflexionar si se trata de una participación real o aparente. El PCCP hace partícipe al paciente en la confección de un plan de abordaje y tratamiento; Consensua con el paciente los pasos a seguir. (Coppolillo, F; 2013)

En cuanto a la consulta y al abordaje del tratamiento nutricional, los pacientes relataron que, la entrevista o la consulta se basan en conocer sus gustos y preferencias, aunque aparecen contradicciones en los relatos en este aspecto ya que, algunos de ellos, no siempre sienten que en la entrevista se tengan en cuenta sus preferencias. Estas contradicciones nos llevan a pensar que depende de las características personales de los nutricionistas y no de aspectos comunes tomados de paradigmas como el biopsicosocial aprendidos durante la formación.

Por otro lado dos de los pacientes entrevistados, refieren tener una participación más bien pasiva en cuanto a la toma de decisiones en el tratamiento y en el armado del plan, dejando en manos de los nutricionistas la toma de decisiones terapéuticas. Esta posición de algunos pacientes parece sostenerse en modelos hegemónicos en las ciencias de la salud, donde el paciente tiene un rol pasivo, de receptor de la aplicación de los saberes profesionales sin tomar la posibilidad de participar activamente de su propio tratamiento y limitarse a “hacer caso”. (Aymat, 2016)

Tanto en el primer antecedente citado, titulado “Motivación y adherencia al tratamiento de niños de 6 a 13 años con sobrepeso y obesidad del HIGA Eva Perón”, como en los datos obtenidos a partir de las entrevistas a los pacientes, podemos

observar un alto porcentaje de reiterados intentos con fracaso en el tratamiento de Obesidad, y a su vez un fuerte anhelo por alcanzar el éxito terapéutico y la capacidad de mantener los resultados en el tiempo. En ambos estudios los pacientes mostraron gran interés en el aprendizaje de hábitos saludables. Todo esto deja de manifiesto la necesidad de un cambio en el enfoque de lo meramente nutricional.

Se desprende del análisis de entrevistas a nutricionistas y a pacientes que no se utilizan modelos específicos para toma de decisiones compartidas como así tampoco para valorar las necesidades subjetivas del paciente. Esto coincide con la investigación titulada “La toma de decisiones compartidas desde la perspectiva del paciente oncológico: roles de participación y valoración del proceso” Utilizada como antecedente de este trabajo de investigación, en la que se expone que tanto la inexistencia de un rol activo como la preferencia de uno pasivo por parte de los pacientes pueden estar influenciados, en parte, por el modelo paternalista aún existente, que confirma que los pacientes no muestran gran interés en participar en las decisiones que afectan a su salud, y se apunta, igualmente, al paternalismo sanitario, aún mayoritario en la sanidad española, entre las posibles causas de dicha actitud. (Padilla-Garrido, N.; 2017).

Se destaca la concordancia con el tercer antecedente de esta investigación, “Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud”, que obtuvo como resultado que los entrevistados *priorizan la escucha, la información y que el médico tenga en cuenta su opinión, antes que participar en las decisiones*. Las entrevistas realizadas a los pacientes en el actual trabajo de investigación también evidenciaron una notable inclinación por parte de los pacientes

hacia los nutricionistas que los escuchan y tienen realmente en cuenta sus aportes durante la consulta.

Entre las limitaciones de este estudio podemos destacar, en primer lugar, la dificultad para conseguir voluntarios para las entrevistas, sobre todo pacientes, y según lo percibido se puede deber al miedo, vergüenza o la incertidumbre ante una entrevista abierta.

En cuanto al instrumento, se tuvo que ir modificando a lo largo de la investigación, tanto para mejorar la comprensión e interpretación de los interrogantes, como para lograr una obtención más profunda y más rica de información.

## **8. CONCLUSION**

Las expectativas de los pacientes y de los nutricionistas en la consulta nutricional para el tratamiento de la obesidad convergen respecto del objetivo de descenso de peso y también lograr un cambio en los hábitos alimenticios permitiendo que los resultados obtenidos en dicho tratamiento se mantengan en el tiempo.

