



Licenciatura en Nutrición

Trabajo Final Integrador

Tema: “Estudio comparativo sobre la efectividad de los distintos modelos de atención en el tratamiento de la obesidad”

Profesores: _María Silvia González
_Gustavo Bareilles

Alumna: Cecilia Inés Bruno

Febrero 2013

Índice

- **Introducción..... Pág. 1**
 - Identificación del proyecto.....Pág.1
 - Justificación.....Pág.1
 - Presentación del problema.....Pág.2
 - ObjetivosPág.2
 - Aspectos Metodológicos.....Pág.2
 - Materiales y Métodos.....Pág.3

- **Marco teórico.....Pág. 3**
 - Estado del arte.....Pág.3
 - Marco conceptual.....Pág.9

- **Trabajo de campo.....Pág.15**
 - Entrevistas realizadas.....Pág.15
 - Interpretación de datos (cuadro comparativos)...Pág.19
 - Recolección de datos (tablas).....Pág.20
 - Interpretación de datos (gráficos).....Pág.22
 - Interpretación de resultados.....Pág.23

- **Conclusión.....Pág.25**

- **Bibliografía.....Pág.27**

1. Identificación del proyecto

Tema: "Estudio comparativo sobre la efectividad de los distintos modelos de atención en el tratamiento de la obesidad"

Marco: el proyecto se llevará a cabo durante el año 2012.

2. Resumen técnico

2.1 Justificación.

Está comprobado que la obesidad al ser una enfermedad crónica necesita un seguimiento a largo plazo, teniendo en cuenta que el paciente puede recaer constantemente a los hábitos que llevaron a contraer la enfermedad (OMS, 2000), el Lic. en Nutrición debe estar preparado para brindar una atención adecuada siendo la alimentación el área en la que el nutricionista se conoce como experto.

En el tratamiento convencional es fundamental una correcta alimentación acompañada con actividad física para lograr el descenso de peso, por lo que el nutricionista tiene un rol fundamental de educador, y debe tener la capacidad para distinguir a un enfermo agudo de uno crónico pudiendo así realizar la intervención correcta, acompañando a lo largo del tratamiento las necesidades del paciente.

El tratamiento nutricional puede ser abordado desde dos modelos diferentes de atención, por un lado desde el modelo biomédico, donde el profesional cumple un rol activo, solo prescribe y el paciente debe seguir las indicaciones sin participación alguna. Mientras que el modelo psicosocial, se diferencia del anterior por un rol más activo por parte del paciente y si bien el nutricionista también prescribe, permite una flexibilidad otorgando un tratamiento personalizado enfocándose no sólo en la enfermedad sino en como se siente el paciente a lo largo del mismo.

El licenciado en nutrición ha sido preparado para reconocer una patología, conocer sus síntomas, sus complicaciones, factores de riesgo y su tratamiento. Pero poco se lo prepara para conocer la dinámica de una enfermedad crónica viéndola desde otra perspectiva, enfocándose en el paciente, en lo que siente, desde el momento en que se entera que tiene una enfermedad que lo acompañará toda la vida, durante el tratamiento y hasta llegar a su recuperación.

En las universidades de la provincia de Buenos Aires y de la CABA en donde se dicta la carrera de licenciatura en nutrición, las asignaturas en donde el abordaje sea las enfermedades crónicas son mínimas.

La universidad iSALUD es la única del país que contiene una materia específica para este tipo de patologías, por lo que los profesionales de otras universidades que deseen dedicarse a obesidad, diabetes, celiaquía etc, deberían realizar una capacitación en enfermedades crónicas para poder manejar a un paciente de estas características y tener un resultado positivo y sostenido en el tiempo.

Es común en la rama de la medicina que tanto los profesionales como los pacientes estén acostumbrados cada uno a su rol, el profesional realiza un diagnóstico, prescribe un tratamiento y la participación de paciente desaparece, es decir que aún se desconocen las diferencias entre el abordaje de una enfermedad aguda al de una crónica.

El profesional debe correrse del rol protagónico que el modelo biomédico le impuso. Como futuros profesionales de la salud debemos aprender a conocer al paciente y si se presenta un paciente con obesidad, diabetes, hipertensión arterial entre otras enfermedades crónicas, se debería tener en cuenta que el paciente debe modificar su estilo de vida para poder realizar el tratamiento, ya sea reduciendo el consumo de sodio, o el de grasas saturadas, hábitos que el paciente fijó fuertemente a lo largo de su vida y una correcta intervención es trabajar progresivamente para que el paciente adhiera al tratamiento.

La alimentación no es solo el acto de comer. Con la comida se agasaja, con la comida se comparte, la comida esta en todos lados, no se lo puede alejar de los alimentos tal como a un adicto se lo aleja del alcohol o las drogas, se debe reeducar al paciente para que aprenda cómo y que comer

Es así que la educación terapéutica en pacientes crónicos se esta implementando como un nuevo modelo de atención en donde las estrategias de intervención no sólo son biomédicas sino que también se tiene en cuenta la situación social y funcional

La educación terapéutica ha sido exitosa para tratar enfermedades crónicas por lo que la formación de los futuros profesionales de la licenciatura en nutrición como así también a los profesionales en ejercicio, es necesaria para que sus prácticas tengan un valor agregado y puedan ampliar su conocimientos mas allá del área clínica.

2.2 Objetivos:

Objetivo general: Comparar los resultados de los distintos modelos de atención en el tratamiento de la obesidad

Objetivos específicos:

- 1) Describir el modelo de tratamiento biomédico y el psicosocial.
- 2) Evaluar los resultados obtenidos en los pacientes de cada tratamiento

Pregunta ¿Qué modelo de atención es más efectivo en el tratamiento de la obesidad?

3. Aspectos Metodológicos

Se define este estudio como

- Observacional por lo que no habrá intervención en la misma.
- Descriptivo, en donde se busca especificar las propiedades mas importantes del grupo sometido a análisis
- Longitudinal en donde las variables serán evaluadas a lo largo del tiempo.
- Retrospectivo

3.1 Población y muestra.

Universo: constituido por la población obesa en tratamiento.

Unidad de análisis: Licenciados en Nutrición de un establecimiento público y de uno privado.

Características de las instituciones:

Establecimiento 1: Hospital Público, ubicado en el partido de San Martín provincia de Buenos Aires. Cuenta con múltiples especialidades por lo que se realizan residencias con rotación constante de profesionales inclusive en el área de nutrición.

Establecimiento 2: Clínica privada especializada en obesidad y trastornos alimentarios. Ubicada en capital federal. Cuenta con equipo transdisciplinario y ofrece diferentes planes tanto de internación como ambulatorios de acuerdo a la necesidad del paciente.

4. Materiales y métodos.

4.1 Variables relevantes: los modelos de atención en el tratamiento de la obesidad

4.2 Variables no relevantes: los resultados de evaluación, descenso de peso, recaídas, mantenimiento.

4.3 Equipos, técnicas e instrumentos: entrevistas.

Obtención de datos: se realizaron dos visitas en ambos establecimientos en el mes de noviembre de 2012. La primera visita fue de observación, en donde se tomó nota de las características físicas (consultorio y sala de espera) de cada institución.

En la segunda visita se realizaron las entrevistas a dos licenciados en nutrición de cada institución. Una vez finalizadas y con autorización de los mismos se recolectó información específica de ocho pacientes pertenecientes a cada profesional entrevistado. Los datos fueron sacados de las historias clínicas de cada paciente, ellos fueron, fecha de inicio de tratamiento, peso inicial, peso actual e IMC (índice de masa corporal)

5. Marco Teórico

5.1 Estado del arte

La obesidad es una enfermedad crónica considerada por la Organización Mundial de la Salud, 2003 (OMS) una de las epidemias en aumento en los últimos años dadas las consecuencias y los problemas que conlleva. Gran parte de la población desconoce las complicaciones tanto físicas como psicológicas que pueden desencadenarse, por lo que asocian al sobrepeso y a la obesidad a un problema estético, sin tener en cuenta el impacto social, sanitario y económico que la enfermedad representa. En los últimos años se ha estudiado exhaustivamente el funcionamiento de la enfermedad, como ser sus causas, factores de riesgo y complicaciones. Pero poco se ha podido avanzar con su

tratamiento que continua centrado en medicamentos tales como el orlistat, sibutramina, rimonabat (entre otros), muchos de los cuales se han prohibido por sus efectos adversos. Luego existe la cirugía bariátrica destinada a personas con sobrepeso importante, por lo que no cualquier paciente es candidato a la misma, y que, por lo tanto no resulta efectivo para todos los obesos. Por último podemos observar al más usado, al tratamiento tradicional, donde los componentes fundamentales son la dieta acompañada de actividad física. No obstante, se observa que los obesos fracasan una y otra vez y saltan de dieta en dieta y de un profesional a otro, bajando unos pocos kilos y recuperarlos en pocas semanas o incluso superar el peso inicial (Cormillot, 2006)

Por todo esto nos podemos preguntar ¿existe una educación y un acompañamiento por parte del profesional para que el paciente pueda lograr un cambio en el estilo de vida y que puede ser mantenido en el tiempo?

