

Barreras y facilitadores para la adherencia al tratamiento nutricional de la obesidad

Cuspinera Madrigal, María de los Ángeles

2015

<http://hdl.handle.net/20.500.11777/1308>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto
Presidencial del 3 de Abril de 1981



BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIO DE LA OBESIDAD

DIRECTOR DEL TRABAJO

Mtra. Claudia Rodríguez Hernández

ELABORACIÓN DE TESIS DE GRADO

que para obtener el Grado de

MAESTRÍA EN NUTRICIÓN CLÍNICA

presenta

MA DE LOS ÁNGELES CUSPINERA MADRIGAL

INDICE

CAPfTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 Planteamiento del problema	4
Figura 1. Prototipo tradicional para el tratamiento de la obesidad.....	6
1.2 Objetivos de la Investigaci...n.....	8
1.2.1 General.....	8
1.2.2. Especficos.....	8
1.3 Justificaci...n.....	8
1.4 Marco contextual	9
CAPITULO 2. MARCO TE,RICO	11
2.1 Obesidad en adultos.....	11
2.1.1 Causas de la obesidad: genficas, psicol...gicas y sociales.....	12
2.2 Importancia del estudio cualitativo en el •rea de salud	13
2.2.1. Abordajes en el estudio de la obesidad	14
2.2.1.1 Modelo epidemiol...gico cl•sico.....	15
2.2.1.2. Modelo epidemiol...gico social.....	15
2.2.3 Tratamiento de la obesidad	17
2.2.3.1 Abordaje tradicional	17
2.2.3.2 Abordaje conductual	18
2.3 Barreras, facilitadores y su relaci...n con la adherencia al tratamiento.....	18
Cuadro 1. Clasificaci...n de barreras y facilitadores.....	21
2.3.1 Tfnicas para detectar barreras y facilitadores.....	22
Cuadro 2: Tfnicas para detectar barreras y facilitadores	22
2.3.1.1 La observaci...n y la entrevista semiestructurada.....	23
CAPITULO 3. METODOLOGfA.....	26
3.1 Unidad de an•lisis	26
3.2 Tipo de estudio	26
3.3 Criterios de selecci...n del grupo de estudio.....	26
3.4 Aspectos ficos	27
3.5 Etapas de la investigaci...n.....	27
3.5.1 Etapa 1: An•lisis de la din•mica de la consulta	27
Cuadro 3: Factores por categorfa de an•lisis de la din•mica de la consulta.	29
3.5.2 Etapa 2: An•lisis de la experiencia de los pacientes del grupo de estudio durante el tratamiento nutricional.	30
Cuadro 4: Factores por categorfa de an•lisis de la experiencia del paciente.....	30
Cuadro 5. Etapas de la investigaci...n.....	30

CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIONES	31
4.1 Análisis de la dinámica de la consulta	32
4.1.1 Categoría “características personales”	32
Cuadro 6. Factores relacionados con la categoría “características personales”	33
Cuadro 7. Barreras y facilitadores pertenecientes a la categoría de análisis “características personales”	34
Gráfica 1. Frecuencia de barreras y facilitadores para la categoría de análisis “características personales”	35
4.1.2 Categoría de análisis “Características del especialista”	35
Cuadro 8. Factores relacionados con la categoría “características del especialista “	35
Cuadro 9. Barreras y facilitadores pertenecientes a la categoría de análisis “características del especialista”	36
Gráfica 2: Barreras y facilitadores para la categoría “características del especialista” ...	37
4.1.3. Categoría de análisis “características del tratamiento nutricio”	37
Cuadro 10. Factores relacionados con la categoría “características del tratamiento nutricio”	38
Cuadro 11. Barreras y facilitadores pertenecientes a la categoría de análisis “características del tratamiento nutricio”	39
Gráfica 3. Frecuencia de barreras y facilitadores para la categoría “características del tratamiento nutricio”	40
4.2 Analizar las experiencias del grupo de estudio durante el tratamiento nutricio.....	41
4.2.1 Factores relacionados con la categoría de análisis “problemas de salud colaterales”	41
Cuadro 12. Factores relacionados con la categoría “problemas de salud colaterales” ...	42
Gráfica 4. Barreras y facilitadores de la categoría “problemas de salud colaterales	43
4.2.2 Factores relacionados con la categoría de análisis “contexto socioeconómico” ...	43
Cuadro 13. Factores relacionados con la categoría “contexto socioeconómico”	44
Gráfica 5. Barreras y facilitadores para la categoría de análisis “contexto socioeconómico”	45
CAPITULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
5.1 Conclusiones	47
5.2 Recomendaciones	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXOS	53
Anexo 1. Guía de Observación Personal de Intendencia UIA.....	53
Anexo 2. Guía de entrevista para identificar barreras y facilitadores en el tratamiento ..	55

RESUMEN

Diversos estudios han mostrado que el éxito en el tratamiento nutricional de la obesidad está relacionado con la modificación de hábitos y comportamientos, para lograrlo se requiere que el paciente siga las recomendaciones del especialista en lo que toca a cambios en hábitos y comportamientos, en conjunto con el seguimiento del plan de alimentación, durante un período de tiempo largo; sin embargo, son pocos los pacientes con obesidad que acuden regularmente a sus consultas y menos aun los que llegan al final del tratamiento.

Este estudio se realizó con la finalidad de identificar los factores que funcionan como dificultades o barreras, así como aquellos que actúan como facilitadores para la adherencia al tratamiento y que por lo tanto facilitan o no el que estos tratamientos a largo plazo se completen.

Para este análisis se acudió a la interpretación de datos obtenidos en la observación de la dinámica en las consultas y en una entrevista semiestructurada. Participaron 8 mujeres que trabajaran en el área de intendencia de la Universidad Iberoamericana Puebla, diagnosticadas con obesidad y que asisten a la Clínica de Nutrición para recibir tratamiento nutricional.

Al analizar los resultados se encontró que la actitud con que llega el paciente, el grado en que el paciente entiende las instrucciones del tratamiento así como la importancia de que se sienta motivado tanto por el nutricionista como por su familia y trabajo son factores elementales para lograr adherencia. Entre las barreras mencionadas están la sensación de hambre y el dejar de lado alimentos que consumen habitualmente en los primeros momentos de aplicar el plan de alimentación sugerido, la falta de apoyo a nivel familiar así como la importancia de que las recomendaciones del nutricionista sean resultado de un acuerdo entre ambos. Por lo tanto, se concluye que identificar barreras y facilitadores permite al especialista prever las limitaciones de su intervención, construir soluciones, estrategias personalizadas, alianza con el paciente y de esta forma llegar con éxito al final del tratamiento nutricional.

CAPÍTULO 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Estudios recientes demuestran que la incidencia y prevalencia de la obesidad han aumentado de manera progresiva durante los últimos seis decenios y de modo alarmante en los últimos 20 años (1).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2012 revela que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en mujeres es de 73% y 69.4% para los hombres, es decir 7 de cada 10 adultos presentan sobrepeso u obesidad, encontrando una prevalencia mayor de obesidad en las mujeres y de sobrepeso en los hombres (2).

Al analizar la tendencia se observa que en los últimos doce años la prevalencia de ambas condiciones ha ido en aumento, y que en los últimos 6 años este incremento muestra una desaceleración, hecho que según los resultados publicados en la ENSANUT 2012 es consecuencia de las acciones de regulación, difusión y orientación alimentaria que el gobierno ha implementado a través de medios masivos de comunicación o de regulación, con la intención de generar mayor conciencia colectiva e impactar en las causas directas del problema, que son la ingesta y la actividad física (2). Por otro lado se menciona la posibilidad de que un alto porcentaje de la población tenga predisposición genética para desarrollar obesidad en la edad adulta (2).

Sin embargo, desde una perspectiva social, en los últimos 6 años los esfuerzos han sido muchos pero los alcances, en general, pocos; considerando que ahora se tiene mucho más conocimientos de la multicausalidad de la obesidad (3).

El fenómeno de la obesidad en la literatura se discute como un hecho cultural muy interconectado con la disponibilidad de la comida rápida, las horas destinadas a ver televisión y a los videojuegos, pero también es visto como un fenómeno económico, en donde los cambios medioambientales causados por la urbanización y modernización son determinantes (4).

En la consulta particular las intervenciones diseñadas por el nutriólogo para su manejo, tanto en lo que toca a la pérdida de peso como al mantenimiento de esa pérdida no siempre son efectivas. Esta situación resulta frustrante, tanto para el especialista como para el paciente (5).

Un hecho importante es que se observa que son pocos los pacientes que acuden regularmente y hasta el final del tratamiento. La OMS hizo una estimación en el 2010, en la que indica que en los países desarrollados solo la mitad de los enfermos crónicos siguen su tratamiento situación que se agrava en los países en vías de desarrollo, debido a los limitados recursos económicos, sociales y culturales de una buena parte de la población así como a la falta de cobertura de los servicios de salud (6).

En diversos estudios se ha encontrado que en adultos la adherencia al tratamiento existe en un porcentaje pequeño y en un plazo corto de tiempo, y se ha encontrado también que es mayor la pérdida y el mantenimiento del peso recomendable cuanto mayor es la permanencia en el tratamiento; de estos hallazgos podemos estimar la importancia de la adherencia en el manejo de la obesidad, considerándola un factor determinante en el logro de los objetivos(6).

El término adherencia se entiende como una responsabilidad mutua tanto del nutriólogo como del paciente, es un factor que en general va ligado a las habilidades que se adquieren en la consulta para el mantenimiento de conductas favorables para el estado de salud del paciente(6).

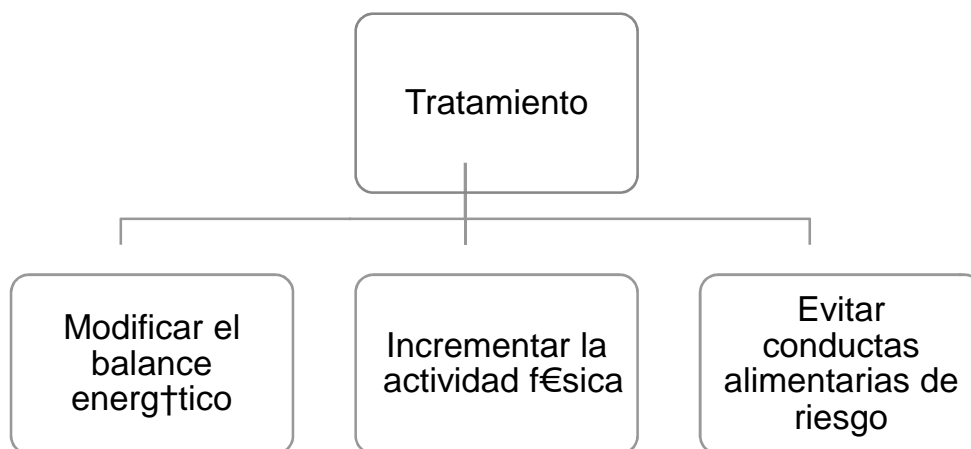
En algunos estudios se reporta que ya han sido detectadas barreras que interfieren en la adherencia al tratamiento, entre las que se mencionan están:

- Factores relacionados con el equipo de salud
- Factores socioeconómicos
- Factores relacionados a la enfermedad o al tratamiento
- Factores relacionados directamente con el paciente (6).

Como ejemplos de esos factores se pueden mencionar: dinámica familiar, estado emocional, gran disponibilidad de productos a bajo precio con alta densidad energética, grado de conciencia del problema, publicidad, ingreso destinado a la dieta diaria, horarios en el trabajo, empatía médico (nutri...logo)/paciente, competencia y actitud del especialista, motivaci... etc.(6).