Se puede concluir que no se utilizan modelos específicos para toma de decisiones compartidas como así tampoco para valorar las necesidades subjetivas del paciente y conformar con él un campo en común tal como propone el Proceso Clínico Centrado en la Persona, sino que depende de las características personales de los nutricionistas la participación, o no, del paciente en el tratamiento.

## **9. PROPUESTAS**

A partir de este trabajo de investigación, y como una inquietud personal que surgió en el transcurso de la carrera, quisiera proponer que se brinde formación específica para el abordaje del tratamiento nutricional a partir de modelos concretos para la toma de decisiones compartidas y para una humanización de la nutrición.

A partir de la Nutrición centrada en el paciente, lograr que la toma de decisiones compartidas, la relación nutricionista – paciente y sus roles en el tratamiento no dependan de las características personales del profesional sino que sea formada y considerada como una competencia del nutricionista.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Aymat, A. (2016) Del Modelo Hegemónico del Médico a Proceso Clínico Centrado en la Persona. Docencia e investigación - Programa Nacional de atención primaria.
2. Aymat, A; Coppolillo. F. (2016) Del Modelo Hegemónico del Médico a Proceso Clínico Centrado en la Persona. XV Congreso de Medicina Familiar. Buenos Aires, Argentina.
3. Barani, M; Kopitowski, K. (2013) Toma de decisiones compartidas: centrando los cuidados médicos realmente en nuestros pacientes. *Revista Hospital Italiano*.
4. Boletín de vigilancia n° 8. (2016). Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo. Obesidad: Determinantes, epidemiología y su abordaje desde la salud pública. Recuperado en: <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/vigilancia/publicaciones/boletines-del-ent>
5. Cacace, P; Aymat, A. (2019). Medicina Centrada en el Paciente: la inevitable evolución del Método Clínico. Federación Argentina de Medicina Familiar.
6. Caixas. A. (2000). Pharmacological treatment of obesity. *Revista Endocrinología y nutrición*. Vol 47. Núm. 1. Pág. 16. Publicado por Elsevier

España. Recuperado en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-tratamiento-farmacologico-obesidad-9266>

7. Coppolillo, F. (2013). Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la atención primaria y la medicina familiar. *Archivos de Medicina Familiar y General*; 10(1): 45 – 50.
8. Cuevas, M y M. S. Reyes, S. (2005). ¿Hay lugar aún para la terapia conservadora? *Revista médica de Chile*, 133(6), pág. 713-722. Recuperado en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000600015>
9. Delgado, L. A. López-Fernández A , J. de D. Luna, L. Saletti Cuesta, N; Gil Garrido y A. Puga González. (2010). Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud. Publicado por Elsevier España. Recuperado en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v24n1/original10.pdf>
10. Galante, M; O'Donnell, V; Gaudio, M; Begue, C; King, A & Goldberg, L. (2016). Situación epidemiológica de la obesidad en la Argentina. *Revista argentina de cardiología*, 84(2), 1-10. Recuperado en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1850-37482016000200007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482016000200007&lng=es&tlng=es).
11. Glaser, y A. Strauss (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company.
12. Glyn Elwyn, Dominick Frosch, Richard Thomson, Natalie Joseph-Williams, Amy Lloyd, Paul Kinnersley, Emma Cording, Dave Tomson, Carole Dodd, Stephen Rollnick, Adrian Edwards, and Michael Barry. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*; 27(10): 1361–1367.
13. Grad, R; Legaré, F et al. (2017) Shared decision making in preventive health care: What it is; what it is not. *Canadian Family Physicians*, Vol 63.
14. Guba, E. y Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En C. Deman y J. Haro (Comps.), *Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 113-145). Sonora: El Colegio de Sonora.
15. INFAC. (2014). Participación del paciente en la toma de decisiones. *Boletín INFAC*, España, volumen 22, n.3, pp 12-13. Recuperado en: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac\\_2014/es\\_def/adjuntos/INFAC\\_Vol\\_22\\_n\\_3\\_Decisiones\\_compartidas.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2014/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_22_n_3_Decisiones_compartidas.pdf)