En la actualidad, el crecimiento y la variedad de enfermedades crónicas conducen a la difícil tarea de sistematizar un modelo de atención que se diferencia del modelo para tratar enfermedades agudas, y aunque existan múltiples enfermedades crónicas la forma en la que los pacientes enfrentan sus problemas, sigue siendo la misma para todas. (Assal, 1996)

La formación profesional de la salud avanza constantemente en la preparación del área clínica, lo que incluye la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento, pero pocos son los antecedentes y los esfuerzos para educar a los profesionales para que apliquen este modelo en el tratamiento a largo plazo. Para lograr este desafío debería establecerse como primer paso el consenso efectivo por parte de los investigadores y profesionales de la salud, acerca de no considerar al paciente como una enfermedad, sino una persona que sufre (un padeciente), por lo cual los especialistas deberían trabajar también la flexibilidad, la adaptabilidad y la continuidad del tratamiento (Assal, 2000)

La formación en salud tiene una conexión necesaria y directa con las acciones de prevención primaria y secundaria, siendo estas elementales para lograr que una persona modifique su conducta no saludable ya que enfermedades como la obesidad por causas primarias, pueden evitarse simplemente con una promoción de la salud (Ruiz, 1989)

La asistencia de enfermedades agudas, las cuales se caracterizan por tener un inicio brusco, se padecen por un tiempo limitado, tienen un causante (virus, bacterias, etc.), la curación en la mayoría de los casos requiere de una droga o terapia, y en donde el paciente es considerado una víctima no responsable de contraer la enfermedad y no pierden la aceptación social ni personal (Anderson, 2011), no alcanzan a cubrir las necesidades de una enfermedad crónica (Arreghini y Saldaña, 2011).

En cambio, el comienzo de una enfermedad crónica es gradual, la permanencia es indefinida en el tiempo y los episodios pueden de un momento a otro aparecer y desaparecer, transformándolo en un proceso dinámico, los síntomas no se pueden determinar con facilidad ya que los mismos, en un principio, son silenciosos. El paciente debe lidiar constantemente con un entorno que lo culpa y lo responsabiliza de su estado actual, excluyéndolo del mundo laboral y social. De esta manera se forma un círculo vicioso en donde la culpa y la vergüenza lo movilizan a excluirse a sí mismo por “perder” el control de su vida (Anderson, 2011)

La aparición de una ENT (enfermedad no transmisible) requiere y exige un modelo de atención que difiere del modelo de atención biomédico en el cual el profesional de la salud toma un rol activo, prescribe un tratamiento, posee el conocimiento y el control,

mientras que el paciente obedece las indicaciones tomando un rol pasivo (González, Pérez 2001) y tiene la obligación de cooperar en el tratamiento (Rodríguez, Pérez, Picabia, 2001). Un enfermo crónico en cambio necesita una atención diferente, necesita tener un seguimiento a largo plazo, dado que el desarrollo se encuentra íntimamente relacionado con las conductas, el comportamiento y los estilos de vida, lo que le exige al paciente un autocuidado responsable durante todos los días de su vida. Este autocuidado no se obtiene de un momento a otro, sino que se obtiene con el conjunto de técnicas, estrategias y conocimientos obtenidos durante el aprendizaje diario para llegar a un equilibrio (Assal, 2000). El profesional no gobierna, interpone y vigila sino que se establece una “alianza terapéutica” con el paciente en el cual se deposita la responsabilidad del cumplimiento del tratamiento (González, Pérez 2001).

Esto conduce al desafío por parte de los profesionales de la salud de encarar el tratamiento de las enfermedades crónicas con otro abordaje. En el cual se deben aprender técnicas de enseñanza-aprendizaje siendo éstas igual de necesarias que la actualización clínica, e intentar llegar a un equilibrio dominando lo mas posible ambos lenguajes y adaptándose a las situaciones que presenta el paciente que tiende a cambiar constantemente, ya que no alcanza con saber qué y cómo piensan y actúan, sino que se necesita identificar porqué lo hacen de esta manera (González, Pérez 2001). Teniendo presente que un paciente es distinto a otro, intentando de esta manera mejorar la calidad de atención. (Assal, 2000)

Un denominador común que se observan en muchos los tratamientos de reducción de peso, en muchos casos comentados por los mismos pacientes, es la falta de individualidad de los mismo, si nos trasladamos a diez años atrás, muchos de los nutricionistas diseñaban un menú “tipo” con determinadas características similares para pacientes, obesos, otro para pacientes diabéticos, otra para hipertensos y así para las distintas patologías que podrían presentarse, una vez que el paciente se presentaba a la consulta el nutricionista sacaba una de sus tantas copias del menú “correspondiente” y se lo explicaba brevemente al paciente, tachaba quizá algún aspecto que el paciente pudo en ese momento objetar y en ese momento finalizaba la consulta.

La falta de adherencia al tratamiento puede adoptar diversas formas: dificultades para iniciarlo, suspensión temprana o abandono, cumplimiento incompleto o escaso de las indicaciones ó seguimiento nulo por parte del profesional, esto puede manifestarse como errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento), la inasistencia a consultas e interconsultas, la ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y con una acentuada connotación se destaca la práctica de la automedicación. De este modo, se observa que las dificultades en la adherencia terapéutica no se refieren sólo al consumo de medicamentos. Cada año se gasta altas sumas de dinero en investigaciones relacionadas con medicamentos, pero se dedican pocos recursos al hecho de saber que hacen los pacientes con estos esfuerzos para adherir al tratamiento. La Organización Mundial de la Salud, (OMS) asegura que “el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes”. La importancia del problema del incumplimiento de los tratamientos se hace indiscutible si se analizan las repercusiones que este tiene desde el punto de vista clínico, médico, económico y psicosocial y se demuestra que afecta cuestiones que tienen que ver con la calidad de la atención, con la

relación médico-paciente, con el uso racional de los recursos y los servicios de salud, entre otros (Alfonso, 2004)

En nuestro país existen pocos programas donde se apliquen modelos de atención centrada en el paciente, uno de ellos se realizó en el Programa de Internación Domiciliaria del Hospital pediátrico Dr. Humberto Notti en la provincia de Mendoza, Argentina, donde se considera a la salud como un valor elemental y se tiene un sumo respeto hacia la dignidad del paciente y sus familiares, haciéndolos responsables de su tratamiento y de esta manera logran reducir los costos de la asistencia a pacientes crónicos. Se pudo observar que este tipo de asistencia mejora los resultados en donde la participación activa del paciente aumenta la motivación y el cumplimiento del tratamiento médico. Si las personas intervienen y se informan en el cuidado de la salud, alcanzan habilidades y desarrollan actitudes que les permiten aportar de forma más significativa a la sociedad en general, lo que constituye una oportunidad para el aprendizaje con la posibilidad de multiplicar el mensaje a sus pares. (Arreghini y Saldaña, 2011). Según Assal (2000), es fundamental para los tratamientos ambulatorios, formar profesionales de diferentes especialidades que estén capacitados para poder intervenir de manera sencilla y eficaz a las consultas de los pacientes para que los mismos puedan aplicar los objetivos establecidos.

La Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC) realizó una investigación en pacientes diabéticos e hipertensos con el objetivo de evaluar el grado de adherencia al tratamiento con una intervención cognitiva conductual, la que incluía no solo un abordaje clínico sino también educacional. Los mismos se trataron de, autoregistros diarios, asistencia a grupos y sesiones individuales y semanales de una hora de duración las que incluyeron detección de estado de ánimo, modificación de conceptos o creencias, programación de objetivos y asignación y seguimiento de tareas. Se tuvo en cuenta ingestión de alimentos con alto contenido de azúcar y controles de glucosa en el caso de los diabéticos y el consumo de cafeína, tabaco, alimentos grasos y embutidos en los pacientes hipertensos. Se evaluaron a 51 pacientes y se observaron mejoras clínicas significativas desde el punto de vista estadístico mayores al 20%, dentro de las cuales fueron mejoras en los síntomas clínicos, percepción de salud, relaciones interpersonales y autocuidado responsable (Riveros, Cortazar, Alcazar, Sánchez Sosa, 2005)

Es importante tener en cuenta en el tratamiento de las enfermedades crónicas la aceptación del paciente de su enfermedad, pero para llegar a esta instancia el paciente que se inicia en la enfermedad debe pasar por un proceso lento y complejo, que se traduce como un duelo para la persona en donde ya no goza de buena salud y perderá hábitos realizados durante toda la vida. Que el paciente acepte que tiene una enfermedad crónica significa que debe realizar una modificación sostenida, teniendo en cuenta sus limitaciones, independientemente de su nivel socioeconómico. Es indudable que deberá atravesar etapas intermedias, como ser la negación, la rebelión, la negociación y la reflexión para así luego llegar a una verdadera aceptación, en donde ahí realmente se logra un avance sostenido en el tratamiento, ya que el paciente conoce los riesgos que tiene la enfermedad y pueda evidenciar los beneficios del tratamiento.

Es necesario que el profesional tenga conocimiento profundo de esta dinámica ya que debe adaptarse a las diferentes etapas para intervenir de la manera correcta y en momento indicado, ya que una actitud negativa y cerrada por parte del mismo podría impactar de manera poco favorable y retrasar la evolución psicológica del paciente y su tratamiento.

Para muchas enfermedades crónicas, la eficacia de los tratamientos descansa principalmente en la educación terapéutica de los pacientes, que se define en un proceso continuo, en el que se brinda la información, para la aplicación y el aprendizaje del auto cuidado, adaptándose a cada paciente en particular.

El profesional aplica un abordaje psicosocial, en donde indaga sobre lo que el paciente percibe de su enfermedad, que representa para el, si conoce los trastornos posteriores en caso de no empezar un tratamiento y como interpreta los resultados biológicos. Dado que estas intervenciones no pueden realizarse en una sola consulta, requiere un seguimiento a largo plazo del paciente, precisamente lo que se necesita para poder tratar a una enfermedad crónica. En cada consulta se implementara un nuevo aspecto de la enfermedad y del tratamiento, planteando objetivos a corto plazo y posibles de realizar. Las consultas son repetitivas y toman un estilo dinámico en la cual se crea un espacio de empatía en donde el paciente y el profesional se transforman en interlocutores. (Assal, 2000)

Prochaska y Di Clemente (2009) han utilizado una serie de herramientas llamadas “etapas de cambio” las cuales son independientes del problema que tuviera la persona, y representan el proceso por cual atraviesa el paciente detallando de forma bien definida las experiencias del paciente, sabiendo siempre que se trata de estadios dinámicos en las que se puede detener en uno o volver al anterior.

Como se menciono previamente, los pacientes obesos tienen reiterados fracasos en su tratamiento. Por esa razón, muchos de ellos optan por otra opción, la cirugía bariátrica, la cuál se realiza en obesos mórbidos que han tenido reiteradas recaídas en el tratamiento nutricional sin poder sostenerlo a largo plazo, en su mayoría, los pacientes no conocen la complejidad de la misma, y se ha creado un imaginario social considerándola una cirugía mágica creyendo que es la solución para toda la vida, pero lamentablemente está lejos de estos deseos por parte del paciente y también de los profesionales. El paciente debe pasar por unas estrictas evaluaciones para ser seleccionados, éstas son realizadas por un equipo interdisciplinario, en las cuales se deben incluir un complejo protocolo y un adecuado seguimiento clínico a largo plazo (Stocker 2003), ya que al obeso se le opera del estómago pero no de la mente. El paciente operado también deberá aprender a comer, ya que deberá reducir bruscamente las porciones que normalmente consumía, modificando también la calidad de los alimentos, y ya sea un obeso con o sin intervención quirúrgica el profesional preparado para enseñar sobre una alimentación correcta y saludable es el Lic. en nutrición, el cual y como el resto de los profesionales de la salud debe contar con las herramientas para poder transmitir la información necesaria para que el paciente pueda aplicarla.

¿Es posible entonces que el licenciado en nutrición pueda aplicar la educación terapéutica en el tratamiento de la obesidad?

Un estudio realizado por la Unidad de Nutrición Clínica del Hospital Universitario La Paz, Madrid, sostiene que el paciente obeso debe contar con una educación alimentaria y terapéutica para adquirir hábitos saludables, siendo el seguimiento periódico y las intervenciones grupales necesarias para reforzar la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de objetivos.

Se trataron a 116 pacientes, 109 mujeres 7 hombres, con una edad en promedio de 42 años, a los cuales se les estableció el grado de obesidad utilizando el IMC (Índice de Masa Corporal) siendo este un promedio de 33,4kg/m² y se les evaluaron las comorbilidades asociadas a la enfermedad.

Al finalizar el estudio, se observó una reducción en el IMC del 35% , esto se traduce en una reducción de 4 puntos, pasando de un 33,4kg/m² iniciales a un 29,4 kg/m² al finalizar el estudio.

Sin embargo al ser varios pacientes inducidos por su médico para comenzar el tratamiento y no una decisión tomada por el propio paciente se obtuvo 45% de abandono voluntario del tratamiento. Con estas evidencias concluyeron que la educación alimentaria debe ir acompañada de un tratamiento terapéutico para poder obtener una interiorización de lo aprendido y tener la motivación para llevarlo a cabo, ya que el poseer los conocimientos suficientes de lo que se debe hacer no significa realizarlo.

En el Hospital Universitario La Paz, consideran como elementos fundamentales para la formación del paciente, un programa educativo y los grupos de apoyo. En donde los objetivos planteados son: mejorar el estado físico, mental y social del paciente, proporcionar un conocimiento de los alimentos, nutrientes, y los beneficios para la salud, incorporar actividad física como complemento del tratamiento, y que puedan identificar las barreras que impidan avanzar con el descenso de peso y poder mantenerlo a lo largo del tiempo. El rol profesional se basa en la orientación para detectar y resolver problemas que se relacionan con la dependencia con la comida, la adaptación a situaciones cotidianas que puedan presentarse y adecuarse a sus necesidades. La práctica profesional valora el estado de salud de la persona, brindando pautas que se lleven a la práctica y lograr así mejorar la adherencia al plan terapéutico, con el propósito fundamental de lograr un cambio en el comportamiento, implementando acciones concretas pudiéndolas aplicar a su vida cotidiana, cultura y costumbres (Rico, Calvo y Gómez, 2008)

La adherencia terapéutica al tratamiento con participaciones activas del paciente puede tener un papel protector, contribuyendo este comportamiento a la no progresión de la enfermedad, favoreciendo su control, y evitar las complicaciones (Alonso, 2004)

El objetivo de estas intervenciones consiste en que el obeso pueda reconocer las causas que contribuyen a que aumente de peso y poder crear cambios alimentarios necesarios para lograr el mantenimiento del peso a largo plazo, teniendo en cuenta en todos los casos, la variedad, el equilibrio y la moderación para conseguir el peso deseado y complementar el plan con una actividad física que aumente el gasto de energía.

Existe un consenso en las guías americanas de alimentación en que los hábitos alimentarios y la actividad física regular, deben ser los pilares básicos para tratar la obesidad, pero no se tiene en cuenta a la obesidad como una enfermedad crónica por lo que se deben transmitir estos pilares de una manera gráfica e interactiva, llevándolas a las costumbres de cada paciente para que sean aplicados de por vida. Se debe trabajar con el paciente formas prácticas y realizar intervenciones saludables de forma paulatina y sostenida para prevenir recaídas hacia los hábitos poco saludables. Además, se debería tener en cuenta que el paciente ha mantenido esta conducta alimentaria no saludable de manera sostenida hasta el momento del tratamiento, lo que se traduce en años consecutivos de una conducta no saludable que llevo al paciente a su estado actual (Rico, Calvo y Gómez, 2008)

Si comparamos este programa educativo con la entrevista tradicional de un nutricionista el cual, realiza el acto de pesar, la medición de la talla, detecta el grado de sobrepeso u obesidad y automáticamente prescribe un plan alimentario pre-impreso sin consultarle al paciente sus gustos, su nivel adquisitivo y el acceso a esos alimentos indicados en la dieta y en la cual, la próxima consulta resulte como mínimo en los próximos quince días, siempre y cuando el paciente regrese, podemos observar puntos a modificar por parte del profesional, el cual aunque posea conocimientos clínicos poco pudo trabajar sobre las necesidades del paciente. Para que el tratamiento de la enfermedades crónicas sea exitoso se debe realizar un proceso sutil para regular las creencias que posee el paciente y poder cumplir con los objetivos terapéuticos por parte del profesional de la salud (Assal, 2000) Se debe enseñar al paciente a tener un dominio de su afección en su vida cotidiana, y a la resolución de problemas para que no interfiera con el tratamiento, su vida social, profesional y con la actividad familiar. Teniendo en cuenta también que un paciente con una enfermedad crónica no puede adquirir los conocimientos e implementarlos si no cuenta con un apoyo positivo, con un clima de empatía brindado por el profesional. Ya que el ambiente donde se lleva a cabo el aprendizaje es tan importante como los contenidos que se aprenden, evaluando también constantemente si este saber-hacer se ha aprendido correctamente, ya que aunque el enfermo conozca perfectamente la enfermedad no es garantía de que sabe como cuidarse y el profesional debe controlar su ansiedad de querer observar cambios rápidos en el paciente y debe tener la suficiente paciencia para intervenir paulatinamente aplicando la información en el momento justo, motivando al paciente para realizar el cambio fortaleciendo la autoeficacia (Prochaska y Diclemente 2009)

Sería interesante que los profesionales de la salud puedan ampliar su visión en lo que respecta el modelo de atención, y se tenga mas en cuenta las vivencias del paciente, sin necesidad de perder su rol, pero demostrando empatía, aceptar y respetar al paciente lo que no significa aprobar sus actos, sino intentar comprender sus emociones y ponerse en el lugar del paciente (Prochaska y Diclemente 2009) recordando que tiene una enfermedad que lo va acompañar toda la vida y que debe modificar su estilo de vida. Los médicos en estos casos derivan a una consulta psicológica, que si bien resulta necesaria para trabajar de forma interdisciplinaria con el paciente no es suficiente, ya que el psicólogo sólo puede trabajar en una parte del tratamiento. En el caso particular de la obesidad es fundamental que el nutricionista pueda manejar cualquier etapa en la que se encuentre el paciente para poder motivarlo desde su conocimiento sobre la patología, factores de riesgo y posibles soluciones a largo plazo mejorando así la calidad de vida del paciente.

5.2 Marco conceptual

Obesidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) ha calificado a la obesidad como la epidemia del siglo XXI.

La obesidad esta relacionada con factores biológicos, pero mayormente también con aspectos ambientales relacionados con modificaciones en la alimentación, con el acceso a los alimentos y su industrialización, con una reducción de la actividad física, que se

pueden asociar a las nuevas tecnologías que nos facilitan el estilo de vida pero que poco incentivan a las personas a moverse, además de los factores socioeconómicos, culturales y psicológicos.

La obesidad tiene actualmente un fuerte impacto sobre la mortalidad, reduciendo siete años la esperanza de vida para una persona obesa de 40 años comparándola con una persona de peso normal; lo que convierte a la obesidad en la segunda causa de mortalidad evitable luego del tabaquismo.

La obesidad se define como el exceso de tejido adiposo en el organismo que se debe una ingesta de energía mayor a la que se gasta, la cual se almacena en forma de grasa. La OMS (1998) ha definido a la obesidad como el exceso de tejido adiposo representado por un IMC (índice de masa corporal) superior a 30.

¿Por qué decimos que la obesidad incrementa el riesgo de mortalidad?

Una persona con un IMC mayor a 30 predispone a desarrollar co-morbilidades como:

- enfermedades del corazón
- hipertensión
- diabetes
- apnea del sueño
- enfermedades osteo-musculares
- cáncer
- problemas reproductivos
- discapacidades (motoras)
- depresión

El tratamiento de la obesidad requiere de dos instancias fundamentales: evaluación y manejo. La evaluación consiste en identificar el grado de obesidad y del riesgo en el paciente se encuentra. El manejo consiste en el programa para la pérdida de peso y el mantenimiento sostenido un peso saludable y posible, así como del control de las patologías asociadas.

El tratamiento nutricional debe permitir la disminución gradual de peso, de manera que, la dieta no debería ser menor a 1200 Kcal, ya que un plan alimentario excesivamente hipocalórico puede llevar un desequilibrio metabólico reflejándose en el déficit de nutrientes, principalmente de aquellos que no se acumulan en el organismo; por tanto, la dieta debe ser suficiente y equilibrada asegurando que se cumpla con la ley de la nutrición la cual debe ser suficiente, completa, armónica y adecuada, además, cuidando no cambiar radicalmente hábitos y costumbres del paciente puesto que tal situación puede favorecer la aparición de alteraciones emocionales y al abandono del tratamiento por una frustración evitable.

El objetivo del tratamiento nutricional debe ser conseguir una reducción de peso en función a la masa grasa permitiendo así, el reajuste metabólico para luego, lograr un mantenimiento de peso deseable y saludable y sostenido en tiempo y disminuyendo así los factores de riesgo asociados a la obesidad. En conjunto al tratamiento nutricional

considerarse una posible ganancia de peso que resulta muy común en dietas extremadamente estrictas y monótonas que generan el fenómeno “yo yo” ó con efecto rebote.

Mejorar la calidad de vida en todos sus aspectos es fundamental como parte de los objetivos planteados, por esta razón es crucial desde el inicio pautar metas posibles en relación a la pérdida de peso y que el paciente no sienta la presión del nutricionista a cargo del tratamiento, el mismo paciente debe considerarse responsable y tomar un rol activo sobre su propio manejo (Assal, 2000).

Educación Terapéutica

Según la OMS (2000), la educación terapéutica de los pacientes que sufren enfermedades crónicas posee cuatro características diferentes:

- La educación terapéutica debe permitir a los pacientes lograr y mantener las capacidades que le permitan tener un óptimo manejo de su vida con la enfermedad.
- La educación terapéutica es, por lo tanto, un proceso continuo que tiene que ser integrado de manera sistemática en la atención de la salud.
- Incluye concientización, información, aprendizaje del auto cuidado y apoyo psicosocial relacionado con la enfermedad y el tratamiento prescrito.

El propósito es ayudar a los pacientes y a sus familias a que colaboren con los profesionales de la salud y manteniendo o mejorando su calidad de vida.

Concepto de educación terapéutica por parte del paciente

Un grupo de pacientes que padecen enfermedades crónicas y de profesionales de la salud prepararon un documento para la Organización Mundial de la Salud y en él describieron las necesidades de los pacientes:

- recibir atención adecuada.
- adquirir conocimientos para poder controlar el propio tratamiento.
- garantizar que los profesionales tomen en cuenta las creencias del paciente relacionadas con la salud.
- expresar las expectativas y los temores.
- recibir apoyo durante el proceso de hacerle frente a la enfermedad.
- que los profesionales de salud colaboren con los pacientes en una relación adulto-a-adulto.

Manejo de un nuevo estado de salud: un desafío de aprendizaje para el paciente y para el profesional.

Para que el tratamiento de una enfermedad crónica sea exitoso se debe alcanzar un equilibrio el cual se traduce como ... *“un proceso sutil de regulación de las creencias del paciente y los objetivos terapéuticos del médico”*(Assal, 2000). El paciente que logró aprender cómo seguir adelante con su tratamiento tiene que recorrer un camino complejo entre diferentes valores que con frecuencia tiende a presentar dicotomías, es decir:

- los objetivos del nutricionista y el deseo del paciente.
- un cambio de los preconceptos del paciente en nuevas capacidades para el autocuidado.

Según la investigación pedagógica, las nuevas habilidades y conductas no se adquieren de manera espontánea, sino que son el resultado de confrontaciones cognitivas y psicológicas. Aprender nuevas habilidades para la vida es el producto de una confrontación y de una rebelión interna del paciente y durante este proceso la relación con el nutricionista puede cambiar radicalmente y volverse conflictiva (Assal, 2000).

Desde el paciente.

Un factor específico que tiene el tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas es que el nuevo tratamiento debe ser fácil de entender para el paciente. Esto es así en general, pero resulta particularmente complejo en el caso de una enfermedad silenciosa como la diabetes, la hipertensión, hiperlipidemia, etc. En el caso de la indicación de la administración de insulina en un diabético, esto puede tener sentido para el experto por razones fisiológicas, pero ¿tiene el mismo sentido para el paciente? Los antecedentes médicos muestran con frecuencia un vacío entre el objetivo del profesional y el rechazo del paciente al tratamiento. Este rechazo con frecuencia no es expresado con frecuencia.

Desde el lugar del profesional de salud

El saber profesional exige un abordaje racional para diagnosticar y prescribir tratamiento. El nutricionista representa este “saber”. Aunque esta cuestión no se cuestiona en las condiciones agudas, como ser el caso de un diarrea aguda, en las cuales el nutricionista ejerce el control total del tratamiento, la situación cambia con el tratamiento crónico en el cuál el paciente debe controlar su propia salud.

Evaluación de los protocolos de educación del paciente

En un periodo de 10 años (1989-1998) la publicación de artículos médicos fue investigada a través de Medline utilizando como palabras clave: diabetes mellitus y/o educación de pacientes.

La educación de pacientes propiamente dicha apareció en 9.111 artículos de los cuales el 11% se ocupaban de la diabetes. Este resultado muestra la importancia de la dimensión educativa en otras enfermedades que no son la diabetes.

En el área de la diabetes se encontraron 57.400 artículos y de ellos, solo el 2% tenía relación con la educación del paciente.

En un tercio del total de los artículos que hablaban sobre educación no se pudo detectar ningún cambio en los pacientes cuando se usó el abordaje educativo (Assal, 2000)

De estas observaciones se puede concluir que:

1) Existe una importante falta de descripción de las metodologías educativas específicas utilizadas. Tampoco fueron descriptas en trabajos publicados en revistas científicas.

2) Con respecto a los trabajos que describían un efecto positivo del enfoque educativo, la causa real de la eficacia no se ha vinculado con ningún proceso educativo determinado dado que no se describía ninguna metodología precisa.

3) Con respecto a los resultados negativos, se podría preguntar si la educación terapéutica fracasó porque la metodología educativa no fue eficaz, o porque se empleó un método equivocado.

Los profesionales de salud con frecuencia suelen transmitir información sobre la enfermedad y no contribuyen a que los pacientes aprendan a manejarse con el tratamiento. La información sin la ayuda de técnicas, tiene pocos efectos en el aprendizaje. El gran peligro de la información es que los profesionales suelen creer que al hacerlo, ayudan a los pacientes a aprender.

Investigación sobre educación terapéutica del paciente

Aun si muchas actividades de investigación se llevan a cabo dentro de los campos específicos de la educación, la psicología, sociología, etc., cada investigación queda encerrada dentro de su propia especialidad.

La educación terapéutica llega a representar un sector transversal que enlaza a todas estas especialidades con la medicina, la enfermería, o en el caso de la diabetes, con la nutrición. ...” *La educación terapéutica es un "dominio publico", un espacio clínico donde la investigación pertenece simultáneamente a diferentes disciplinas. Su especificidad a menudo interfiere con los programas de investigación conjunta*” (Assal, 2000)

Con el objetivo integrar la educación terapéutica en la atención de los pacientes se deben desarrollar programas de investigación transversal:

Para pacientes:

- cómo dar empowerment a los pacientes.
- cómo manejar las diversas creencias de salud que puede presentar el paciente
- como prevenir una recaída
- definir y manejar pequeños objetivos sencillos, posible de realizar que contribuyan a hábitos para una mejor calidad de vida

Para profesionales de la salud

- como ayudar activamente a que los pacientes aprendan la manera de manejarse con su tratamiento.
- crear técnicas pedagógicas específicas en las áreas de la concientización, conocimiento, habilidades y cambios de actitud específicos de la educación terapéutica.
- como manejar la diversidad de casos clínicos poco frecuentes y complejos
- como desarrollar la función terapéutica: lograr el equilibrio entre el área biomédica y psicosocial del paciente.
- Crear técnicas de evaluación útiles para el universo biomédico como también para el universo psicosocial.

¿Por qué la educación terapéutica no está sistemáticamente integrada como parte de todo tratamiento para pacientes con enfermedades crónicas?

Posibles razones

- La identidad en salud y la manera de lo que es el funcionamiento profesional se basan principalmente en la causa de la enfermedad, en el diagnóstico y en la selección acertada del tratamiento médico. Sus efectos son fáciles de controlar velozmente. Es así que se puede comprender porque que a la educación terapéutica con frecuencia no se le dé ninguna importancia como parte del tratamiento.

La educación terapéutica requiere de esfuerzo, tiempo y dedicación, factores que una receta médica no necesita.

Los cambios en lo que respecta a la práctica médica son extremadamente lentos, y aún en tiempos en que la medicina esta basada en la evidencia, es poco frecuente que el médico traslade rápidamente a la práctica los resultados que han sido probados. Este es el mismo caso que para la educación terapéutica del paciente y los profesionales de salud, aun no es frecuente adquirir una capacitación estructurada y sistemática en educación al paciente.

La mayoría de los profesionales de salud que trabajan fuera del ámbito hospitalario expresan serias dudas, mientras que los que trabajan dentro del hospital sostienen convencidos de que, en el caso de pacientes externos, su capacitación biomédica es, suficiente para manejar un tratamiento con seguimiento a largo plazo.

La capacitación hospitalaria se basa principalmente en

- 1) diagnóstico;
- 2) régimen terapéutico de corto plazo, principalmente para abordaje de crisis.
- 3) medicina enfocada en la enfermedad y no en los pacientes.

Para que el tratamiento prolongado sea exitoso, resulta de particular importancia que entre el profesional de la salud y el paciente se comprendan las objeciones iniciales y las expectativas del paciente.

En resumen podemos decir que el profesional de la salud tiene que intentar adaptar su modo terapéutico de acuerdo a la personalidad de cada. Por ejemplo, deben ser capaces de adoptar la actitud acertada cuando los pacientes:

- hablan de la enfermedad de una manera indiferente
- piden el tratamiento más cómodo
- están tristes, pero hablan del futuro aunque todavía no saben como enfrentarlo
- indican deseo de colaborar y pedir ayuda
- se toman algunas libertades con el tratamiento sin preocuparse mucho
- se preocupan de que la enfermedad pueda tener consecuencias graves
- adhieren con confianza al tratamiento
- no quiere cambiar su estilo de vida por uno adecuado a su enfermedad
- tienen tiempos diferentes

El profesional tiene como responsabilidad reconocer la evolución del estado de la actitud y proceder en relación al mismo. Un paciente con un rol proactivo con respecto a su tratamiento, puede entenderse como un modelo de equilibrio para la enfermedad como así también del bienestar psicosocial (Assal, 2000)

6. Trabajo de campo

6.1 Entrevistas Realizadas

Establecimiento 1

Profesional 1

- ¿Con que frecuencia realiza sus consultas?

Depende del paciente, hay pacientes que acuden cada mes, otros acuden con intervalos incluso mayores de un año entre una consulta y otra.

- ¿Cuál es la duración de la misma? ¿ Le parece suficiente el tiempo para realizar el abordaje de los contenidos?

En un paciente de inicio 45 minutos, con los demás entre 5 y 10 minutos. Son suficientes.

- ¿Cuántos pacientes atiende por día?

Entre 12 y 15 paciente en un lapso de 5 horas.

- ¿Utiliza material ilustrativo en sus consultas? ¿Porque?

No, no hay tiempo y no hay en el hospital.

- ¿Indica a sus pacientes la elaboración de registro diario de alimentos?

Si

- ¿Establece objetivos consensuados con el paciente en determinados plazos de tiempo?

Si, pero al haber tantas nutricionistas rotantes, no hay continuidad entre paciente-nutricionista-objetivo.

- ¿Establece algún tipo de comunicación (llamadas telefónicas, correo electrónico, mensajes de texto) con el paciente fuera de la consulta? ¿Por qué?

No, no me parece profesional. Además no hay tiempo.

Profesional 2

- ¿Con que frecuencia realiza sus consultas?

Cada paciente tiene una frecuencia distinta, algunos vienen una vez por mes, otros una vez por año, si bajan mucho se motivan y vienen.

- ¿Cuál es la duración de la misma? ¿ Le parece suficiente el tiempo para realizar el abordaje de los contenidos?

Primera vez, 40 minutos, sino 15 minutos. No me parece suficiente en este caso.

- ¿Cuántos pacientes atiende por día?

15 aproximadamente

- ¿Utiliza material ilustrativo en sus consultas? ¿Porque?

No, solo algún dibujo para las porciones. No hay tiempo.

- ¿Indica a sus pacientes la elaboración de registro diario de alimentos?

Si, pero muy pocos lo sostienen con el tiempo.

- ¿Establece objetivos consensuados con el paciente en determinados plazos de tiempo?

Con algunos pacientes que son mas "obedientes" se puede trabajar mejor con objetivos, con los que no tienen continuidad no.

- ¿Establece algún tipo de comunicación (llamadas telefónicas, correo electrónico, mensajes de texto) con el paciente fuera de la consulta? ¿Por qué?

No, por falta de tiempo.

Establecimiento 2

Profesional 1

- ¿Con que frecuencia realiza sus consultas?

Para que el tratamiento resulte efectivo las consultas se hacen semanales, pero depende del paciente que asista.

- ¿Cuál es la duración de la misma? ¿ Le parece suficiente el tiempo para realizar el abordaje de los contenidos?

20 minutos, me parecen suficientes. En el caso de que sea un paciente que ingresa por primera vez la consulta dura entre 45 minutos y 1 hora.

- ¿Cuántos pacientes atiende por día?

Entre 12 y 15 pacientes por día

- ¿Utiliza material ilustrativo en sus consultas? ¿Porque?

Si, porque al paciente le queda mas claro la información visual, sobre todo cuando se trabaja con rótulos y envases.

Además, trabajo en un hospital público durante la mañana en donde no cuento con ese material y noto mucho la diferencia de la comprensión del paciente en caso de las porciones.

- ¿Indica a sus pacientes la elaboración de registro diario de alimentos?

Si

- ¿Establece objetivos consensuados con el paciente en determinados plazos de tiempo?

Si, es fundamental para realizar el tratamiento

- ¿Establece algún tipo de comunicación (llamadas telefónicas, correo electrónico, mensajes de texto) con el paciente fuera de la consulta? ¿Por qué?

Si, porque el paciente se siente mas seguro si puede consultarte algo en cualquier momento, si sale a comer, o si esta en algún lugar en donde no hay los alimentos que puede, entonces me llama y vemos juntos la mejor opción para ese momento.

La profesional agrega que al trabajar en un establecimiento especializado en obesidad nota también la diferencia con las historias clínicas, comenta que en el hospital en el trabaja por la mañana solo utiliza una pequeña ficha donde solo figura la evolución del peso de paciente, en cambio en el establecimiento 2 la historia es muy completa, donde figuran los objetivos semanales, el peso y su evolución y además el trabajo multidisciplinario.

Profesional 2

- ¿Con que frecuencia realiza sus consultas?

Las consultas son semanales o quincenales, depende del paciente.

- ¿Cuál es la duración de la misma? ¿ Le parece suficiente el tiempo para realizar el abordaje de los contenidos?

Generalmente 20 minutos, los de primera vez 45 minutos. Me parece suficiente el tiempo

- ¿Cuántos pacientes atiende por día?

Entre 10 y 15 paciente

- ¿Utiliza material ilustrativo en sus consultas? ¿Porque?

Si, porque me es útil a mi para explicar.

- ¿Indica a sus pacientes la elaboración de registro diario de alimentos?

Si

- ¿Establece objetivos consensuados con el paciente en determinados plazos de tiempo?

Si, los objetivos quedan registrados por mi y le pido al paciente que también se lo anote.

- ¿Establece algún tipo de comunicación (llamadas telefónicas, correo electrónico, mensajes de texto) con el paciente fuera de la consulta? ¿Por qué?

Si, mis pacientes tienen mi mail y mi celular. Porque es mejor que el paciente tenga un seguimiento fuera de la consulta.

6.2 Interpretación de datos (Cuadro comparativo)

Variable	Establecimiento 1		Establecimiento 2		Observaciones
	Profesional 1	Profesional 2	Profesional 1	Profesional 2	
Frecuencia de consulta	Meses o años	Meses hasta años, los pacientes motivados asisten con mayor frecuencia	Semanales	Semanales o quincenales	En todos los casos atribuyen la responsabilidad al pte.
Duración de consulta	45 min ptes de primera vez y 5 a 10 min con el resto. Considera suficiente este tiempo	40 min ptes de primera vez y 15 min con el resto. No lo considera tiempo suficiente	45 min a 1 hr. ptes de primera vez y 20 mínimo con el resto. Considera un tiempo suficiente	45 min primera vez y 20 mínimo con el resto. Considera un tiempo suficiente	
Pacientes por día	13 a 15	15 aprox.	12 a 15	10 a 15	
Uso de mat. Ilustrativo	No	No, sólo dibujos para las porciones	Si, el pte. comprende mejor	Si, es útil para explicar	
Indicación de reg. Diario	Si	Si, muy pocos lo sostienen	Si	Si	
Establece objetivos	Si, pero no se pueden concretar por falta de continuidad entre pte y nutricionista	Si, pero considera que funciona con ptes. "obedientes"	Si	Si, y quedan registrados	
Comunicación fuera de consulta	No, ya que no lo considera profesional	No, por falta de tiempo	Si	Si	En el establec. 2 lo consideran fundamental para el paciente

6.2 Recolección de datos

Establecimiento 1

Profesional 1

Sexo	Edad(años)	Inicio Tto.	PI	PA	Dif. PI/PA	IMC	IMC	Dif IMC
Femenino	45	nov-07	103,7	99	4,7	38,9	37,6	1,3
Masculino	49	feb-11	130,9	117,3	13,6	43,4	40,9	2,5
Femenino	55	may-12	87	95	+ 8	32,8	34,2	+ 1,4
Femenino	33	abr-12	120	122,5	+ 2,5	48,4	49,2	+ 0,8
Masculino	28	sep-11	92,5	86	6,5	33,6	31,4	2,2
Masculino	30	oct-12	122	126	+ 4	41,3	42,2	+ 0,9
Femenino	36	nov-11	98	90,2	7,8	39,8	36,8	3
Masculino	43	mar-12	135	129	6	39,1	36,5	2,6

Observación: 5 pacientes redujeron de peso y 3 aumentaron de peso.

Profesional 2

Sexo	Edad(años)	Inicio Tto.	PI	PA	Dif PI/PA	IMC	IMC	Dif IMC
Femenino	32	jul-12	92,7	93	+ 0,3	35,9	36,3	+ 0,4
Femenino	44	nov-11	89	72	17	31,5	25,5	6
Masculino	36	ago-12	102,6	97,5	5,1	32,5	30,7	1,8
Femenino	40	sep-09	136	101	35	51,3	38,1	13,2
Femenino	22	jun-12	95	88,5	6,5	37,6	34,9	2,7
Masculino	41	may-11	156,8	122	34,8	42,3	33,1	9,2
Masculino	29	abr-12	112	123	+ 11	33,1	36,3	+ 3,2
Femenino	48	oct-10	97	99	+ 2	37	37,7	+ 0,7

Observación: 5 pacientes redujeron de peso y 3 aumentaron de peso

Establecimiento 2

Profesional 1

Sexo	Edad(años)	Inicio Tto.	PI	PA	Dif PI/PA	IMC	IMC	Dif IMC
Femenino	44	sep-11	161,4	145,8	15,6	62	56	6
Femenino	36	mar-12	111,3	102,3	9	44,6	41,3	3,3
Masculino	40	mar-09	124,7	101,7	23	41,7	34	7,7
Femenino	32	may-12	88,1	80,4	7,7	34,4	31,9	2,5
Femenino	23	sep-12	75,1	71,5	3,6	27,3	26,1	1,2
Masculino	51	mar-11	160	120,8	39,2	48,9	36,9	12
Masculino	27	may-12	132,8	98	34,8	45,4	33,5	11,9
Femenino	43	oct-12	98	102	+ 4	39,7	40,9	+ 1,2

Observación: 7 pacientes redujeron de peso y 1 paciente aumento de peso.