Por otro lado tenemos también que los principios del tratamiento de la obesidad son básicamente los mismos desde hace 20 años, y estos se centran en lograr modificaciones en el balance energético de la dieta, la conducta alimentaria y la actividad física, como se muestra en la figura siguiente(4).

Figura 1. Prototipo tradicional para el tratamiento de la obesidad



No tiene mucho tiempo que el problema de la obesidad ha pasado a ser reconocido como un problema que requiere atención prioritaria por ser uno de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas degenerativas y por las alarmantes cifras que indican su rápido incremento .

En la práctica del nutri...logo clínico, el tratamiento del paciente que presenta obesidad se basa en propuestas bien delineadas, basadas en evidencia y en muchos años de experiencia, sin embargo, el incremento de su prevalencia, as€

como la pobre adherencia al tratamiento ponen en duda su efectividad. Esta realidad acentúa la necesidad de buscar esquemas diferentes que complementen y/o modifiquen el tratamiento y que rompan con la manera en que tradicionalmente se ha venido entendiendo y manejando la obesidad, por lo que surge la pregunta: ¿qué determina que un paciente siga su tratamiento y otro no?

Para abordar este problema es necesario contar con un conocimiento suficiente y detallado del mismo, identificando los aspectos que facilitan y aquellos que obstaculizan tanto la adherencia a las estrategias planteadas por el nutri...logo como la aceptación de un cambio de conductas por parte del paciente.

Al estudiar la adherencia al tratamiento se ha encontrado, que la complejidad del problema no permite que los métodos directos de investigación cuantitativa (bioquímicos, antropométricos etc.) sean suficientes, por lo que es importante incluir métodos indirectos y subjetivos pertenecientes a la investigación cualitativa que permitan percibir y captar de una manera sistémica y profunda cómo se desarrolla la dinámica de la consulta, y en esta dinámica identificar desde la perspectiva del paciente, acciones que favorezcan la adherencia al tratamiento prescrito por el nutri...logo(6).

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 General

- Identificar barreras y facilitadores para la adherencia al tratamiento nutricional de la obesidad en personal de intendencia de la Universidad Iberoamericana Puebla.

1.2.2. Específicos

- Analizar la dinámica de la consulta impartida por los nutricionistas a los pacientes del grupo de estudio.
- Analizar las experiencias del grupo de estudio durante el tratamiento nutricional.

1.3 Justificación

El incremento en la población que presenta problemas de obesidad es un tema que preocupa tanto a instituciones públicas como privadas a los especialistas dedicados a mejorar la salud de la población ya quienes la padecen. Esto debido a que en exceso en la masa grasa corporal tiene implicaciones graves sobre la salud.

Este trabajo de investigación surge de la inquietud por buscar alternativas de tratamientos que ayuden a atender este problema, cada vez más cotidiano, mediante programas efectivos en los que se considere como uno de los temas centrales la promoción de la adherencia.

La identificación de barreras y facilitadores percibidos por los pacientes para llevar a cabo las indicaciones del especialista en nutrición permite crear

estrategias encaminadas a lograr una práctica clínica que resulte más efectiva en el seguimiento del plan de alimentación y estilo de vida, y por ende, en su salud.

Las cifras estadísticas son un elemento importante para entender la realidad de lo que se desea investigar, sin embargo, la experiencia humana no siempre es cuantificable, en especial cuando se relaciona con las emociones y el estilo de vida como es el caso de las personas que presentan obesidad.

Una comprensión más amplia y profunda de la complejidad del tratamiento de la obesidad, que trascienda la idea simple de reducir la ingesta y aumentar el ejercicio, mediante el análisis de los obstáculos y facilitadores de la adherencia, contribuir al desarrollo de nuevas estrategias de tratamiento, es decir, un análisis que permita describir la manera en que cada persona involucrada percibe y vive su problema, enfatizando la experiencia de los sujetos involucrados y la forma en que construyen su perspectiva sobre el mundo y su salud (9).

1.4 Marco contextual

El trabajo se llevó a cabo dentro de la Clínica de Nutrición de la Universidad Iberoamericana Puebla, teniendo como población de estudio a las 18 personas del área de intendencia que habían sido diagnosticados con obesidad en el proyecto llamado 3 x 1 realizado por la Comisión de Salud de la misma universidad, mismo que dio inicio en octubre de 2012. Como parte de este proyecto se evaluó nuevamente a estos pacientes durante los meses de noviembre del 2013 y enero del 2014, encontrando que un 99 % presentaban un aumento de peso. A partir de este hallazgo la universidad decidió la implementación de un programa de alimentación dirigido al personal diagnosticado con riesgo cardiovascular, mismo que se realizó de la siguiente manera:

1. Primer encuentro con el personal de intendencia para explicar los objetivos del proyecto y solicitar su consentimiento
2. Diagnóstico del estado nutricional y del riesgo cardiovascular
3. Diseño del plan de alimentación

4. Aplicación del plan de alimentación
5. Reevaluación del estado nutricional
6. Reevaluación del riesgo cardiovascular

Este programa fue realizado por estudiantes de la Licenciatura en Nutrición y Ciencia de los Alimentos, mismos que de manera paralela observaron durante las consultas y con el apoyo de una entrevista semiestructurada, aquellos factores que permitieran la identificación de barreras y facilitadores

Algunas características de la población de estudio fueron:

- Trabajaban en diferentes turnos, el matutino de 7:00 am a 3:00 pm., y el vespertino de 2:00 pm a 9:30pm
- Percibían un ingreso semanal de \$793 en efectivo y \$188 en vales de despensa. De dicho salario refieren que en promedio destinan \$350 a alimentos (50%)
- Vivían con más de una persona, hijos, nueras y nietos y algunas con su marido.
- En general eran las encargadas de proveer los alimentos en su casa, así como de solventar otros gastos de manutención
- El tiempo destinado a la comida dentro de la universidad era de media hora
- Las demás comidas las realizaban en su casa antes o después del trabajo

CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Obesidad en adultos

La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por un exceso de adiposidad, que se puede establecer desde edades tempranas de la vida y que es difícil de revertir, por lo que su prevalencia incrementa conforme aumenta la edad. Evoluciona de manera lenta y gradual y es el resultado de un desequilibrio entre el consumo y el gasto de energía. También se entiende como un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de energía en forma de grasa corporal por depósitos de triglicéridos en los adipocitos, en relación con el valor esperado según el sexo, talla y edad (10). Es diferente al concepto de sobrepeso que se refiere a un simple aumento en la masa corporal en general. (11).

Existen tres periodos críticos para el desarrollo de la obesidad y sus complicaciones: la gestación, la infancia temprana, la etapa de rebote de tejido adiposo (cerca de los 6 años y en la adolescencia) (11).

De acuerdo a la manera en que esta masa grasa se distribuye, surgen 2 clasificaciones.

- Ginecoide (pera): Cuando se acumula preferentemente en las nalgas y parte alta de las piernas.
- Androide (manzana): cuando la grasa se localiza en el abdomen preferentemente.

La obesidad androide se acompaña frecuentemente de alteraciones metabólicas principalmente el hiperinsulinismo, hiperandrogenismo: se asocia con diabetes mellitus y trastornos de las lipoproteínas circulantes (11).

2.1.1 Causas de la obesidad: genéticas, psicológicas y sociales

Debido al impacto social, económico y biológico que tiene la presencia de la obesidad, se ha intensificado la búsqueda de las causas, consecuencias y soluciones del problema. En la actualidad es claro que en la etiología participan múltiples determinantes. La obesidad es una enfermedad que se convierte en un problema social trayendo como consecuencias problemas económicos y de salud (9).

Se sabe también que si se manifiesta en la niñez, probablemente avanzará hacia la juventud profundizando su afectación en todos los aspectos de la vida, personal, social, familiar y productiva (12).

- Causas genéticas

Los factores genéticos que favorecen el desarrollo de la obesidad están relacionados con el control del apetito y con el gasto energético requerido tanto para mantener el metabolismo basal adecuado como de utilizarlo durante la realización de ejercicio (9).

En la actualidad se han descubierto alrededor de 5 genes relacionados con la aparición de obesidad. El más importante es el gen *ob*, que promueve la síntesis de leptina por el tejido adiposo. Una vez sintetizado el cerebro recibe información sobre las reservas de energía que se encuentran en el cuerpo, propiciando mecanismos de regulación homeostática, de manera que la cantidad de leptina esté en relación con la cantidad de tejido adiposo, esta transita por el torrente sanguíneo hasta el hipotálamo y es la responsable de generar saciedad (13).

Con lo anterior podemos ver que en el proceso de utilización de lípidos como fuente de energía intervienen diferentes hormonas capaces de activarlo rápidamente o de inhibirlo. La literatura sugiere que una proporción importante de la tendencia para acumular una mayor cantidad de grasa es heredada, y que la respuesta a la intervención nutricional está determinada genéticamente a través de

la interacción del genotipo y factores ambientales, entre los que destacan la dinámica familiar, el estrato socioeconómico bajo, una estimulación cognitiva limitada y la obesidad materna (13).

- Causas psicológicas y sociales

La literatura refiere que la obesidad puede estar relacionada con patrones de conducta familiar y con la relación alimentaria madre e hijo (12).

Por otro lado, la mirada y el gusto de quienes le rodean intervienen como una presión en el comportamiento social de la persona con obesidad. Esta presión hace que la persona adapte su estilo de vida, manteniendo una conducta que se vuelve adictiva, la cual, si se mantiene en el tiempo, hará que la persona niegue sus efectos agresivos, minimizándolos y justificándose, y prolongando estas conductas. Se dice que la comida no es adictiva pero sí lo es la conexión de la persona con ella (14).

2.2 Importancia del estudio cualitativo en el área de salud

Para el investigador cualitativo es fundamental entender los fenómenos sociales desde la perspectiva de los actores involucrados, por lo que sus esfuerzos se orientan a examinar de qué manera el actor experimenta el mundo, pues para el investigador la realidad que importa es la que perciben las personas que forman parte e influyen en el fenómeno estudiado (8).

Los estudios cualitativos han permitido comprender que las acciones humanas pocas veces tienen una causa simple. Cuando se habla de los factores que desencadenan obesidad requerimos abarcar múltiples aspectos que hacen compleja su prevención y control, entender estos aspectos es la tarea del investigador.

Para el pensador cualitativo, la comprensión de la experiencia humana es una cuestión de cronología, más que de causas y efectos. En este estudio se parte del

supuesto de que para tratar un padecimiento y sobre todo para innovarlo además de entender la complejidad de sus causas, se debe considerar cuál ha sido a lo largo de la historia la propuesta del especialista en salud, en este caso del nutri...logo, para que un paciente con obesidad pierda peso, recupere o mejore su salud y cuál ha sido la experiencia que cada involucrado ha tenido en el desarrollo de su enfermedad (8).

2.2.1. Abordajes en el estudio de la obesidad

Se ha propuesto la idea de que tanto la obesidad, como los métodos disponibles para enfrentarla se encuentran socialmente determinados. Se sugiere que conforme una sociedad evoluciona, encuentra nuevas formas de organizaci...n y que por lo tanto, surgen nuevas formas de estructuras familiares y de vida, que a su vez crean nuevas interdependencias entre personas, grupos, y producen nuevas enfermedades (15).

En el caso de problemas de salud pública como la obesidad el estudio de sus causas obedece a modelos te...ricos y metodol...gicos distintos. Uno es el modelo epidemiol...gico clásico y otro es el modelo epidemiol...gico social. Estos modelos emplean distintos criterios conceptuales, metodol...gicos e ideol...gicos (14).