16. Lafuente M. D. (2011) Trastornos de la Conducta Alimentaria 14. Pág. 1490-1504. Recuperado en: [http://www.tcasevilla.com/archivos/tratamiento\\_cognitivo\\_conductual\\_de\\_la\\_obesidad.pdf](http://www.tcasevilla.com/archivos/tratamiento_cognitivo_conductual_de_la_obesidad.pdf)
17. Laurell AC. “El carácter social del proceso salud-enfermedad”; en: Vida y Muerte del Mexicano, Folios, México 1981. — IBASE. Saúde e Trabalho no Brasil. Vozes, Petrópolis, 1982.
18. Longo. E. N; Navarro. E. T. (2016). Técnica dietoterápica. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El Ateneo.
19. Menéndez E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Pág. 451-464.
20. Ministerio de Salud de la Nación. (2017). Encuentro Federal de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad. Recuperado en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/ministerio-de-salud-realizo-encuentro-federal-de-alimentacion-saludable-y-prevencion-de-la>
21. Ministerio de Salud de la Nación. (2019). 4º Encuesta Nacional de factores de Riesgo: Informe definitivo. Buenos Aires, Argentina. Recuperado en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001622cnt-2019-10\\_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001622cnt-2019-10_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf)
22. Ministerio de Salud de la Nación. (2017). Primer plenario de la Comisión Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad. Recuperado en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-realizo-el-primer-plenario-de-la-comision-nacional-de-alimentacion-saludable-y-1>
23. Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). Organización mundial de la salud. Recuperado en: <http://www.who.int/topics/obesity/es/>
24. Padilla-Garrido, N., Aguado-Correa, F., Ortega-Moreno, M., Bayo-Calero, J., & Bayo-Lozano, E. (2017). La toma de decisiones compartidas desde la perspectiva del paciente oncológico: roles de participación y valoración del proceso. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 40(1), 25-33. Recuperado en: <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0003>
25. Servicio de Endocrinología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
26. Suarez Cuba, M. A. Medicina Centrada en el paciente. (2012) Rev. Méd. La Paz, vol.18, n.1, pp. 67-72. Recuperado en: <http://www.scielo.org.bo/scielo.php>.

## 11. ANEXOS

### Consentimiento informado – Notificación

El presente trabajo de tesis de licenciatura titulado “**Toma de decisiones compartidas en la consulta nutricional ¿Son los pacientes con obesidad los verdaderos protagonistas de su tratamiento?**”, elaborado por la Srta. Sofía Heguy, estudiante de la Licenciatura en Nutrición de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSTA.

El objetivo de este trabajo es:

*“Caracterizar las expectativas de pacientes y de nutricionistas en la consulta nutricional para el tratamiento de la obesidad.”*

La participación en este trabajo de investigación es estrictamente voluntaria. La información proporcionada será confidencial y no se usará para ningún propósito fuera de este trabajo.

En caso de tener una duda al respecto, puede hacer la consulta que sea necesaria para completar su información. En caso de que algunas preguntas del cuestionario le resulten incómodas o inconvenientes tiene el derecho de hacérselo saber a la Srta. Sofía Heguy, o, directamente negarse a responder.

Desde ya se agradece su participación.

Cordialmente.

Sofía Heguy

#### Consentimiento informado - Aceptación

**ACEPTO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE en este trabajo de investigación,** conducido por Sofía Heguy. He sido informado que los fines/objetivo de este trabajo es:

*“Caracterizar las expectativas de pacientes y de nutricionistas en la consulta nutricional para el tratamiento de la obesidad.”*

Reconozco que la información que Yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y exclusivo para este trabajo. Se prohíbe utilizarla para cualquier otro propósito. He sido informado/a que puedo hacer preguntas sobre el trabajo en cualquier momento y que puedo no responder a las preguntas que me incomoden. De tener preguntas sobre mi participación en este trabajo, puedo contactar a la Srta. Sofía Heguy en el siguiente número telefónico: 3815275950

Apellido y Nombre del participante:

Firma:

Fecha: