Universidad Iberoamericana Puebla

Repositorio Institucional **http://repositorio.iberopuebla.mx**

Maestría en Nutrición Clínica Tesis

Barreras y facilitadores para la adherencia al tratamiento nutricio 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

Puebla, Pue. 2015

INDICE

CAPƒTULO 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. Espec€ficos 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: gen†ticas, 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 T†cnicas para detectar barreras y facilitadores 22
Cuadro 2: T†cnicas para detectar barreras y facilitadores 22
2.3.1.1 La observaci…n y la entrevista semiestructurada 23
CAPITULO 3. METODOLOGƒA 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 †ticos 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 categor€a 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 nutricio 30
Cuadro 4: Factores por categor€a 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 †xito en el tratamiento nutricio de la obesidad est• relacionado con la modificaci…n de h•bitos y comportamientos, para lograrlo se requiere que el paciente siga las recomendaciones del especialista en lo que toca a cambios en h•bitos y comportamientos, en conjunto con el seguimiento del plan de alimentaci…n, durante un per€odo de tiempo largo; sin embargo, son pocos los pacientes con obesidad que acuden regularmente a sus consultasy menos aun los que llegan al final del tratamiento.

Este estudio se realiz… con la finalidad de identificar los factores que funcionan como dificultades o barreras,as€ como aquellos que act‰an 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 an•lisis se acudi… a la interpretaci…n de datos obtenidos en la observaci…n de la din•mica en las consultas y en una entrevista semiestructurada. Participaron 8 mujeres que trabajaran en el •rea de intendencia de la Universidad Iberoamericana Puebla, diagnosticadas con obesidad y que asisten a la Cl€nica de Nutrici…n para recibir tratamiento nutricio.

Al analizar los resultados se encontr… que la actitud con que llega le paciente, el grado en que el paciente entiende las instrucciones del tratamiento as€ como la importancia de que se sienta motivado tanto por el nutri…logo como por su familia y trabajo son factores elementales para lograr adherencia. Entre las barreras mencionadas est•n la sensaci…n de hambre y el dejar de lado alimentos que consum€an habitualmenteen los primeros momentos de aplicar el plan de alimentaci…n sugerido, la falta de apoyo a nivel familiar as€ comola importancia de que las recomendaciones del nutri…logo sean resultado de un acuerdo entre ambos.Por lo tanto, se concluyeque identificar barreras y facilitadores permite al especialista prever las limitaciones de su intervenci…n, construir soluciones, estrategias personalizadas, alianza con el pacientey de esta forma llegar con †xito al final del tratamiento nutricio.

CAP€TULO 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 ‰ltimos seis decenios y de modo alarmante en los ‰ltimos 20 aŠos (1).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrici…n 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 ‰ltimos doce aŠos la prevalencia de ambas condiciones ha ido en aumento, y que en los ‰ltimos 6 aŠos este incremento muestra una desaceleraci…n, hecho que seg‰n los resultados publicados en la ENSANUT 2012 es consecuencia de las acciones de regulaci…n, difusi…n y orientaci…n alimentaria que el gobierno ha implementado a trav†s de medios masivos de comunicaci…n o de regulaci…n, conla intenci…n degenerar mayor conciencia colectiva e impactar en las causas directas del problema, que son la ingesta y la actividad f€sica(2). Por otro lado se menciona la posibilidad de que un alto porcentaje de la poblaci…n tenga predisposici…n gen†tica para desarrollar obesidad en la edad adulta (2).

Sin embargo, desde una perspectiva social, en los ‰ltimos 6aŠos los esfuerzos han sido muchos pero los alcances, en general, pocos;considerando que ahora se tiene mucho m•s conocimientos de la multicausalidad de la obesidad (3).

El fen…meno de la obesidad en la literatura se discutecomo un hecho cultural muy interconectado con la disponibilidad de la comida r•pida, las horas destinadas a ver televisi…n y a los videojuegos, pero tambi†n es visto como un fen…meno econ…mico, en donde los cambios medioambientales causados por la urbanizaci…n y modernizaci…nson determinantes(4).

En la consulta particular las intervencionesdiseŠadas por el nutri…logo para su manejo, tanto en lo que toca a la p†rdida de peso como al mantenimiento de esa p†rdida no siempre son efectivas. Esta situaci…n resultafrustrante, 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 estimaci…nen el 2010, en la que indica que en los pa€ses desarrollados solo la mitad de los enfermos cr…nicos siguen su tratamiento, situaci…n que se agrava en los pa€sesen v€as de desarrollo, debido a los limitados recursos econ…micos, sociales y culturales de una buena parte de la poblaci…n, as€ como ala 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 pequeŠo y en un plazo corto de tiempo, y se ha encontrado tambi†n que es mayor la p†rdida 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, consider•ndola un factor determinante en el logro de los objetivos(6).

El t†rmino adherencia se entiende como una responsabilidad mutua tanto del nutri…logo 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).

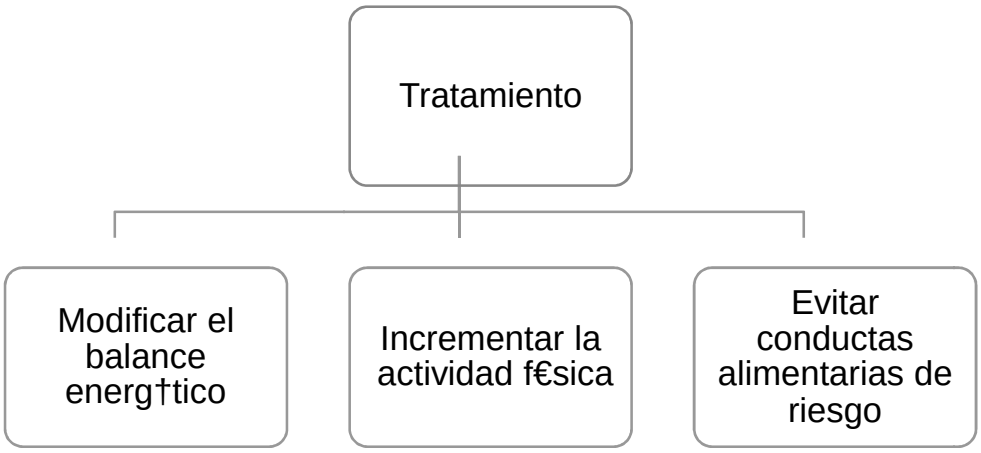
En algunos estudios se reporta que ya han sido detectadas barreras que interfieren en la adherencia al tratamiento, entre las que se mencionan est•n:

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

Como ejemplos de esos factores se pueden mencionar: din•mica familiar, estado emocional, gran disponibilidad de productos a bajo precio con alta densidad energ†tica, grado de conciencia del problema, publicidad, ingreso destinado a la dieta diaria, horarios en el trabajo, empat€a m†dico (nutri…logo)/paciente, competencia y actitud del especialista, motivaci…n, etc.(6).

Por otro lado tenemos tambi†n que los principios del tratamiento de la obesidad son b•sicamente los mismos desde hace 20 aŠos, y estos se centran en lograr modificaciones en el balance energ†tico de la dieta, la conducta alimentaria y la actividad f€sica, 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 atenci…n prioritaria, por ser uno de los principales factores de riesgo de enfermedades cr…nico degenerativas, y por las alarmantes cifras que indican su r•pido incremento .

En la pr•ctica del nutri…logo cl€nico, el tratamiento del paciente que presenta obesidad se basa en propuestas bien delineadas, basadas en evidencia y en muchos aŠos de experiencia, sin embargo, el incremento de su prevalencia, as€

como la pobre adherencia al tratamiento ponen en duda su efectividad. Esta realidad acent‰a 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: ‹q u† 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 aceptaci…n 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 m†todos directos de investigaci…n cuantitativa (bioqu€micos, antropom†tricos, etc.) sean suficientes, por lo que es importante incluir m†todos indirectos y subjetivos pertenecientes a la investigaci…n cualitativa, que permitan percibir y captar de una manera sist†mica y profunda c…mo se desarrolla la din•mica de la consulta, y en esta din•mica identificar desde la perspectiva del paciente, acciones que favorezcan la adherencia al tratamiento prescrito por el nutri…logo(6).

1.2 Objetivos de la Investigaci•n

1.2.1 General

- Identificar barreras y facilitadores para la adherencia al tratamiento nutricio de laobesidad enpersonal deintendencia de la Universidad Iberoamericana Puebla.

1.2.2. Espec,ficos

- Analizar la din•mica de la consulta impartida por los nutri…logos a los pacientes del grupo de estudio.
- Analizar las experiencias del grupo de estudio durante el tratamiento nutricio.

1.3 Justificaci•n

El incremento en la poblaci…n que presenta problemas de obesidad es un tema que preocupa tanto a instituciones p‰blicas como privadas, a los especialistas dedicados a mejorar la salud de la poblaci…n ya quienes la padecen. Esto debido a que en exceso enla masa grasa corporal tiene implicaciones graves sobre la salud.

Este trabajo de investigaci…n surgede lainquietud por buscar alternativas de tratamientos que ayuden a atender este problema, cada vez m•s cotidiano,mediante programas efectivos en los que se considere como uno de los temas centrales la promoci…n de laadherencia.

La identificaci…n debarreras y facilitadores percibidos por los pacientespara llevar a cabo las indicaciones del especialista en nutrici…n, permite crear

estrategiasencaminadas a lograr una pr•ctica cl€nica que resultem•s efectiva en el seguimiento del plan de alimentaci…n,estilo de vida, y por ende, en su salud.

Las cifras estad€sticas son un elementoimportante para entender la realidad de lo que se desee investigar, sin embargo, la experiencia humana no siempre es cuantificable, en especial cuandose relaciona con las emociones y el estilo de vida como es el caso de las personas que presentan obesidad.

Una comprensi…n m•s 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 an•lisis de los obst•culos y facilitadores de la adherencia, contribuir• al d esarrollo de nuevas estrategias de tratamiento, es decir,un an•lisis 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 llev… a cabo dentro de la Cl€nica de Nutrici…n dela Universidad Iberoamericana Puebla, teniendo como poblaci…n de estudio a las 18 personasdel •rea de intendencia que hab€an sido diagnosticados con obesidaden elproyecto llamado 3 x1 realizado por la Comisi…nde Salud dela misma universidad, mismo que dio inicio en octubre de 2012. Como parte de este proyecto se evalu… nuevamente a estos pacientes durante los meses de noviembre del 2013 y enero del 2014, encontrando que un 99 % present…un aumento de peso. A partir de este hallazgo la universidad decidi… la implementaci…n de un programa de alimentaci…n dirigido alpersonal diagnosticado con riesgo cardiovascular, mismo que se realiz…de la siguiente manera:

1. Primer encuentro con el personal de intendencia para explicar los objetivos del proyecto y solicitar su consentimiento
2. Diagn…sticodel estado nutricio y del riesgo cardiovascular
3. DiseŠo del plan de alimentaci…n

4. Aplicaci…n del plan de alimentaci…n
5. Reevaluaci…n del estado nutricio
6. Reevaluaci…n del riesgo cardiovascular

Este programa fue realizado por estudiantes de la Licenciatura en Nutrici…n y Ciencia de los Alimentos, mismos que de manera paralela observaron durantela las consultas y con el apoyo de una entrevista semiestructurada, aquellos factores que permitieran la identificaci…n de barreras y facilitadores.

Algunas caracter€sticas de la poblaci…n 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
- Percib€an 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%)
- Viv€an con m•s de una persona, hijos, nueras y nietos y algunas con su marido.
- En general eran las encargadas de proveer los alimentos en su casa, as€ como de solventar otros gastos de manutenci…n
- El tiempo destinado a la comida dentro de la universidad era de media hora
- Las dem•s comidas las real izaban en su casa antes o despu†s del trabajo

CAPITULO 2. MARCO TEƒRICO

2.1 Obesidad en a dultos

La obesidad es una enfermedad cr…nica caracterizada por un exceso de adiposidad, que se puede establecer desde edades tempranas de la vida y que es dif€cil 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 energ€a. Tambi†n se entiende como un trastorno metab…lico que conduce a una excesiva acumulaci…n de energ€a en forma de grasa corporal por dep…sitos de triglic†ridos en losadipocitos, en relaci…n con el valor esperado seg‰n 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 cr€ticos para el desarrollo de la obesidad y sus complicaciones: la gestaci…n, la infancia temprana, la etapa de rebote de tejido adiposo (cerca de los 6 aŠos 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 acompaŠa frecuentemente de alteraciones metab…licas principalmente el hiperinsulinismo, hiperandrogenismo: se asocia con diabetes mellitus y trastornos de las lipoprote€nas 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

Lo 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 está en relación con la cantidad de tejido adiposo, esta transita por el torrente sanguíneo hastael 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 importantede la tendencia para acumular una mayor cantidad de grasa es heredada, y que la respuesta a la intervención nutricia está determinada genéticamente a través de

la interacci…n del genotipo y factores ambientales, entre los que destacan la din•mica familiar, el estrato socioecon…mico bajo, una estimulaci…n cognitiva limitada y la obesidad materna (13).

- Causas psicol•gica s y s ociales

La literatura refiere que la obesidadpuede estar relacionada conpatrones de conducta familiar ycon la relaci…n alimentaria madre e hijo (12).

Por otro lado, la mirada y el gusto de quienes le rodean intervienen como una presi…nen el comportamiento social de la persona con obesidad. Esta presi…n hace que la persona adapte su estilo de vida, manteniendo una conducta que se vuelve adictiva, la cual, si se mantiene en el tiempo, har• que la persona niegue sus efectos agresivos, minimiz• ndolos y justific•ndose , y prolongando estas conductas. Se dice que la comida no es adictiva pero s€lo es la conexi…nde la persona con ella(14).

2.2 Importancia del estudio cualitativo en el …rea de salud

Para el investigador cualitativo es fundamental entender los fen…menos sociales desde la perspectiva de los actores involucrados, por lo que sus esfuerzos se orientan a examinar de qu† 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 fen…meno estudiado (8).

Los estudios cualitativos han permitido comprender que lasacciones humanas pocas veces tienen una causa simple. Cuando se habla de los factores que desencadenan obesidad requerimos abarcar m‰ltiples aspectos que hacen compleja su prevenci…n y control, entender estos aspectos es la tarea del investigador.

Para el pensador cualitativo, la comprensi…n de la experiencia humana es una cuesti…n de cronolog€a, m•s que de causas y efectos. En este estudio se parte del

supuesto de que para tratar un padecimiento y sobre todo para innovarlo adem•s de entender la complejidad de sus causas, se debe considerar cu•l 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 cu•l 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 m†todos 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 p‰blica como la obesidad, el estudio de sus causas obedece a modelos te…ricos y metodol…gicos distintos. Uno es el modelo epidemiol…gico cl•sico 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 car•cter natural. El segundo interpreta la salud/enfermedad como un fen…meno hist…rico-social. Estudios de las ‰ltimas dos d†cadas han colaborado a constatar que estudiar los cambios en las organizaciones sociales es tan importante como realizar investigaci…n biol…gica b•sica. La investigaci…n sobre las condiciones e intervenciones sociales para dar respuestas en el •rea de la salud se considera por lo tanto muy necesaria (14).

2.2.1.1 Modelo epidemiol•gico cl…sico

Concepto de obesidad

Los estudios epidemiol…gicos 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 epidemiol…gico cl•sico ha seguido esta l€nea y ha permitido crear recomendaciones basadas en el consumo de alimentos y la actividad f€sica, buscando un enfoque hacia las personas de mayor riesgo a presentar obesidad (14).

Existen investigaciones que empleando el modelo epidemiol…gico cl•sico, han identificado factores de riesgo para este problema de salud p‰blica tales como la etnicidad, falta de actividad f€sica o sedentarismo, el g†nero y el nivel socioecon…mico. Entrelas causas identificadas bajo este modelo se menciona que el problema se deriva de un alto consumo energ†tico y poco gasto en actividad f€sica. Adem•s 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 soluci…n escomer menos yhacer m•s ejercicio(16).

2.2.1.2. Modelo epidemiol•gico social

Concepto de obesidad

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

Una de las cuestiones centrales de la epidemiolog€a social, se refiere a la noci…n de determinaci…n del proceso salud/enfermedad y noa la causalidad, es decir, se

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

En t†rminos generales se reconocen tres niveles de aproximaci…nal concepto de salud-enfermedad(15):

1 - Micro o individual. En el caso de la obesidad, la pertenencia a un grupo social espec€fico 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 trav†s de la reproducci…n cotidiana del grupo dom†stico, de las estrategias familiares de vida y de las redes de apoyo social, expresadas en procesos de resoluci…n de necesidades humanas (de alimentaci…n, atenci…n, afectivas, de tiempo y otros

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

Una contribuci…n importante de este modelo es el estudio de la construcci…n social de las categor€as deenfermedad yel diferenciar entre categor€as de padecimiento, malestar y enfermedad(14).

- Padecimiento es una expresi…n individual de sufrimiento
- Por malestar es una percepci…n 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 categorizaci…n por parte del prestador de servicios; est• caracterizad a como una tipolog€a nosol…gica (14).

Para el caso de la obesidad la categor€apadecimiento parece ser la m•s importante, porque refleja una expresi…n a nivel individual, pero que est• manifestando la situaci…n social del paciente. La luchapor conservar el cuerpo

delgado a toda costa es lo ideal, es un ideal cultural promovido por los medios de comunicaci…n yse relaciona conlas experiencias infantiles; por otro lado la comida es amiga y enemiga, esta afirmaci…n se refiere a la obesidad enla categor€a de malestar."Matarse de hambre" f€sica y emocionalmente es el disfraz de hacerlo por motivos de salud. As€ 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 cl•sico 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 condici…n nosaludable que debe prevenirse y tratarse promoviendo un balance negativo de energ€a. De esta manera los logros ser•n consecuencia del control en la ingesta cal…rica y la actividad f€sica.

Los criterios para evaluar la fidelidad al tratamiento se basan en estad€sticas proporcionadas por puntos de corte que clasifican a la obesidad en varios grados de acuerdo a diversos indicadores, tales como el ƒndice de masa corporal y el per€metro de cintura como indicador del grado de riesgo. En la pr•ctica el tratamiento se enfoca enintervenir en la ingesta de energ€a, la composici…n y distribuci…nde la dieta, la actividad f€sica, el uso de f•rmacos, acciones dedicadas a la orientaci…n y educaci…n psicol…gicaademe•s de la cirug€a bari•trica . Se considera que si se practican estas acciones de manera complementaria el efecto en la p†rdida de peso ser• mayor (17).

2.2.3.2 Abordaje conductual

Los tratamientos conductuales son otra manera de abordar el problema. Esta aproximaci…nse basa en la idea de que la asesor€a nutricia es utilizada como parte de un proceso de apoyo en el establecimiento de prioridades y metas, para planes de acci…n individualizados que fomenten la responsabilidad del auto cuidado (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 ‰nico objetivo en su tratamiento puede ser insuficiente (17).

Se ha establecido tambi†n una relaci…n entre la obesidad y factores relacionados al estilo de vida, por ejemplo los h•bitos o con ductas relacionadas con la alimentaci…n y la actividad f€sica, estos h•bitos por lo general se adquieren en la niŠez y son los que perduran hasta la edad adulta (16).

Existen diferentes estrategias para lograr cambios conductuales. Las teor€as y los modelos validados dentro del campo de la diet†tica son un marco que ayuda a entender las cuestiones internas y externas y la din•mica que lleva a los cambios de conducta. Entre las teor€as que menciona la literatura encontramos la teor€a conductual y la teor€acognitivo-conductual, ambas enfocadas a concientizar sobre los est€mulos internos y externos y sus respuestas. El especialista pretende enseŠar estrategias que promuevan un cambio de comportamiento como por ejemplo el auto monitoreo, la resoluci…n de problemas, la fijaci…n de metas,el manejo de contingencias o la reestructuraci…n cognitiva, y el control de est€mulos entre otros.

En este abordaje el especialista en nutrici…n basa su intervenci…n en el asesoramiento conductual relacionado con la alimentaci…n.