El primero conceptualiza a la salud/enfermedad como un fen...meno biol...gico y destaca el estudio de sus factores causales, esencialmente de carácter natural. El segundo interpreta la salud/enfermedad como un fen...meno hist...rioso social. Estudios de las últimas dos décadas han colaborado a constatar que estudiar los cambios en las organizaciones sociales es tan importante como realizar investigaci...n biol...gica básica. La investigaci...n sobre las condiciones e intervenciones sociales para dar respuestas en el área de la salud se considera por lo tanto muy necesaria (14).

2.2.1.1 Modelo epidemiológico clásico

Concepto de obesidad

Los estudios epidemiológicos utilizan medidas como prevalencia puntual, incidencia y mortalidad para cuantificar la obesidad y sus efectos sobre la salud. El estudio de la obesidad por el modelo epidemiológico clásico ha seguido esta línea y ha permitido crear recomendaciones basadas en el consumo de alimentos y la actividad física, buscando un enfoque hacia las personas de mayor riesgo a presentar obesidad (14).

Existen investigaciones que empleando el modelo epidemiológico clásico, han identificado factores de riesgo para este problema de salud pública tales como la etnicidad, falta de actividad física o sedentarismo, el género y el nivel socioeconómico. Entre las causas identificadas bajo este modelo se menciona que el problema se deriva de un alto consumo energético y poco gasto en actividad física. Además se implica al ambiente, las pocas oportunidades de ejercicio y las largas horas frente a la pantalla. Este ha mostrado ser un enfoque estrecho, que dio origen al modelo de control en el que la solución es comer menos y hacer más ejercicio (16).

2.2.1.2. Modelo epidemiológico social

Concepto de obesidad

En el modelo epidemiológico social, el concepto de obesidad se basa en una concepción materialista de la historia, en la cual la relación hombre-naturaleza y las relaciones entre los hombres, definen los procesos esenciales que explican la producción social de la salud/enfermedad y la historicidad de las formas de enfermar y morir, y concibe la relación salud/enfermedad como un proceso social (15).

Una de las cuestiones centrales de la epidemiología social, se refiere a la noción de determinación del proceso salud/enfermedad y no a la causalidad, es decir, se

reconoce a la salud/enfermedad como un estado en constante cambio, expresada en la corporeidad humana (15).

En términos generales se reconocen tres niveles de aproximación al concepto de salud-enfermedad(15):

1 - Micro o individual. En el caso de la obesidad, la pertenencia a un grupo social específico predispone al individuo a un conjunto de procesos protectores y/o destructivos cuya resultante es amortiguadora o aceleradora del riesgo de desarrollar obesidad.

2. Meso o familiar. Lo social se aprehende a través de la reproducción cotidiana del grupo doméstico, de las estrategias familiares de vida y de las redes de apoyo social, expresadas en procesos de resolución de necesidades humanas (de alimentación, atención, afectivas, de tiempo y otros)

3 - Macro social. Se refiere a la estructura social y a aquellos procesos esenciales que organizan la vida de los distintos grupos sociales:

Una contribución importante de este modelo es el estudio de la construcción social de las categorías de enfermedad y el diferenciar entre categorías de padecimiento, malestar y enfermedad(14).

- Padecimiento es una expresión individual de sufrimiento
- Por malestar es una percepción que otras personas en el entorno cercano a una persona pueden entender
- Finalmente, "la enfermedad" se considera como una enfermedad interpretada; para explicarla surge una categorización por parte del prestador de servicios; esta es caracterizada como una tipología nosológica (14).

Para el caso de la obesidad la categoría de padecimiento parece ser la más importante, porque refleja una expresión a nivel individual, pero que está manifestando la situación social del paciente. La lucha por conservar el cuerpo

delgado a toda costa es lo ideal, es un ideal cultural promovido por los medios de comunicaci...n y se relaciona con las experiencias infantiles; por otro lado la comida es amiga y enemiga, esta afirmaci...n se refiere a la obesidad en la categoríade malestar. "Matarse de hambre" fésica y emocionalmente es el disfraz de hacerlo por motivos de salud. Así la obesidad se convierte en un padecimiento(15).

Desde esta complejidad, comprender el proceso del paciente con obesidad requiere del uso conjunto de ambos modelos: el epidemiol...gico clásico y el epidemiol...gico social

2.2.3 Tratamiento de la obesidad

2.2.3.1 Abordaje tradicional

El abordaje tradicional considera la obesidad como una condi...n no saludable que debe prevenirse y tratarse promoviendo un balance negativo de energíea. De esta manera los logros ser•n consecuencia del control en la ingesta cal...rica y la actividad fésica.

Los criterios para evaluar la fidelidad al tratamiento se basan en estadísticas proporcionadas por puntos de corte que clasifican a la obesidad en varios grados de acuerdo a diversos indicadores, tales como el índice de masa corporal y el perímetro de cintura como indicador del grado de riesgo. En la práctica el tratamiento se enfoca en intervenir en la ingesta de energíea, la composici...n y distribuci...nde la dieta, la actividad fésica, el uso de fármacos, acciones dedicadas a la orientaci...n y educaci...n psicol...gica y además de la cirugía bariátrica. Se considera que si se practican estas acciones de manera complementaria el efecto en la pérdida de peso ser• mayor (17).

2.2.3.2 Abordaje conductual

Los tratamientos conductuales son otra manera de abordar el problema. Esta aproximación se basa en la idea de que la asesoría nutricional es utilizada como parte de un proceso de apoyo en el establecimiento de prioridades y metas, para planes de acción individualizados que fomenten la responsabilidad del autocuidado (17). La obesidad es un problema de causas diversas y es un elemento que se suma a una serie de vivencias muy personales, por lo que considerar la baja de peso como único objetivo en su tratamiento puede ser insuficiente (17).

Se ha establecido también una relación entre la obesidad y factores relacionados al estilo de vida, por ejemplo los hábitos o conductas relacionadas con la alimentación y la actividad física, estos hábitos por lo general se adquieren en la niñez y son los que perduran hasta la edad adulta (16).

Existen diferentes estrategias para lograr cambios conductuales. Las teorías y los modelos validados dentro del campo de la dietética son un marco que ayuda a entender las cuestiones internas y externas y la dinámica que lleva a los cambios de conducta. Entre las teorías que menciona la literatura encontramos la teoría conductual y la teoría cognitivo-conductual, ambas enfocadas a concientizar sobre los estímulos internos y externos y sus respuestas. El especialista pretende enseñar estrategias que promuevan un cambio de comportamiento como por ejemplo el auto monitoreo, la resolución de problemas, la fijación de metas, el manejo de contingencias o la reestructuración cognitiva, y el control de estímulos entre otros.

En este abordaje el especialista en nutrición basa su intervención en el asesoramiento conductual relacionado con la alimentación.

2.3 Barreras, facilitadores y su relación con la adherencia al tratamiento

Las barreras y facilitadores pueden definirse como aquellos factores que impiden o facilitan, total o parcialmente, la implementación del cambio mismo que se

manifiesta como adherencia o falta de adherencia a las recomendaciones dadas por el profesional de salud (17). Una de las definiciones de adherencia más empleada es la de Haynes de 1976, quien la explica como «la medida en la cual la conducta de una persona (en términos de consumo de fármacos y cambios en el estilo de vida) coincide con los consejos del profesional sanitario».

Entre los factores relacionados directamente con la adherencia al tratamiento se pueden mencionar los referentes a la calidad de la relación que se establece entre el especialista de salud y el paciente, las características del tratamiento o régimen terapéutico, las características de la enfermedad o trastorno, y las relacionadas con el paciente y su entorno social, siendo las características y complejidad del tratamiento, las que se han mencionado con mayor frecuencia en la bibliografía (18).

El análisis de barreras y facilitadores ha tomado relevancia como un método de análisis de información para detectar factores que impactan en la adherencia al tratamiento y detectar soluciones y estrategias apropiadas para el éxito en la intervención del profesional de salud, ajustando dicha intervención a las necesidades detectadas y al contexto en el que se implementa el tratamiento.

Entender cuáles son las principales barreras y facilitadores, puede ayudar en la selección de las estrategias más apropiadas para aumentar el éxito de la adherencia al tratamiento nutricional de la obesidad. Muchos estudios sostienen que si la intervención del nutricionista considera las barreras para un cambio en el comportamiento alimentario, esto le permitirá diseñar estrategias individualizadas que logren en el paciente conductas a favor de su salud y nutrición (17).

En las investigaciones sobre el cambio de comportamiento y lineamientos en la práctica clínica de los profesionales sanitarios se incluye la identificación de barreras y facilitadores como una fase importante (17). Sin embargo es importante considerar que durante el análisis de barreras y facilitadores se encuentran datos que no se esperaban y que es importante ir incluyendo, conforme se avanza en el estudio. Es un proceso que continúa durante toda la intervención y que a lo largo

de ella se va perfeccionando (8). Diversos estudios han mostrado que entre la multicausalidad de la obesidad los aspectos ambientales (educación, ambiente familiar, influencia del medio social, historia de peso) son factores que pueden interferir en el balance entre el consumo de alimentos y el gasto energético. Otros estudios mencionan que la obesidad frecuentemente coexiste con otras patologías tales como depresión, problemas de conducta y trastornos de ansiedad, y que la presencia de estos factores interfiere en su tratamiento, por lo que su identificación puede ayudar a mejorar la adhesión a unos hábitos de vida saludables y, con ello, a la prevención de las complicaciones asociadas.

Entre las barreras sociales para el tratamiento de la obesidad se encuentran (17):

- Disponibilidad y publicidad de alimentos y bebidas
- Dificultad para involucrar a los padres en el tratamiento
- Ausencia de percepción del problema para el niño y los padres
- Horas excesivas frente a las pantallas propiciando el sedentarismo
- Promoción excesiva de los medios de comunicación de consumo de alimentos industrializados (chatarra)

Y entre las barreras psicológicas (16):

- La idea frecuente de que la comida es un elemento compensatorio en presencia de sentimientos de culpa en relación con la imagen o conducta alimentaria.
- El tratamiento tiende a fomentar la frustración, deterioro de autoestima y distorsión de la imagen corporal además de que los resultados dependen en gran medida, del autocontrol y de cambios permanentes en el estilo de vida.

Existen otras maneras de categorizar el análisis de barreras y facilitadores (17):

- Dinámica de consulta (relación nutriólogo/paciente)
- El contexto social
- El relacionado con el sistema

Otra clasificaci...nde las barreras y facilitadores es la deGrol, quien clasifica las barreras en aquellas relacionadas con el profesional sanitario, con el contexto social y con el contexto organizativo. En el siguiente cuadro se presentan algunos ejemplos (17).

Cuadro 1 . Clasificaci•n de barreras y facilitadores

CATEGOR€AS DE AN†LISIS	BARRERAS	FACILITADORES
Profesional de la salud (nutri•logo) Competencia, actitudes, opiniones, motivaci...n para el cambio, caracter€sticas individuales	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de acuerdo con las recomendaciones del tratamiento • Falta de formaci...n entrenamiento o habilidades para seguir las recomendaciones cl€nicas. • Preferencias personales, experiencias individuales • Recomendaciones r€gidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales innovadores y con mayor disposici...n al cambio
Contexto Social. (Pacientes, p adres)	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de adherencia por parte de los pacientes • Demandas de los pacientes al tratamiento • Inter†s en su salud • Conocimiento, o lo que entienden como causas y consecuencias de la obesidad • Relaci...n padre hijo 	<ul style="list-style-type: none"> • Relaci...n padre hijo • Inter†s en el conocimiento de causas y control del problema
Factores relacionados con el sistema: Medio familiar, factores econ...micos, factores culturales	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de tiempo • Sobrecarga de trabajo • Relaci...n (nutri...logo padre, niÑo) • Trabajo en equipo • Recursos econ...micos • Familia disfuncional • Trabajo de los diferentes padres, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de tiempo • Nivel social • Horarios de atenci...n • Disponibilidad para trabajar en equipo • Padres presentes

Carola Orrego [et al] (17)

2.3.1 Técnicas para detectar barreras y facilitadores

Existen varias técnicas que pueden ser utilizadas para detectar las barreras y los facilitadores. En ocasiones, será necesario emplear más de una técnica. Las más frecuentemente utilizadas son las siguientes:

Cuadro 2: Técnicas para detectar barreras y facilitadores

TÉCNICA	CARACTERÍSTICAS
Tormenta de ideas	Técnica de grupo. Permite la generación de una gran cantidad de ideas sobre un tema determinado.
Técnica Delphi	Técnica de consenso. Se realiza el envío de un cuestionario por correo para saber la opinión de un grupo de personas que tienen información implícita sobre el tema de estudio (expertos). Las preguntas son previamente probadas y validadas para que los participantes clasifiquen su grado de acuerdo con cada afirmación del cuestionario. A partir del análisis de las respuestas, se elabora un segundo cuestionario que se envía tantas veces como sea necesario hasta que el grupo llegue al consenso.
Grupos nominales	Pregunta formulada a un grupo de entre 10 y 15 expertos. Se obtienen respuestas que posteriormente son clasificadas y reordenadas por importancia mediante el consenso entre los participantes. Resulta útil para obtener y priorizar información facilitada por expertos o afectados por un determinado tema.
Encuesta	Listado estandarizado de preguntas que responde de manera anónima un grupo numeroso de personas
Entrevista	Cara a cara, telefónica, individualmente <ul style="list-style-type: none"> · Estructuradas (con un cuestionario). · Semiestructuradas (preguntas abiertas y cerradas) Suele utilizarse cuando la población es pequeña y manejable
Observación directa	Conversación planeada de un grupo pequeño y homogéneo (de 7 a 10 personas). Con un guion de preguntas que van desde lo más general hasta lo más específico, en un ambiente permisivo y no directivo, con un moderador que sea capaz de conseguir que los participantes se expresen de forma libre
Estudio de caso.	Observar atentamente la situación, obteniendo datos para su posterior análisis
Informantes clave	Estudio intenso y detallado de una situación o caso específico

	individuos con conocimientos del entorno. Permite ajustar la gradaci...n, dosis y contenido de los mensajes. Los datos habitualmente se obtienen a travs de una conversaci...n informal
--	---

MarchCerd•. (18)

La selecci...n de la ttcnica se lleva a cabo en funci...n de los objetivos o el nivel de resultados que se desea obtener, el entorno y los recursos para aplicar el instrumento. Tambi+n en funci...n delos profesionales a los que va orientada la investigaci...n y ala disposici...n de participar de los actores que intervienen. Es importante tambi+n tomar en cuenta las caractersticas de las ttcnicas y la familiaridad de los que las implementan. En lo que toca al an•lisis de los datos obtenidos se pueden distinguir dos tipos: la traducci...n lingŹstica cuyo enfoque es tratar al texto como objeto de an•lisis en s•mismo y la traducci...n sociol...gica que trata al texto como una ventana a la experiencia humana, entre los textos que incluye esta traducci...n sociol...gica est•n a) las palabras o frases generadas por ttcnicas de traspaso sist•mico de informaci...n llamado elicitaci...n sistem•tica y los textos libres (narrativas, entrevistas semiestructuradas).(18)

2.3.1.1 La observaci•n y la entrevista semi estructurada

El uso de ttcnicas cualitativas en el •rea de salud ha ido tomando cada vezm•s importancia sobre todo cuando se pretende abarcar aspectos como:

1. El estudio de factores econ...micos, sociales, culturales y pol•ticos que influyen en la salud y en la enfermedad
2. Para conocer c..mo los individuos interpretan la salud y la enfermedad, y entender sobre miedos, rechazos o adhesi...na personas o tratamientos, dudas, satisfacci...n, insatisfacci...n etc.
3. Para estudiar las interacciones entre personas cuyo papel es relevante en la salud. (18)

Para fines de este estudio las técnicas que nos interesan son la observación y la entrevista semiestructurada.

La observación : En lo que respecta a la observación, esta permite obtener información de los hechos tal y como ocurren en la realidad (7,8).

Hernández Sanpieri define la observación como el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos o conducta manifiesta.

Los pasos a seguir en la observación son

1. Definir con precisión las conductas a observar
2. Extraer un repertorio suficiente de conductas a observar
3. Establecer o definir las unidades de observación (conductas, eventos, etc.)
4. Establecer o definir las categorías y factores que incluye (subcategorías)

Cuando el investigador tiene interacción con los entrevistados la observación es participativa, y cuando esto no sucede se conoce como observación no participativa.

La entrevista : La entrevista suele utilizarse cuando la población es pequeña y manejable, y supone un proceso en el que el entrevistador posee una intención específica que orienta el encuentro y el diálogo, el cual, naturalmente no es neutral. La entrevista genera ciertos significados que solo pueden expresarse y comprenderse en el marco de la interacción y son esos significados los que interesan en particular para comprender la experiencia compleja de los involucrados en el tratamiento (19).

Se ha observado que su utilidad se basa en el conocimiento de comportamientos, experiencias, opiniones, creencias, sentimientos, y de esta manera conocer a detalle el esquema de significados del entrevistado.

La entrevista puede ser estructurada, cuando se realiza con un cuestionario con preguntas cerradas, y semiestructurada, con preguntas abiertas de una guía

previamente establecida, y en profundidad cuando se pretende tratar a detalle uno o dos temas.

MarchCerd•, J.C. sugiere los siguientes pasos en el proceso de la entrevista (18):

1. Defini...n del lugar y momento en que se llevar• a cabo.
2. Elaboraci...n de preguntas abiertas que gu€en la entrevista al objeto de estudio (barreras y facilitadores).
3. Elaboraci...n de la relaci...n entre las categor€as de an•lisis identificadas en la observaci...n y las preguntas abiertas que sirvieron de gu€a para la entrevista.
4. Validaci...n del contenido de la gu€a de entrevista por 3 jueces y por validaci...n aparente.
5. Realizaci...n de la entrevista en la que el investigador expone los objetivos al entrevistado, dando respuesta a sus dudas antes de empezar.
6. Solicitud del consentimiento para utilizar el relato entero o como testimonios dentro de la investigaci...n siempre manteniendo en reserva su identidad.
7. Identificaci...n de los datos del contexto de la entrevista: momento de la vida del entrevistado o del contexto en que se da la entrevista.

CAPITULO 3. METODOLOGÍA

3.1 Unidad de análisis

La unidad de análisis de esta investigación son las barreras y facilitadores detectados en la dinámica de consulta, y los que el paciente refiere durante la experiencia de su tratamiento nutricional.

3.2 Tipo de estudio

Para el análisis de barreras y facilitadores se realizó un estudio cualitativo, observacional e interpretativo, con el fin de generar datos ricos en detalle que contribuyan a la comprensión de las complejas relaciones que influyen en la adherencia al tratamiento nutricional de la obesidad, es decir, información sobre los fenómenos sociales, culturales, económicos y emocionales que viven los actores involucrados.

De esta manera el énfasis está en cómo ellos experimentan su tratamiento y la forma en que construyen las perspectivas de su problema de obesidad (15).

3.3 Criterios de selección del grupo de estudio

Inclusión:

- Adultos que trabajaran en el área de intendencia de la Universidad Iberoamericana Puebla
- Que habrían participado en el estudio 3 x 1 y habrían sido diagnosticados con obesidad
- Que asistieran a la Clínica de Nutrición para recibir tratamiento nutricional

Eliminación:

- Que no presentaran obesidad
- Que dejaran de ser personal de la universidad

- Que no asistieran a las consultas de seguimiento

Población de estudio :

8 mujeres con edades que fluctuaban entre 34 y 55 años de edad con obesidad.

Ubicación espacio-temporal :

El estudio se llevó a cabo en la Clínica de Nutrición de la Universidad Iberoamericana Puebla durante los meses de mayo a octubre del 2014.

3.4 Aspectos éticos

A los participantes se les explicó la naturaleza e intencionalidad del estudio y se firmaron cartas de confidencialidad con cada uno de ellos.

Su aceptación o negativa para participar en el estudio no afectó su derecho a recibir atención en la Clínica de Nutrición.

3.5 Etapas de la investigación

La observación se llevó a cabo sin intervención y de manera presencial, y la entrevista se realizó para cada uno de las personas con problemas de obesidad.

Participaron 8 personas que fueron diagnosticadas con obesidad según IMC ≥ 30.00 todas mujeres. El grupo inicial consistió de 12 mujeres, pero 2 presentaron su renuncia en la universidad y 3 lo abandonaron.

3.5.1 Etapa 1: Análisis de la dinámica de la consulta

Para el análisis de la dinámica de la consulta se consideró la información obtenida de la observación y de la entrevista semiestructurada, que tenía relación con las categorías características personales, características del especialista y características del tratamiento nutricional.

- Los pasos para la observación

Con el fin de definir con precisión las conductas a observar, los textos de la observación fueron transcripciones textuales de lo que iba ocurriendo a lo largo de la consulta y el contexto en el que se llevó a cabo, para posteriormente poder extraer un repertorio suficiente de conductas que poco a poco se fueron identificando y que iban de acuerdo con los objetivos de la investigación.

Los puntos guía en las observaciones fueron:

- Comentarios y actitudes de los participantes en la sesión (nutricionista, paciente)
- Objetivos de la consulta
- Criterios de diagnóstico de obesidad
- Tratamiento establecido
- Descripción del contexto en el que se dio la consulta (lugar y aparatos)
- Descripciones del nutricionista encargado considerando entre otros: práctica estandarizada, si había acuerdos con el paciente a la hora de establecer sus recomendaciones, preferencias personales
- Actitudes, opiniones, grado de motivación para el cambio
- Relación paciente y nutricionista

Una vez ordenados los datos se establecieron relaciones con las categorías de análisis en las que se basó este estudio (18).



Existen algunos aspectos a los que el nutricionista no tiene acceso durante la consulta, por lo que para lograr un mayor acercamiento se abrió el diálogo entre el investigador y el paciente mediante una entrevista semiestructurada basada en

una guía (ANEXO 2). Posteriormente se analizó la información con el fin de ir identificando, según el relato de cada paciente (interpretación sociológica) (18) y la información obtenida a través de la observación, los factores que son obstáculos y facilitadores para lograr adherirse al tratamiento y recomendaciones del nutricionista que se pueden ver a continuación en el cuadro 3.

Cuadro 3: Factores por categoría de análisis de la dinámica de la consulta.