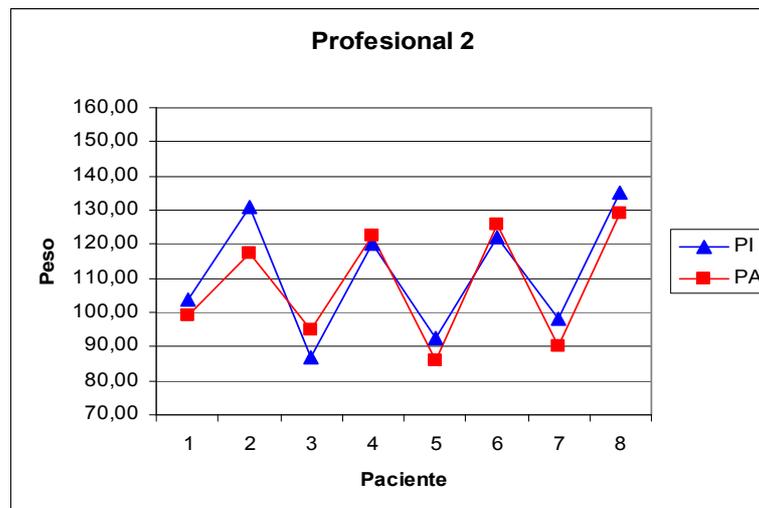
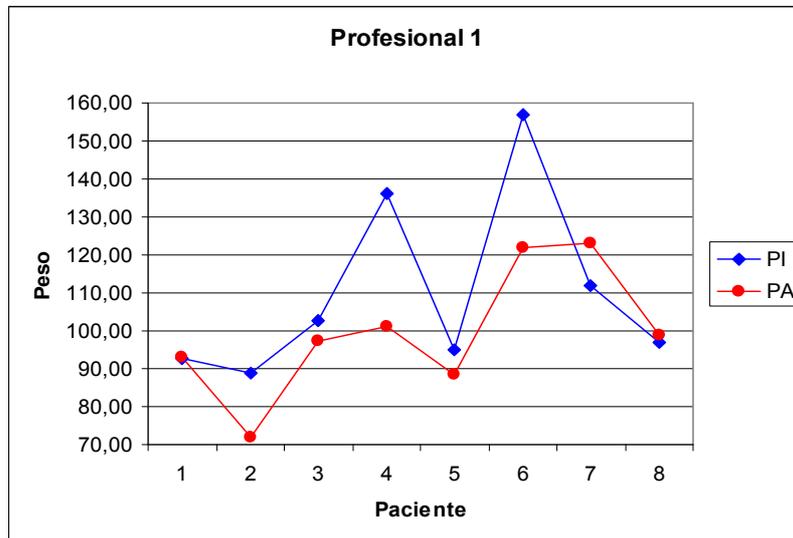
Profesional 2

Sexo	Edad(años)	Inicio Tto.	PI	PA	Dif PI/PA	IMC	IMC	Dif IMC
Masculino	22	jun-12	102	93,7	8,3	35,7	32,6	3,1
Masculino	47	abr-10	122,4	112,6	9,8	35	32,2	2,8
Femenino	30	sep-12	88,7	87	1,7	36,9	36,2	0,7
Masculino	39	jul-11	155	112	43	43	31,1	11,9
Femenino	44	mar-12	93	88,6	4,4	33,8	32,2	1,6
Masculino	29	nov-11	170	136,7	33,3	51,35	41,2	10,15
Masculino	36	ago-12	102	90,7	11,3	33,3	29,6	3,7
Femenino	49	may-12	167	142	25	62,3	58,9	3,4

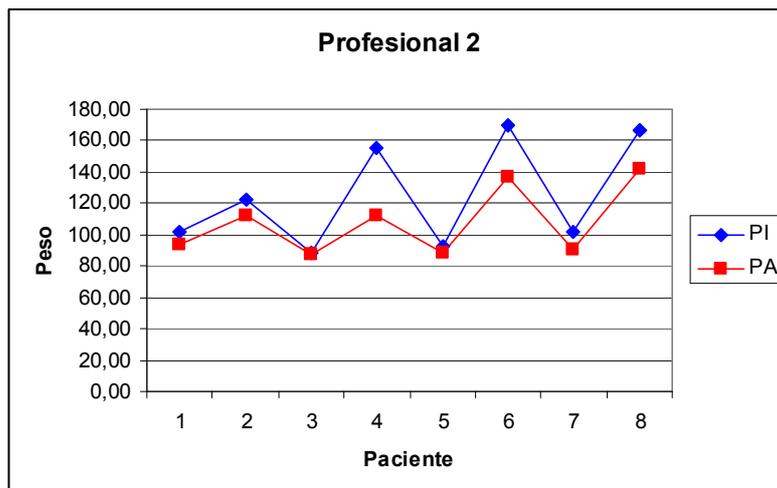
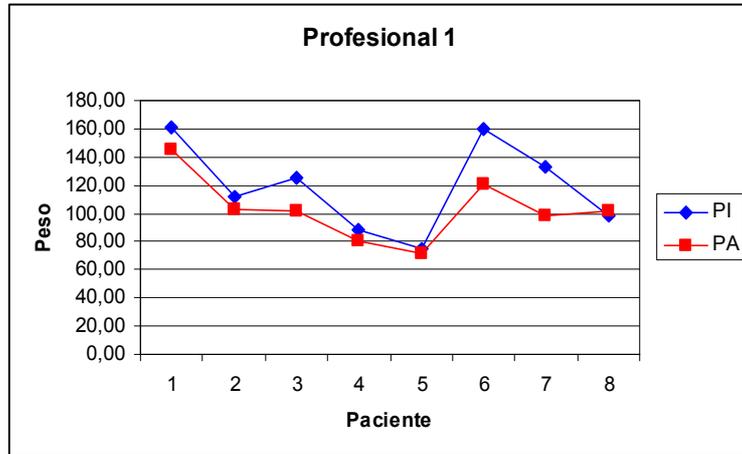
Observación: 8 pacientes redujeron de peso.

6.2 Análisis de datos (gráficos)

Establecimiento 1



Establecimiento 2



6.3 Interpretación de resultados

Se han observado ciertas características que marcan las diferencias entre un modelo de atención y otro. Entre ellas se encuentran:

Frecuencia de consulta: en el establecimiento 1, la frecuencia de las consultas son muy variadas, ambos profesionales comentan que depende del paciente, algunos concurren una vez por mes, dependiendo de la motivación, la cual recae en si existe o no descenso de peso.

En el establecimiento 2, las consultas son semanales y quincenales, y ambos profesionales coinciden en que la asistencia a las mismas, igual que el establecimiento 1, también depende del paciente.

Duración de la consulta: en el establecimiento 2, aquí ambos profesionales coinciden en la duración de la consulta tanto de un paciente con antigüedad tanto como con los de primera vez. En este punto coinciden con establecimiento 1 en el cual la consulta de primera vez tiene aproximadamente 45 minutos de duración, no así con los pacientes de antigüedad, ya que la consulta de los mismos tiene una duración de entre 5 y 15 minutos, dependiendo del profesional.

Cantidad de pacientes atendidos por día: en este punto se observa una coincidencia en ambos establecimientos, contando con un promedio de atención de entre 13 pacientes por día.

Utilización de material visual: en el establecimiento 1 ambos profesionales coinciden en que no utilizan material visual por falta de tiempo y uno de ellos comenta que tampoco el material es provisto por el hospital.

Elaboración de registro diario: se observó coincidencia en este caso, en ambos establecimientos los profesionales entrevistados respondieron que piden registro diario de alimentos.