2.3 Barreras, facilitadores y su relaci•n con la adherencia al tratamiento

Las barreras y facilitadores pueden definirse como aquellos factores que impiden o facilitan, total o parcialmente, la implementaci…n del cambio, mismoque se

manifiesta como adherencia o falta de adherencia alas recomendaciones dadas por el profesional de salud (17).Una de las definiciones de adherencia m•sempleada es la de Haynesde 1976, quien la explica como ‡la medida en la cual la conducta de una persona (en t†rminos de consumo de f•rmacos y cambios en el estilo de vida) coincide con los consejos del profesional sanitarioˆ.

Entre los factores relacionados directamente con la adherencia al tratamiento se pueden mencionar los referentes a la calidad de la relaci…nque se establece entre el especialista de salud y el paciente, las caracter€sticas del tratamiento o r†gimen terap†utico, las caracter€sticas de la enfermedad o trastorno, y las relacionadas con el paciente y su entorno social, siendo las caracter€sticas y complejidad del tratamiento, las que se han mencionado con mayor frecuencia en la bibliograf€a (18).

El an•lisis de barreras y facilitadores ha tomado relevancia como un m†todo de an•lisis de informaci…n para detectar factores que impactan en la adherencia al tratamiento y detectar soluciones y estrategias apropiadas para el †xito en la intervenci…n del profesional de salud, ajustando dicha intervenci…n a las necesidades detectadas y al contexto en el que se implementa el tratamiento.

Entender cu•les son las principales barreras y facilitadores, puede ayudar en la selecci…n de las estrategias m•s apropiadas para aumentar el †xito de la adherencia al tratamiento nutricio de la obesidad. Muchos estudios sostienen que si la intervenci…n del nutri.ogo considera las barreras paraun cambio en el comportamiento alimentario, esto le permitir• diseŠar estrategias individualizadas que logren en el paciente conductas a favor de su saludy nutrici…n(17).

En las investigaciones sobre el cambio de comportamiento y lineamientos en la pr•ctica cl€nica de los profesionales sanitarios se incluye la identificaci…n de barreras y facilitadores como una fase importante (17).Sin embargo es importante considerar que durante el an•lisis de barreras y facilitadores se enc ontrar•n datos que no se esperaban yque es importante ir incluyendo, conforme se avanza en el estudio. Es un proceso que contin‰adurante toda la intervenci…n 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 (educaci…n, 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 energ†tico.Otros estudios mencionan que la obesidad frecuentemente coexiste con otras patolog€as tales como depresi…n, problemas de conducta y trastornos de ansiedad, y que la presencia de estos factores interfiere en su tratamiento, por lo que su identificaci…n puede ayudar a mejorar la adhesi…n a unos h•bitos de vida saludables y, con ello, a la prevenci…n 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 percepci…n del problema para el niŠo y los padres
- Horas excesivas frente a las pantallas propiciando el sedentarismo
- Promoci…n excesiva de los medios de comunicaci…n de consumo de alimentos industrializados (chatarra)

Y entre las barreras psicol…gicas (16):

- La idea frecuentede que la comida es un elemento compensatorio en presencia de sentimientos de culpa en relaci…n con la imagen o conducta alimentaria.
- El tratamiento tiende a fomentar la frustraci…n,deterioro de autoestima y distorsi…n de la imagen corporal adem•s 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 an•lisis de barreras y facilitadores(17):

- Din•mica de consulta la (relaci…n nutri…logo/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	· 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	· Profesionales innovadores y con mayor disposici…n al cambio
Contexto Social. (Pacientes, p adres)	· 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	· Relaci…n padre hijo · Inter†s en el conocimiento de causas y control del problema
Facto res relacionados con el sistema: Medio familiar, factores econ…micos, factores culturales	· Falta de tiempo · Sobrecarga de trabajo · Relaci…n (nutri…logo padre, niŠo) · Trabajo en equipo · Recursos econ…micos · Familia disfuncional · Trabajo de los diferentes padres, etc.	· Disponibilidad de tiempo · Nivel social · Horarios de atenci…n · Disponibilidad para trabajar en equipo · Padres presentes

Carola Orrego [et al] (17)

2.3.1 T„cnicas para detectar barreras y facilitadores

Existen varias t†cnicas que pueden ser utilizadas para detectar las barreras y los facilitadores. En ocasiones, ser• necesario emplear m•s de una t†cnica. Las m•s frecuentemente utilizadas son las siguientes:

Cuadro 2: T„cnicas para detectar barreras y facilitadores

T‡CNICA	CARACTER€STICAS
Tormenta de ideas	T†cnica de grupo. Permite la generaci…n de una gran cantidad de ideas sobre un tema determinado.
T„cnica Delphi	T†cnica de consenso. Se realiza el env€o de un cuestionario por correo para saber la opini…n de un grupo de personas que tienen informaci…n impl€cita sobre el tema de estudio (expertos). Las preguntas son previamente probadas y validadas para que los participantes clasifiquen su grado de acuerdo con cada afirmaci…n del cuestionario. A partir del an•lisis de las respuestas, se elabora un segundo cuestionario que se env€a tantas veces como sea necesario hasta que el grupo llegue al consenso.
Grupos nominale s	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 ‰til para obtener y priorizar informaci…n facilitad por expertos o afectados por un determinado tema.
Encuesta	Listado estandarizado de preguntas que responde de manera an…nima un grupo numeroso de personas
Entrevista	Cara a cara, telef…nica, individualmente · Estructuradas (con un cuestionario). · Semiestructuradas (preguntas abiertas y cerradas) Suele utilizarse cuando la poblaci…n es pequeŠa y manejable
Observaci•n directa	Conversaci…n planeada de un grupo pequeŠo y homog†neo (de 7 a 10 personas). Con un guion de preguntas que van desde lo m•s general hasta lo m•s espec€fico, 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 situaci…n, obteniendo datos para su posterior an•lisis
Informantes clave	Estudio intenso y detallado de una situaci…n o caso ‰niç

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

MarchCerd•. (18)

La selecci…n de la t†cnica 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 caracter€sticas de las t†cnicas 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 lingŽ€stica 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 t†cnicas 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 t†cnicas 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 t†cnicas que nos interesan son la observaci…n y la entrevista semiestructurada.

La observaci•n : En lo que respecta a la observaci…n, esta permite obtener informaci…n de los hechos tal y como ocurren en la realidad (7,8).

Hern•ndez Sanpieri define la observaci…n como el registro sist†mico, valido y confiable de comportamientos o conducta manifiesta.

Los pasos a seguir en la observaci…n son:

1. Definir con precisi…n las conductas a observar
2. Extraer un repertorio suficiente de conductas a observar
3. Establecer o definir las unidades de observaci…n (conductas, eventos, etc.)
4. Establecer o definir las categor€as y factores que incluye (subcategor€as)

Cuando el investigador tiene interacci…n con los entrevistados la observaci…n es participativa, y cuando esto no sucede se conoce como observaci…n no participativa.

La entrevista : La entrevista suele utilizarse cuando la poblaci…n es peque Ša y manejable, y supone un proceso en el que el entrevistador posee una intenci…n espec€fica que orienta el encuentro y el di•logo, el cual, naturalmente no es neutral. La entrevista genera ciertos significados que solo pueden expresarse y comprenderse en el marco de la interacci…n 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 gu€a

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. Definici…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. METODOLOG€A

3.1 Unidad de an…lisis

La unidad de an•lisis de esta investigaci…n son las barreras y facilitadores detectados en la din•mica de consulta , y los que el paciente refiere durante la experiencia de su tratamiento nutricio.

3.2 Tipo de estudio

Para el an•lis is de barreras y facilitadores se realiz… un estudio cualitativo, observacional e interpretativo, con el fin de generar datos ricos en detalle que contribuyan a la ‡comprensi…n de las complejas relaciones^ que influyen en la adherencia al tratamiento nutricio de la obesidad, es decir,informaci…n sobrelos fen…menos sociales, culturales, econ…micos y emocionales que viven los actores involucrados.

De esta manera el †nfasis est• en c…mo ellos experimentan su tratamiento y la forma en que construyen las perspectivas de su problema de obesidad (15).