Categorías de análisis	Factores relacionados	
Características personales	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud positiva • Motivación • Conciencia de la presencia de obesidad • Conciencia de las consecuencias de la obesidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Entiende instrucciones de tratamiento • Expectativas de salud • Planeación personal • Preocupaciones personales • Periodos de ansiedad
Características del especialista	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones claras • Recomendaciones basadas en acuerdos. • Nutricionista motivado al cambio. • Plan adecuado a disponibilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de herramientas de apoyo • Cambio en estrategia según seguimiento • Nutricionista flexible y novedoso • Tiempo destinado a la consulta • Nutricionista abierto al diálogo
Características del tratamiento nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Entiende el tratamiento • Complejidad del tratamiento. • fracasos anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de porciones establecidas • Sensación de hambre

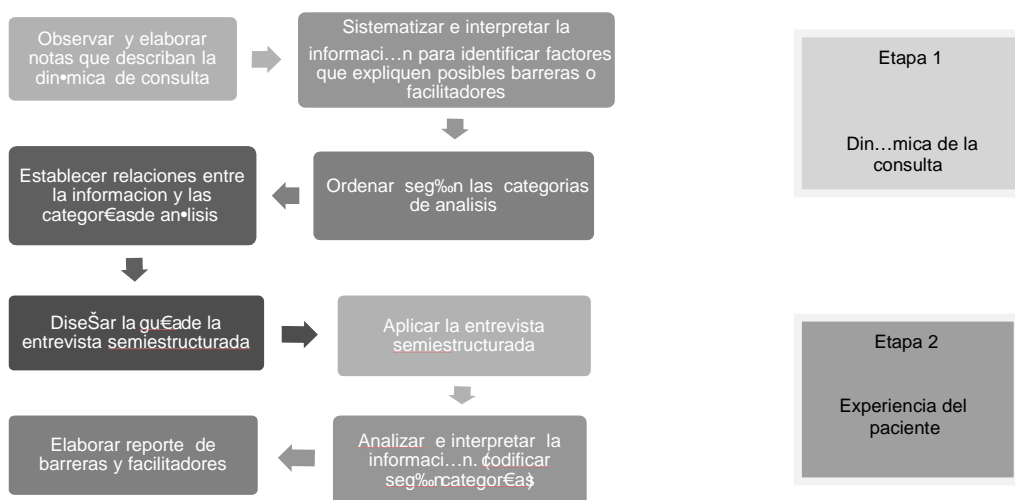
3.5.2 Etapa 2: Análisis de la experiencia de los pacientes del grupo de estudio durante el tratamiento nutricional.

Para el análisis de la experiencia de los pacientes se consideró la información obtenida de la observación y de la entrevista semiestructurada, que tenía relación con las categorías de problemas colaterales de la enfermedad y contexto socioeconómico (CUADRO 4).

Cuadro 4 : Factores por categoría de análisis de la experiencia del paciente.

Categorías de análisis	Factores relacionados	
Problemas colaterales	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas Discapacidades. 	<ul style="list-style-type: none"> Velocidad de progresión Efectividad del tratamiento médico
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de estudios Costo destinado a la dieta 	<ul style="list-style-type: none"> Horario laboral Apoyo familiar Trabajo en equipo

Cuadro 5. Etapas de la investigación



CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Con base en el objetivo general de la investigación $\{$ Identificar barreras y facilitadores percibidos por los pacientes para la adherencia al tratamiento nutricional de la obesidad $\}$, a continuación se presentan los resultados del análisis de la dinámica de la consulta y el análisis de la experiencia de los pacientes en su tratamiento.

Para proceder a este análisis es importante mencionar que esta investigación se realizó con la colaboración de mujeres que de acuerdo a su Índice de masa corporal fueron previamente diagnosticadas con obesidad como parte del programa de salud de la Universidad Iberoamericana Puebla, lugar en el que trabajan en el área de intendencia.

Por otro lado, el análisis de las barreras y los facilitadores para la adherencia al tratamiento de obesidad, surge dentro del marco de un programa de salud ya puesto en práctica en la universidad llamado 3x1, por lo que se considera que un facilitador para que las participantes se integraran al estudio fue que consideraran que esta era de alguna manera obligatoria; de la misma manera, el hecho de que el área médica de la universidad hubiera obtenido información previa sobre su estado de salud mediante análisis de laboratorio y su interpretación sin costo alguno, fue también un factor determinante para promover su permanencia durante el estudio.

Es importante mencionar también que el número reducido de la población de este estudio, es una limitación para poder generalizar los resultados a otras poblaciones de mujeres que en este rango de edad presentan obesidad.

Para dar confiabilidad y validez en la investigación $\{$ Guía para la Entrevista Semiestructurada fue validada por tres expertos y por validación aparente.

4.1 Análisis de la dinámica de la consulta

Para el análisis de la dinámica de la consulta se consideraron los factores de las siguientes categorías: características personales, características del especialista y tratamiento nutricional, mismas que se reportan en las Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud (17), agregando además otros factores que no aparecen en estas clasificaciones, pero que se hicieron presentes de manera importante en las consultas.

4.1.1 Categoría características personales

Al analizar la información obtenida a través de las entrevistas semiestructuradas y de la observación, se encontró en la categoría "características personales", cuatro factores que no estaban considerados: juicios de valor según su peso, dependencia emocional, sensación de hambre y el no ver cambios en el peso, mismos que pueden actuar como facilitador o como barrera, como puede verse en el cuadro 6. Se encontró también que el factor "períodos de ansiedad" no fue mencionado por ninguno de los participantes. El hecho de encontrar factores que no aparecen en otras escalas y de no encontrar algunos que sí aparecen nos habla de que el universo de estos es inacabable, y tan grande como poblaciones de estudio existan, ya que cada individuo ha vivido experiencias distintas y tiene sensibilidades distintas, por lo que es importante siempre identificar los factores del grupo con el que se está trabajando.

Cuadro 6. Factores relacionados con la categoría “características personales”

Categoría de análisis	Factores relacionados	Factores añadidos durante la investigación	Factores que no fueron mencionados
Características personales.	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud positiva • Motivación • Conciencia de la presencia de obesidad • Conciencia de las consecuencias de la obesidad • Entiende instrucciones de tratamiento • Expectativas de salud • Planeación personal • Preocupaciones personales • Períodos de ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Juicios de valor según su peso • Dependencia emocional • Sensación de hambre • No ve cambio en su peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Períodos de ansiedad

Los factores encontrados se agruparon en barreras y facilitadores y se presentan en el cuadro 7. Es importante mencionar que algunos factores podían ser barreras para una participante y facilitador para otra. El factor “motivación personal” fue mencionado por una participante como barrera mientras que tres participantes la mencionaron como facilitador, y el factor “expectativas de salud” fue mencionado por una participante como barrera mientras que cinco participantes la mencionaron como facilitador. Esto nos muestra que las percepciones son individuales, por lo que es importante que en este tipo de estudios se utilice una metodología cualitativa.

El hallazgo de que el factor “expectativas de salud” sea mencionado coincide con el modelo de creencias en salud (Becker,1974; Janz y Becker, 1984; Sheeran y Abraham, 2001) que refiere que “la adherencia depende de la motivación hacia la salud, obtener Información relevante sobre el tema, o que el paciente se vea susceptible de enfermarse o considere grave y amenazante la

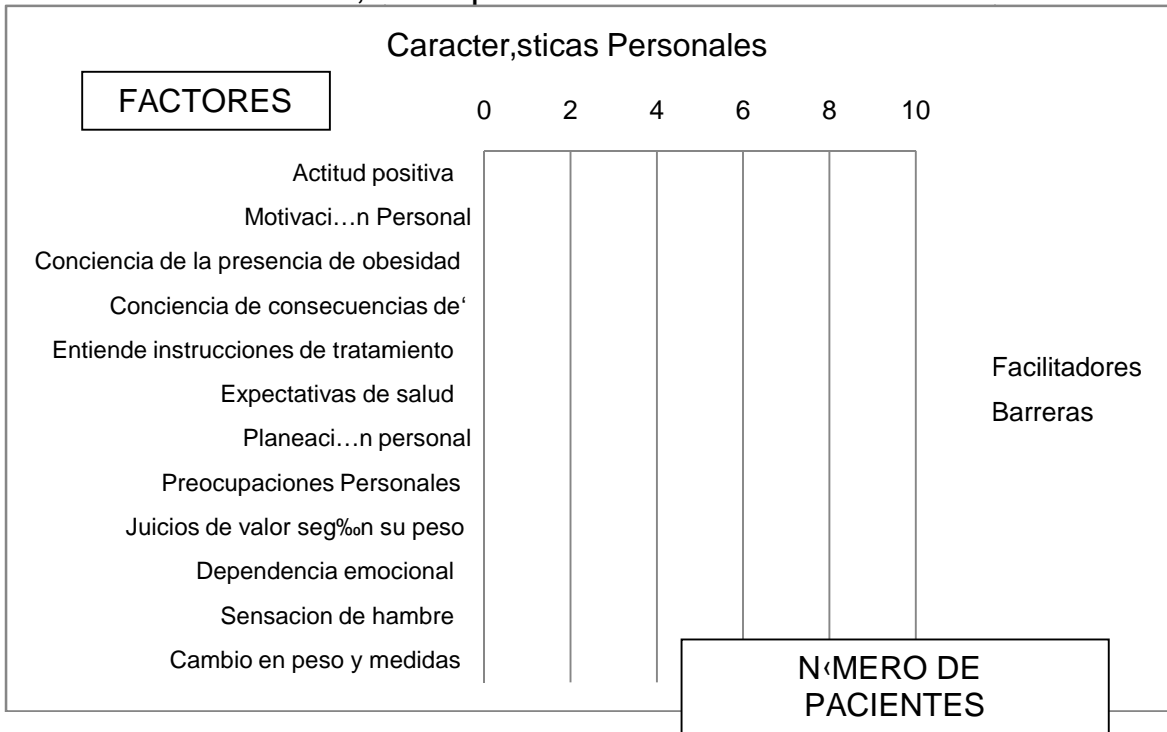
enfermedad así como de que está convencido de la eficacia de la intervención y vea pocas dificultades para adoptar las conductas de salud recomendadas.

Cuadro 7. Barreras y facilitadores pertenecientes a la categoría de análisis de características personales

Barreras	Facilitadores
Falta de motivación personal	Motivación personal
Expectativas de cambio en su estado de salud	Expectativas de cambio en su estado de salud
Preocupaciones personales (en su mayoría relacionadas con la familia)	Conciencia de tener obesidad y de sus consecuencias
Juicios de valor en relación con su peso	Generar una expectativa positiva de su estado de salud, lo que propiciara el que se diera una motivación personal
No ver cambio en su peso y medidas (principalmente circunferencia abdominal)	Haber entendido bien las instrucciones del tratamiento
Dependencia emocional	
Sensación de hambre	

La frecuencia con la que aparecen estos factores se presenta en la gráfica 1.

Gráfica 1. Frecuencia de barreras y facilitadores para la categoría de análisis ^ características personales %



4.1.2 Categoría de análisis ^ características del especialista %

En la categoría de análisis ^ características del especialista ^ se añadieron los factores ^espacio para resolver dudas y comentarios^ y ^expectativas del nutri...logo^. Ambos factores fueron mencionados con frecuencia y como algo de gran importancia para las pacientes.

Cuadro 8. Factores relacionados con la categoría ^ características del especialista ^

Categorías de análisis	Factores relacionados	Se añaden durante la investigación	No fueron mencionados
Características del especialista	<ul style="list-style-type: none"> Recomendaciones claras. Recomendaciones basadas en acuerdos. Nutri...logo motiva al cambio. Plan adecuado a disponibilidad. Uso de herramientas de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> Expectativas del nutri...logo Espacio para resolver dudas y comentarios 	<ul style="list-style-type: none"> Uso de herramientas de apoyo Cambio en la estrategia según seguimiento Nutri...logo flexible y

- Cambio en estrategia según seguimiento
 - Nutri...logo flexible y novedoso
 - Tiempo destinado a la consulta
 - Nutri...logo abierto al dialogo
- novedoso
 - Nutri...logo abierto al dialogo

Del análisis de los factores encontrados se determinaron las barreras y los facilitadores, mismos que se presentan en el cuadro 9. Entre las barreras aparece no prescribir un plan de reducción adecuado a la disponibilidad de alimentos en el hogar, y las recomendaciones del especialista no siempre son resultado de un acuerdo con el paciente. Algunos pacientes comentaron que el tiempo destinado a las consultas (30 minutos porque se realizaban dentro de su horario laboral), no era suficiente para resolver dudas y comentarios.