Establecer objetivos consensuados: hubo coincidencia en el establecimiento 2, ambos profesionales comentan que trabajar con objetivos es fundamental para el tratamiento. En el establecimiento 2 si bien los profesionales también refirieron que trabajan con objetivos, uno de los profesionales comentó que lo utiliza con los pacientes que tienen más continuidad, mientras que el otro profesional refirió que al haber tantas profesionales rotantes, es difícil la continuidad nutricionista-objetivo-paciente.

Comunicación fuera de la consulta: no se ha observado coincidencia en este caso, en el establecimiento 1, los profesionales no establecen comunicación fuera de la consulta por ningún medio, ambos coinciden que es por falta de tiempo y uno de ellos afirmó que no es profesional.

En el establecimiento 2 ambos coinciden que los pacientes se sienten más seguros si tienen la oportunidad de llamar a su nutricionista fuera de la consulta.

En cuanto al descenso de peso de los pacientes a lo largo del tratamiento se pudo observar:

Establecimiento 1

Profesional 1: De un total de 8 pacientes, 3 aumentaron de peso

Profesional 2: De un total de 8 pacientes, 3 aumentaron de peso

Establecimiento 2

Profesional 1: De un total de 8 pacientes, 1 aumentó de peso

Profesional 2: De un total de 8 pacientes, ninguno de ellos aumentó de peso

7. Conclusión

La educación terapéutica y la relación nutricionista-paciente son factores fundamentales que complementan el tratamiento para combatir la obesidad.

Es beneficioso para el paciente un seguimiento que no sólo se concentre en su descenso de peso y su dieta, sino que también se debería registrar la asistencia a las consultas y acompañar al paciente en todos los aspectos que integran un tratamiento, no olvidando un aspecto fundamental que es la individualidad del tratamiento, no todos los pacientes tienen los mismos recursos, ya sean económicos o sociales, cada persona tiene un tiempo diferente a otra para poder aceptar su enfermedad y sobre todo para poder iniciar el cambio. Según González y Pérez (2001) se debe intentar encarar el tratamiento de una manera diferente utilizando técnicas de enseñanza y aprendizaje y adaptarse a las distintas situaciones que puede plantear un paciente, saber qué piensa, como piensa y porque piensa de determinada manera

Es importante la comunicación permanente, ya que los profesionales que mantienen contacto con su paciente, ya sea vía correo electrónico ó por celular, aseguran haber detectado debilidades o errores cometidos por los pacientes que han resultado perjudiciales para el tratamiento, los cuales podrían terminar en una recaída, como ser atracones con comida o inasistencia a la consulta por el miedo de haber aumentado de peso o por no haber descendido lo suficiente, esto para el paciente se traduce como un fracaso y en muchos casos hace perder la confianza en uno mismo para continuar con el tratamiento. Estos hechos son simples de resolver si se cuenta con la información, los recursos necesarios y con la voluntad del nutricionista, siempre y cuando el profesional comprenda que debe intentar correrse de la relación nutricionista-paciente comúnmente establecida.

Prochaska y Diclemente (2009) resaltan en sus textos lo interesante que sería notar cambios en los profesionales de la salud para con sus pacientes en lo que refiere a los modelos de atención, que se tenga en cuenta las necesidades del paciente no sólo físicas sino también a sus vivencias a lo largo del proceso de cambio, sostienen que el demostrar empatía, aceptación y respeto por el paciente no significa “aprobar” sus actos, sino comprender sus emociones y ponerse en la piel del mismo.

No se pierde prestigio, ni respeto manteniendo el contacto con el paciente fuera la consulta, sino todo lo contrario, el paciente se siente mas seguro y contenido, logrando así, la confianza y la empatía tan necesaria en un tratamiento de una enfermedad crónica. Prochaska y Diclemente (2009) sostienen “que un paciente con una enfermedad crónica no puede adquirir los conocimientos e implementarlos si no cuenta con un apoyo positivo

y con un clima de empatía brindado por el profesional. Ya que el ambiente donde se lleva a cabo el aprendizaje es tan importante como los contenidos que se aprenden”.

Dados los resultados de la comparación de este estudio, se observó que en los pacientes del establecimiento 2 en donde se utiliza el modelo de atención psicosocial, hubo un marcado descenso de peso sostenido en el tiempo y en cuanto a las consultas, las mismas son semanales y controladas, en el caso de alguna ausencia se intenta localizar al paciente y brindarle ayuda en el caso de que haya tenido algún tipo de inconveniente que le haya provocado la ausencia a su consulta. En el establecimiento 1, la institución pública, en donde aún se maneja el modelo tradicional biomédico, los pacientes tuvieron un descenso de peso menor y que las consultas son muy esporádicas, se ha observado que pacientes no han recurrido a sus consultas durante meses incluso años, por consecuencia, resulta muy difícil que se establezca una sólida relación entre el profesional y el paciente, el cumplimiento de objetivos, el descenso de peso sostenido y los cambios sostenidos de hábitos poco saludables.

También se pudo observar que en el establecimiento 1, siendo la misma una institución pública, existe una constante rotación de nutricionistas, característica necesaria para la capacitación profesional, pero que no permite establecer un tiempo necesario para que la relación con el paciente se afiance lo suficiente, aunque también se debe destacar la falta de empatía que establecen los nutricionistas con sus pacientes en el periodo de la residencia. Aquí se observa claramente lo mencionado en lo que respecta a los “roles”, es posible que a estos profesionales no se los haya capacitado lo suficiente para acompañar a un paciente crónico, en este caso a un obeso. Dados los resultados del poco descenso de peso que tuvieron los pacientes y de la poca y esporádica presencia a las consultas sería importante considerar algunos aspectos en cuanto a la forma de encarar un tratamiento de una enfermedad crónica. Según Assal (2000) estos cambios resultan un desafío en la comunidad de los profesionales de la salud y que como primer paso debería establecerse un consenso efectivo entre los mismos en lo que respecta considerar al paciente como una persona y no como una enfermedad en si, sostiene también, que los especialistas deberían trabajar aspectos fundamentales del tratamiento que son la flexibilidad, la adaptabilidad y la continuidad.

Como reflexión final, se puede pensar que independientemente del establecimiento en donde el profesional ejerza, del tiempo de consulta y del periodo que dure su residencia, sería importante que el nutricionista intente en ese tiempo marcar una diferencia, y hacerle a ver al paciente que existe otras formas de atención, no considerarlo un número de historia clínica, sino una persona que busca ayuda para cambiar su calidad de vida.

Bibliografía

- Assal, J.P.: (2000) “*De la biomedicina a las necesidades del paciente: Un desafío global, regulador y cibernético.*” Servicio de Educación terapéutica para enfermedades crónicas, Universidad Hospital Ginebra.
- García González, R.; Suarez Pérez, R.: (2001) ” *Dimensión educativa del cuidado de las personas con enfermedades crónicas.*” Revista Cubana endocrinología. 12(3) 178-87. Habana
- Anderson, D. J: (2011): *Vivir con una enfermedad crónica.* Serie de Hazelden. NY.
- Prochaska, J.; Norcross, J, DiClemente, C: (2009). “*Cambiar para siempre.*” Servicio de Educación terapéutica para enfermedades crónicas, Universidad Hospital Ginebra. Assal, J, P.: (2000): *El enfermo y sus actitudes en el tratamiento prolongado.* Ponencia Servicio de Educación terapéutica para enfermedades crónicas, Universidad Hospital Ginebra.
- Lacroix, S.; Assal, J P.: (2006). “*Pedagogía y Terapia, el valor agregado al tratamiento.*” Servicio de Educación terapéutica para enfermedades crónicas, Universidad Hospital Ginebra.
- Di Clemente, C.; Scott, C; (2007): “*Stages of Change: Interactions with Treatment Compliance and Involvement.*” Department of Psychology University of Maryland
- Rico, M. A.; Calvo, I; Díaz Gómez, J.; Gimena, M.: (2008). “*Educación terapéutica en pacientes crónicos.*” Revista Española Nutrición Comunitaria 14(3):172-1782009.
- Cormillot, A (2006): “*Sistema C para adelgazar*” Buenos Aires, Argentina: Publiexpress
- Martín Alfonso L.: (2004): Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública. 30(4):350-2.
- Arreghini, M. B; Saldeña, L. R.:(2011) “*La asistencia de pacientes crónicos: el desafío del nuevo siglo.*” Revista Médica Científica “Luz Vida”, 2(1): 10-14. Mendoza.