Por otro lado se encontró como facilitador el que el especialista fuera claro en sus recomendaciones, que su actitud motivara al cambio y el sentimiento de no defraudar sus expectativas.

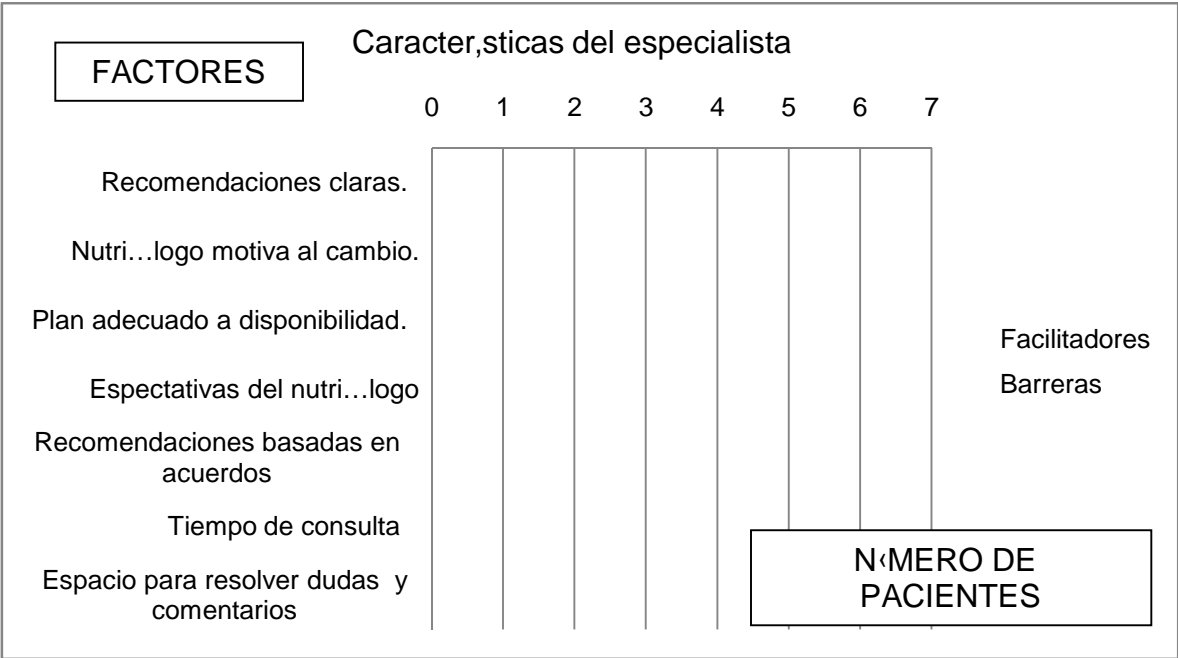
Cuadro 9 . Barreras y facilitadores pertenecientes a la categoría de características del especialista

Facilitadores	Barreras
Expectativas del nutri...logo	Tiempo insuficiente para resolver dudas y comentarios
Recomendaciones claras	Plan inadecuado a la disponibilidad de alimentos
El nutri...logo motiva al cambio	Recomendaciones no basadas en acuerdos
	Tiempo de consulta insuficiente

Después de esto se determinó la frecuencia con la que aparecen estos factores, misma que se presenta en la gráfica 2. De los 7 factores identificados como facilitador y que se nombran con mayor frecuencia son: el nutri...logo motiva al cambio (6 de 8), seguido de claridad en las recomendaciones (2 de 8); entre las

barreras solo hubo una que se mencion... más de una vez, y esta fue recomendaciones basadas en acuerdos (3 de 8).

Gráfica 2: Barreras y facilitadores para la categoría características del especialista



4.1.3. Categoría de análisis características del tratamiento nutricional

En el cuadro 10 se enlistan los factores relacionados con el tratamiento que fueron mencionados por los participantes, así como los que no fueron mencionados y los añadidos. Como puede verse hubo muchos factores añadidos, esto puede deberse a que el observador era un nutricionista con 15 años de experiencia en consultas (la investigadora), lo que permitió detectar muchos otros factores.

Cuadro 10. Factores relacionados con la categoría “características del tratamiento nutricional”

Categorías de análisis	Factores relacionados	Añadidos durante la investigación	No fueron mencionados
Características del tratamiento nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Entiende el tratamiento • Complejidad del tratamiento. • fracasos anteriores • Material didáctico • Consumo de porciones establecidas • Sensación de hambre 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en peso y talla • Disminuir alimentos de alta densidad energética • Falta de confianza para resolver dudas en la consulta • Poco éxito en tratamientos anteriores • Mejorar trastornos digestivos • Consulta sin costo • Costo de la dieta • Le gusta el plan de alimentación • Plan monótono • Creencias erróneas y miedo al cambio • Poca cantidad • Tratamiento no adecuado a la familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de porciones establecidas • Complejidad del tratamiento

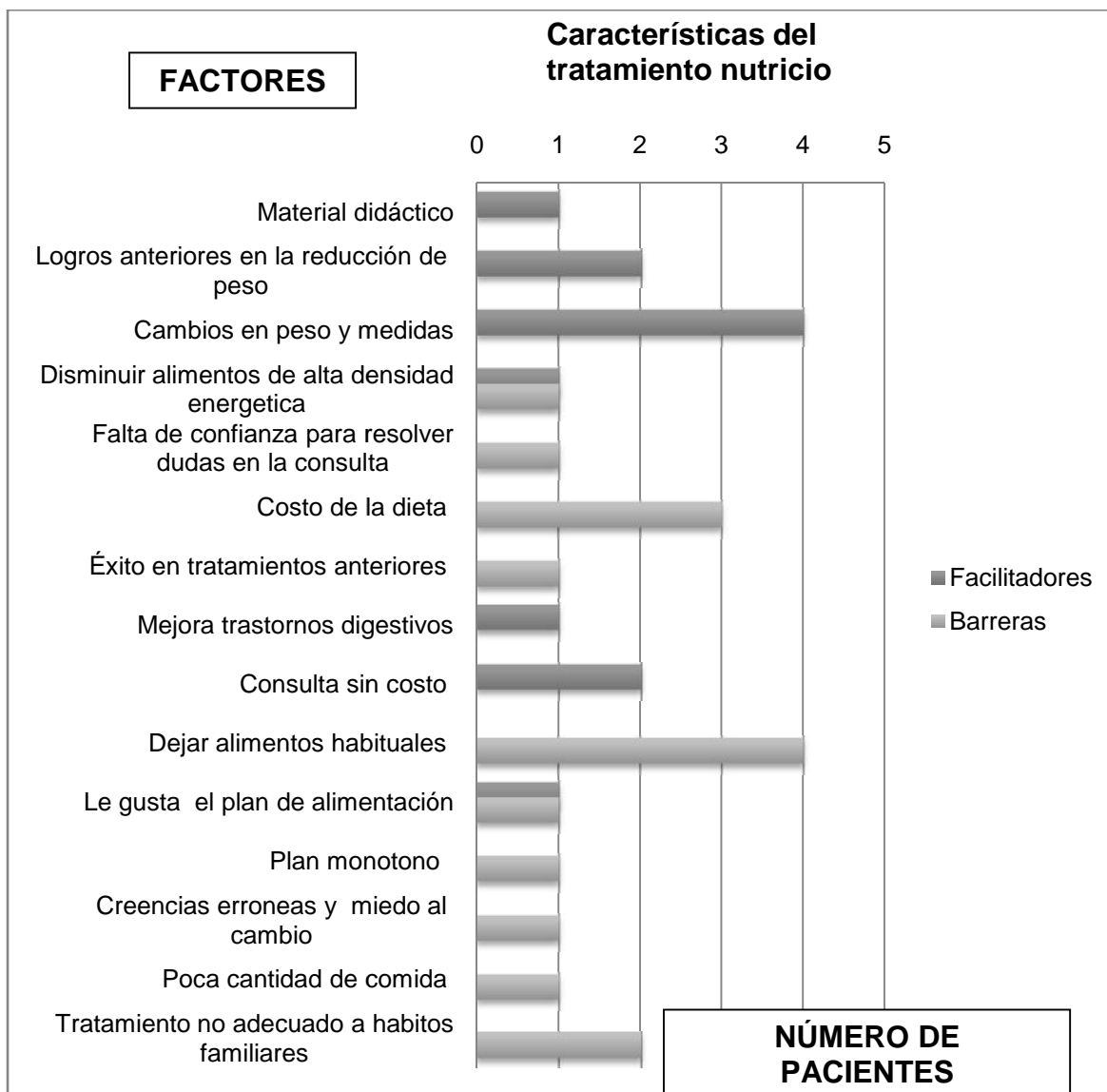
En el cuadro 11 se presentan las barreras y facilitadores encontrados para esta categoría de análisis.

Cuadro 11 . Barreras y facilitadores pertenecientes a la categoría de análisis ^características del tratamiento nutricional

Facilitadores	Barreras
Le gusta el plan de alimentación	Plan monotono
Logros anteriores para perder peso	Falta de éxito en tratamientos anteriores
Consulta sin costo	Creencias erróneas y miedo al cambio
Cambios en peso y talla	Falta de confianza para resolver dudas en la consulta
Disminuir alimentos de alta densidad energética	Disminuir alimentos de alta densidad energética
Mejoría en trastornos digestivos	Tratamiento no adecuado a los hábitos familiares
Uso de material didáctico	Poca cantidad

Después de esto se determinó la frecuencia con la que aparecen estos factores, misma que se presenta en la gráfica 3. Como puede verse en esta, el factor, disminuir alimentos de alta densidad energética (refresco, galletas o antojitos), así como el gusto por los alimentos prescritos en el plan de alimentación fueron mencionados como barreras y como facilitadores, y los factores más mencionados fueron el factor ver cambios en peso y medidas durante el tratamiento, como facilitador por 4 participantes, y el factor dejar alimentos habituales como barrera por 4 participantes.

Gráfica 3. Frecuencia de barreras y facilitadores para la categoría “características del tratamiento nutricional”



Como se muestra en esta categoría de análisis aparecen factores relacionados con los hábitos de alimentación previos, como es el caso de “disminuir el consumo

de alimentos de alta densidad energética, y el tratamiento no adecuado a la familia, en el que las participantes mencionaban conductas aprendidas a lo largo de la vida como es el consumo habitual de pan dulce, refrescos, galletas y el uso de la tortilla en lugar de la cuchara; estos hechos reafirman las consideraciones de Weinstein (1993), quien documenta que no existe un consenso de que ciertos modelos de conductas de salud sean más precisos que otros, que ciertas variables influyan más que otras, o que ciertas conductas sean mejor comprendidas que otras, que las creencias en salud son las determinantes más próximas de las conductas de salud, sin dejar de considerar que las conductas son además resultado de la historia de aprendizaje de cada individuo, que además se llevan a cabo en un contexto social específico con consecuencias y efectos particulares (20).

4.2 Analizar las experiencias del grupo de estudio durante el tratamiento nutricional

Tanto la observación como la entrevista semiestructurada permitieron tener un mejor acercamiento a la experiencia que el paciente con obesidad vive a lo largo de su tratamiento.

El análisis de lo que el paciente experimenta con respecto a obstáculos y facilitadores para seguir el plan de alimentación en conjunto con las recomendaciones de estilo de vida que da el nutricionista incluye aquellos relacionados con la presencia de problemas de salud colaterales y el contexto socioeconómico del paciente.

4.2.1 Factores relacionados con la categoría de análisis "problemas de salud colaterales"

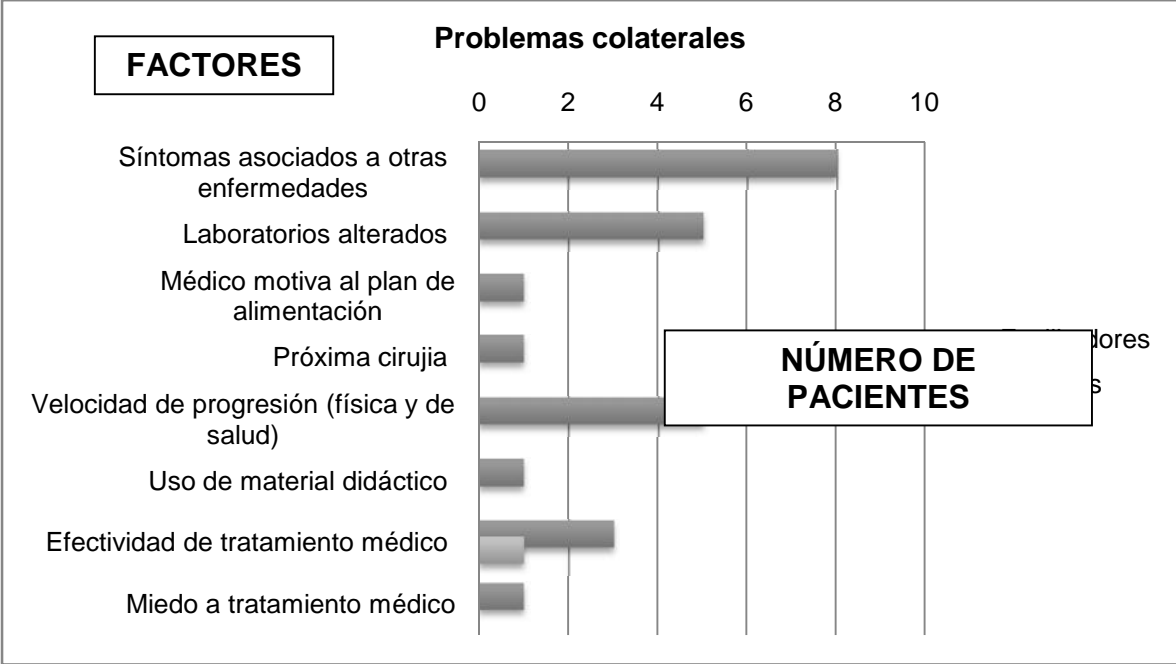
En esta categoría se analizaron 5 factores, y hubo uno (discapacidades), que no fue mencionado. Esta información se presenta en el cuadro 12.

Cuadro 12. Factores relacionados con la categoría “problemas de salud colaterales”

Categorías de análisis	Factores relacionados	Añaden durante la investigación	No fueron mencionados
Problemas colaterales	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas • Discapacidades • Velocidad de progresión • Efectividad de tratamiento médico • 	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratorios alterados • Médico motiva al plan de alimentación • Próxima cirugía • Miedo al tratamiento • Mala condición física 	<ul style="list-style-type: none"> • Discapacidades

De estos factores se encontraron las barreras y facilitadores que se presentan en la gráfica 4. Como puede verse en ella, ninguna barrera fue mencionada con una frecuencia alta, mientras que se encontraron 3 facilitadores mencionados con una frecuencia alta: síntomas asociados a otras enfermedades 8/8, laboratorios alterados 5/8 y velocidad de progresión (física y de salud) 5/8. Se encontró que efectividad del tratamiento médico puede actuar como barrera y como facilitador.

Gráfica 4. Barreras y facilitadores de la categoría “problemas de salud colaterales”



4.2.2 Factores relacionados con la categoría de análisis “contexto socioeconómico”

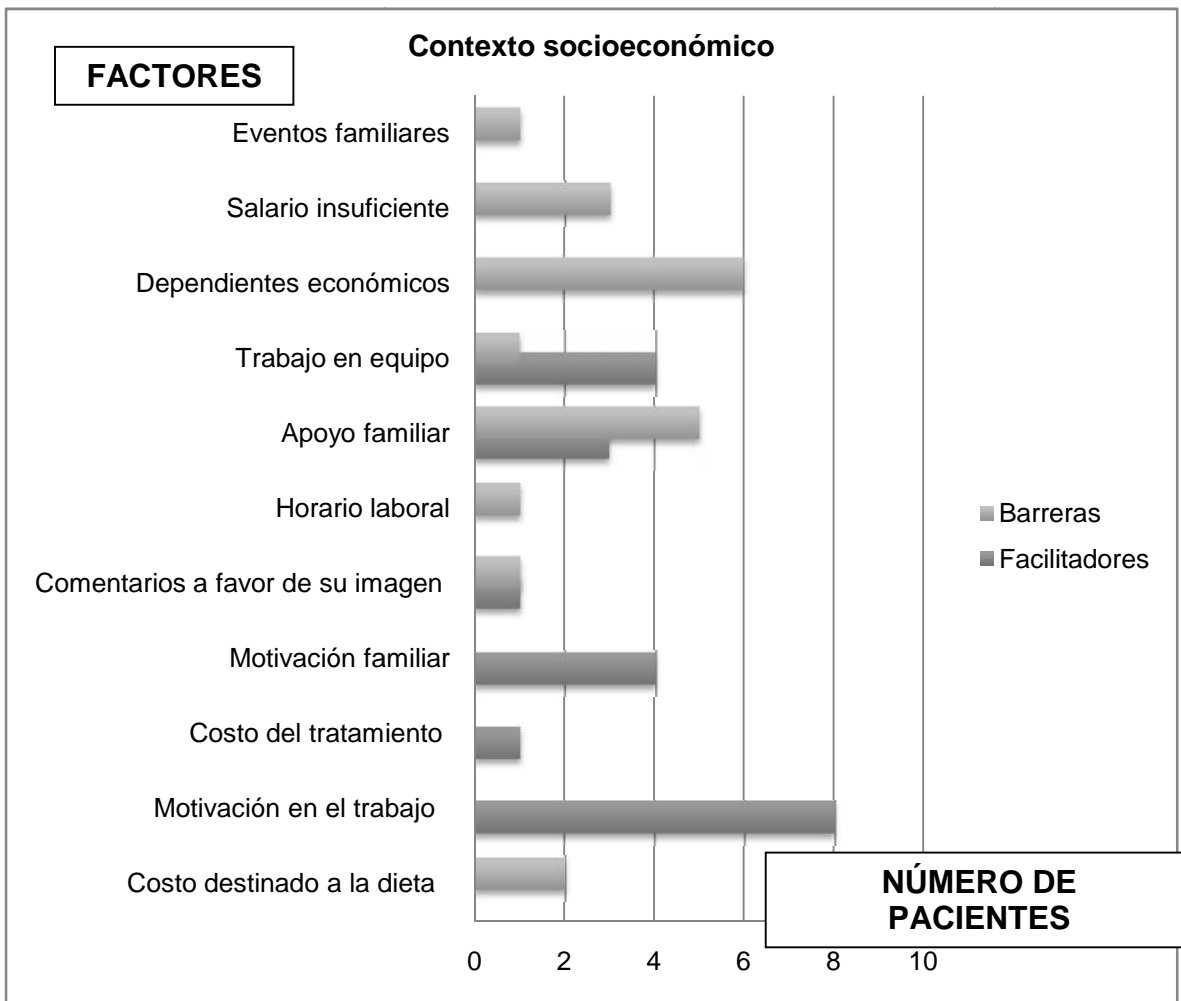
En lo que toca a la categoría de análisis “contexto socioeconómico”, se añadieron 7 factores, y el factor nivel de estudios no fue mencionado como puede verse en el cuadro 13.

Cuadro 13. Factores relacionados con la categoría ^ contexto socioeconómico %

Categoría de análisis	Factores relacionados	Añaden durante la investigación	No fueron mencionados
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de estudios Costo destinado a la dieta Horario laboral Apoyo familiar Trabajo en equipo 	<ul style="list-style-type: none"> Motivación en el trabajo Costo del tratamiento Motivación familiar Comentarios a favor de su imagen Dependientes económicos Salario insuficiente Eventos familiares 	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de estudios

Como puede verse en la gráfica 5 el factor motivación en el trabajo fue mencionado por las 8 participantes, la barrera dependientes económicos por 6, apoyo familiar fue mencionado como barrera por 5 y como En lo que toca a la frecuencia con la que aparecieron los factores encontrados tenemos que el facilitador por 3, trabajo en equipo fue mencionado como facilitador por 4 de las participantes, y motivación familiar fue mencionado como barrera por 4 participantes.

Gráfica 5. Barreras y facilitadores para la categoría de análisis “contexto socioeconómico”



En esta categoría de análisis aparecen factores relacionados con “quién o qué tiene el control de la salud”, por ejemplo se menciona la efectividad del tratamiento médico en caso de presentar enfermedades colaterales como diabetes, hipertensión. etc., si el plan de alimentación fue adecuado a sus gustos, el trabajo en equipo con compañeras de trabajo, el apoyo familiar, los comentarios sobre su imagen, lo que nos remite a la teoría del locus de control de la salud de Normany Bennett, 2001, que explican que este locus de control en salud, esto es, la creencia sobre qué o quién es responsable de lo que les ocurre, ellos (locus de control interno) o fuerzas externas (locus de control externo), les permite adherirse mejor al tratamiento.(21)

Asimismo, en el estudio sobre la capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio cognitivos de creencias en salud realizado por Godeleva Rosa Ortiz Viveros y 'rika Ortega Herrera. 2011 se concluye:

‡Aquellos que creen que tienen el control sobre su salud realizan más a menudo comportamientos que la promuevan. Para adoptar una conducta de salud, los individuos han de valorar su salud como importante, considerar que es producto de su comportamiento y de manera concurrente creer que son capaces de realizar la conducta en cuesti...n(21).

CAPITULO 5.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Se identificaron las barreras y los facilitadores para la adherencia al tratamiento nutricional de la obesidad en el personal de intendencia de la Universidad Iberoamericana Puebla.

Identificar barreras y facilitadores permite al especialista prever las limitaciones de su intervención, construir soluciones y estrategias personalizadas.

Tradicionalmente se ha considerado que un tratamiento exitoso a corto y largo plazo está en función del peso perdido y del tiempo en que se logre mantener dicho peso, afirmando que esto impactará positivamente en la salud del paciente, dejando de lado los factores generadores del problema (psicosociales, económicos, hábitos, estilo de vida etc.) así como la reevaluación en el plan de monitoreo. (22) Por lo que es importante considerar el establecimiento de objetivos intermedios a la reducción de peso centrados en los patrones de comportamiento adquirido, creencias y actitudes de salud así como el papel de la familia en generar y reforzar dichos patrones, es decir objetivos que permitan identificar la que determina que tomen ciertas decisiones al comer y así lograr que el paciente establezca mecanismos de autoayuda y en conjunto con el nutricionista desarrolle estrategias a través de sus propias conductas.

La dinámica de las consultas tiene que encaminarse a lograr pacientes motivados, con actitud positiva, preocupada por su estado de salud y consciente de su problema y sus consecuencias en un primer momento y establecer el tipo de dieta en un segundo momento, la adherencia es un fenómeno complejo influenciado por factores subjetivos en el cual el comportamiento de paciente y la conducta del médico se relacionan estrechamente.

La adherencia es sinónimo de cooperación, colaboración, alianza y adhesión es decir, el tiempo que el nutricionista dedique a lograr claridad en las

recomendaciones, comprensión y compromiso del paciente, es determinante ya que el comportamiento saludable se aprende.

El trabajo del nutricionista tiene que basarse en acuerdos.

La adherencia es una conducta y depende de factores subjetivos como valores, creencias o expectativas aprendidas en la relación con otros; estos factores actúan como facilitadores o barreras para llevar a cabo acciones a favor de la salud.

5.2 Recomendaciones

- Realizar un estudio similar en el que se invite a cualquier trabajador de la universidad, para incrementar el tamaño de la muestra, y para que el factor socioeconómico no sea un limitante para poder generalizar los hallazgos del estudio.
- En el área de nutrición es muy necesaria la documentación de cada intervención en lo referente a barreras y facilitadores; realizar estudios enfocados a los métodos de asesoría específicos y estrategias para lograr cambios muy personalizados puede ayudarnos a crear nuevas estrategias de tratamiento.
- Realizar un estudio a largo plazo sobre la adherencia al tratamiento, en el que el nutricionista considere en la consulta los hallazgos de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CALZADA LEÓN, M., *Obesidad en niños y adolescentes*, editores de textos mexicanos, México, 2003, pp: 81-83,112.
2. Instituto nacional de salud pública, Encuesta nacional de salud y nutrición resultados nutricionales 2012, [en línea] 2012, pag 150.
3. SALGADO CECILIA, *El enfoque centrado en la persona como apoyo psicológico en el tratamiento nutricional de la paciente obesa*, tesis (maestría en desarrollo humano), Puebla universidad iberoamericana, 2009 f p.
4. SALESA BARJA ERWIN NÚÑEZ N. [et al], adherencia y efectividad a mediano plazo del tratamiento de la obesidad infantil, [en línea] www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0370...script revista Chilena de Pediatría Vol.76 no.2 Santiago apr. 2005
5. MARTHA LETICIA CABELLO GARZA, JOSÉ GUILLERMO ZÚÑIGA ZÚÑIGA, Aspectos interpersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. [en línea] <http://eprints.uanl.mx/543/1/obesidad.pdf>, junio 2007
6. VIOLETA MOIZÉ ARCONE, *Adherencia dietética en la obesidad: ¿hay adherencia a la dieta?* [en línea] [Http://www.aedn.es/resources/79da007c486d1eevmoize.pdf](http://www.aedn.es/resources/79da007c486d1eevmoize.pdf) pag 17
7. OSCAR ZAPATA, *Metodología de la investigación*, para elaborar tesis de investigaciones socioeducativas, pax, México 2005 pag 145
8. BERNARDO MARTÍNEZ AURIOLES, EDUARDO ALMEIDA ACOSTA, *Como realizar un trabajo de investigación*, universidad iberoamericana Puebla, lupus magister tercera edición 2011.

9. EDUARDO GARCÍA GARCÍA, MARTHA KÄJFER, JANETTE PARDÖ, PEDRO ARROLLO, La obesidad, perspectivas para su comprensión y tratamiento, ed: panamericana, noviembre 2009, pag173.
10. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva n°311. Marzo de 2011 [en línea] www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/.../index.html.
11. CASANUEVA, ESTER [et al]. Nutriología médica, México, editorial médica panamericana, 2008, 109p.
12. M. CHUECA [et al], Obesidad infantil, anales sis. San narra. [en línea] www.cfnavarra.es . Navarra 2002. Vol. 25. P127-141.
13. DR. CARLOS GREKIN GARFUNKEL, Manejo de la obesidad a través de un programa multidisciplinario, boletín escuela de medicina. Pontificia universidad católica de Chile. [en línea] <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/obesidad/obesidad07.html> 1997; 26:26-28.
14. LUIS DURÁN -ARENAS Y OLIVA LÓPEZ -ARELLANO. [et al], Modelos alternativos para el análisis epidemiológico de la obesidad como problema de salud pública, centro de investigación en salud poblacional del instituto nacional de salud pública México [en línea], http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=s0034-89101999000300014&script=sci_arttext sa paulo june 99 Rev., salud pública vol. 33n.3.
15. LIBERTAD MARTÍN ALFONSO, Acerca del concepto de adherencia terapéutica, revista cubana de salud pública [en línea] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-34662004000400008, v.30 n.4 ciudad de la habana sep.-dic. 2004.

16. SATTER EM. Internal regulation and the evolution of normal growth as the basis for prevention of obesity in children. [en línea] <http://www.ellynsatter.com/resources/inter.pdf> j am diet assoc 1996.
17. CAROLA ORREGO, ITZIAR P' REZ, IDOIA ALCORTA, Identificación de barreras y facilitadores, manual metodológico: implementación de guías de práctica clínica en el sistema nacional de salud, instituto aragonés de ciencias de la salud-i+cs; [en línea] <http://www.guiasalud.es/emanuales/implementacion/apartado03/identificacion.html#a31> 2009.: i+cs n- 2007/02-02
18. YAMNE S., NCHEZ TAME , Desarrollo de un instrumento para determinar adherencia a la dieta terapéutica en pacientes adultos con obesidad y sobrepeso, Tesis (maestría en nutrición clínica) Puebla , universidad iberoamericana , 2014
19. MARCHCERD—, J.C., Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud algo más que otro tipo de técnicas. [en línea] <http://www.elsevier.es/en/node/2007846> publicado en gacsanit. 1999; 13:312-9. - vol.13 n.ºm. 4
20. BECKER ; ROSENSTOCK, El modelo de creencias en salud, [en línea] http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.1-el-modelo-de-creencias-en-salud-becker-1974/skinless_view, 1974.
21. GODELEVA ROSA ORTIZ VIVEROS Y 'RIKA ORTEGA HERRERA, Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos sociocognitivos de creencias en salud, [en línea] <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud21-1/21-1/Godeleva-Rosa-Ortiz-Viveros.pdf>, Psicología y Salud, Vol. 21, N.ºm. 1: 790, enero-junio de 2011.

22. DR. CARLOS GREKIN GARFUNKEL. Manejo de la obesidad a través de un programa multidisciplinario [en línea] <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/obesidad/obesidad07.html>, Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 1997; 26:26-28.
23. DRES. JOANNE M. SPAHN, REBECCA S.[et al] teorías y estrategias para el cambio de conducta en la alimentación. La evidencia apoya el uso de estrategias de asesoramiento específico

ANEXOS

Anexo 1. Guía de Observación Personal de Intendencia UIA.

Notas de observación.

NOMBRE:

EDAD:

PESO:

DIAGNOSTICO NUTRICIO:

1. OBJETIVO DE CONSULTA :
2. NUTRILOGO :

DESARROLLO DE LA CONSULTA (NOTAS)

· CONTEXTO

—

· ACTITUD DEL PACIENTE

—

· ACTITUD DEL NUTRILOGO _

—

CATEGORIAS DE ANALISIS	FACTORES	BARRERAS QUE OBSERVAR	FACILITADORES QUE OBSERVAR
Profesional de la salud (nutri•logo)			
Contexto Social. Personal UIA			
Personal UIA Medio familiar, factores econ•micos, factores Culturales)			

Anexo 2. Guía de entrevista para identificar barreras y facilitadores en el tratamiento

Nombre: _____

Entrevistador: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Buenas tardes Sra/Srita _____ el motivo de esta sesión es hacerle algunas preguntas acerca de cómo se ha sentido con el tratamiento nutricional que se le otorgó en la clínica, cuáles han sido las dificultades y los factores que le han facilitado llevar su plan de alimentación. Esta información es confidencial, y con ella se espera que el nutriólogo mejore su consulta.

Categoría de análisis	S i	N o	Preguntas
Características del paciente Actitud. Interés por su salud Conocimientos de obesidad. Conciencia de la enfermedad. Expectativas con relación con mejorar su estado nutricional Se manifiesta motivada Factores relacionados con la enfermedad Síntomas. Discapacidades Velocidad de progresión. Efectividad de tratamientos médicos.			¿De dónde es? ¿A qué se dedica aquí en la universidad? ¿Cómo fue que decide entrar a este proyecto? ¿Cuáles son sus expectativas o qué pretende lograr con el plan de alimentación? ¿Por qué cree que es importante atender el problema de obesidad? Además de su problema de obesidad la están tratando por otros problemas de salud? ¿Cuáles son sus síntomas? ¿Está bajo tratamiento médico? ¿Qué cambios ha obtenido al someterse al tratamiento médico?

<p>Características del régimen del tratamiento</p> <p>Entiende instrucciones del tratamiento</p> <p>Complejidad del tratamiento</p> <p>Fracasos anteriores (historial de tratamientos para reducci...n)</p> <p>Factores relacionados con el contexto /sistema</p> <p>Cambio cultural.</p> <p>Nivel educativo.</p> <p>Costo destinado a la dieta.</p> <p>Horario laboral.</p> <p>Apoyo familiar.</p> <p>Trabajo en equipo.</p> <p>Relaci...nutri...logo/paciente</p> <p>Recomendaciones claras.</p> <p>Acuerdos en las recomendaciones del tratamiento.</p> <p>Falta de formaci...n entrenamiento en habilidades para seguirla.</p>		<p>¿Ya se ha sometido a algún tratamiento para bajar de peso?</p> <p>¿En qué consisti...?</p> <p>Que logros obtuvo</p> <p>¿ En qué consiste el plan de alimentaci...n que le dieron?</p> <p>¿Qué fue lo que más trabajo le costó ...?</p> <p>¿Qué cambios realizó en su alimentaci...n después de asistir a sus sesiones con el nutri...logo?</p> <p>¿Quién se encarga de proveer, elegir y preparar los alimentos en su casa:</p> <p>¿Con cuántas personas vive?</p> <p>¿Cuánto se gasta en comida?</p> <p>En su familia ¿saben de su tratamiento para control de obesidad?</p> <p>La apoyan y como:</p> <p>En el trabajo ¿saben de su tratamiento para control de obesidad?</p> <p>¿La apoyan y cómo?</p> <p>¿Quién lo atendió...?</p> <p>¿Cuándo diseñó su dieta usted participó... en el plan a seguir?</p> <p>¿Está de acuerdo con las recomendaciones del nutri...logo?</p> <p>¿Está de acuerdo con las estrategias sugeridas por el nutri...logo?</p>
--	--	--

<p>Recomendaciones rígidas</p> <p>Tiempo destinado a la consulta</p> <p>Nutri...logo motiva al cambio</p> <p>Plan adecuado a disponibilidad</p> <p>Utiliza herramientas de apoyo</p> <p>Cambio en estrategias, seg%on seguimiento.</p> <p>Nutri...logo flexible novedoso y creativo.</p>		<p>�Le explicaron bien cuales y como seguir las recomendaciones clínicas?</p> <p>�Se le dio espacio para solucionar dudas quejas o comentarios?</p> <p>�Cu�nto se pone de calificaci...n en el seguimiento de su plan de alimentaci...n en una escala del 0 al 10?</p> <p>�Qu� cree que le ayudo a llevar el plan de alimentaci...n?</p> <p>�Qu� no le ayudo para llevar el palan de alimentaci...n?</p> <p>�Qu� le sugiere al especialista para mejorar?</p>
--	--	---