3.3 Criterios de s elecci•n del grupo de estudio

Inclusi•n:

- Adultos que trabajaran en el •rea de intendencia de la Universidad Iberoamericana Puebla

- Que hab€an participado en el estudio 3 x 1 y hab€an sido diagnosticados con obesidad

- Que asist€an a la Cl€nica de Nutrici…n para recibir tratamiento nutricio

Eliminaci•n:

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

- Que no asistieran a las consultas de seguimiento

Poblaci•n de estudio :

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

Ubicaci•n es pacio-temporal :

El estudio se llev… a cabo en la Cl€nica de Nutrici…n de la Universidad Iberoamericana Puebla durante los meses de mayo a octubre del 2014.

3.4 Aspectos „ticos

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

Su aceptaci…n o negativa para participar en el estudio no afect… su derecho a recibir atenci…n en la Cl€nica de Nutrici…n.

3.5 Etapas de la investigaci•n

La observaci…n se llev… a cabo sin intervenci…n y de manera presencial, y la entrevista se realiz… para cada uno de las personas con problemas de obesidad.

Participaron 8 personas que fueron diagnosticadas con obesidad seg‰n IMC • 30.00 todas mujeres. El grupo inicial const… de 12 mujeres, pero 2 presentaron su renuncia en la universidad y 3 lo abandonaron.

3.5.1 Etapa 1: An…lisis de la din…mica de la consulta

Para el an•lisis de la din• mica de la consulta se consider… la informaci…n obtenida de la observaci…n y de la entrevista semiestructurada, que ten€a relaci…n con las categor€as ‡ caracter€sticas personales, caracter€sticas del especialista y caracter€sticas del tratamiento nutricio ˆ.

· Los pasos para la observaci•n

Con el fin de definir con precisi…n las conductas a observar, los textos de la observaci…n fueron transcripciones textuales de lo que iba ocurriendo a lo largo de la consulta y el contexto en el que se llev… acabo, para posteriormente poder extraer un repertorio suficiente de conductas que poco a poco se fueron identificando y que iban deacuerdo con los objetivos de la investigaci…n.

Los puntos gu€a en las observaciones fueron:

- Comentarios y actitudes de los participantes en la sesi…n (nutri…logo, paciente)
- Objetivos de la consulta
- Criterios de diagn…stico de obesidad
- Tratamiento establecido
- Descripci…n del contexto en el que se dio la consulta (lugar y aparatos)
- Descripciones del nutri…logo encargado considerando entre otros: pr•ctica estandarizada, si hab€a acuerdos con el paciente a la hora de establecer sus recomendaciones, preferencias personales
- Actitudes, opiniones, grado de motivaci…n para el cambio
- Relaci…n paciente y nutri…logo

Una vez ordenados los datos se establecieron relaciones con las categor€as de an•lisis en las que se bas… este estudio (18).

Existen algunos aspectos a los que el nutri…logo no tiene acceso durante la consulta, porlo que para lograr un mayor acercamiento se abri…el di•logo entre elinvestigador y el paciente mediante una entrevista semiestructurada basada en

una gu€a(ANEXO 2). Posteriormente se analiz… la informaci…n con el fin de ir identificando, seg‰nel relato de cada paciente(interpretaci…n sociol…gica) (18), y la informaci…n obtenida a trav†sde la observaci…n,los factores que son obst•culos y facilitadores para lograrapegarse al tratamiento y recomendaciones del nutri…logo que se pueden ver a continuaci…nen el cuadro 3.

Cuadro 3: Factores por categor,a de a n…lisis de la din…mica de la consulta .

Categor€as de an•lisis	Factores relacionados	
Caracter,sticas personales	• Actitud positiva • Motivaci…n • Conciencia de la presencia de obesidad • Conciencia de las consecuencias de la obesidad	• Entiende instrucciones de tratamiento • Expectativas de salud • Planeaci…n personal • Preocupaciones personales • Periodos de ansiedad
Caracter,sticas del especialista	• Recomendaciones claras • Recomendaciones basadas en acuerdos. • Nutri…logo motiva al cambio. • Plan adecuado a disponibilidad.	• Uso de herramientas de apoyo • Cambio en estrategia seg‰n seguimiento • Nutri…logo flexible y novedoso • Tiempo destinado a la consulta • Nutri…logo abierto al dialogo
Caracter,sticas del tratamiento nutricio	• Entiende el tratamiento • Complejidad del tratamiento. • Fracasos anteriores	• Consumo de porciones establecidas • Sensaci…n de hambre

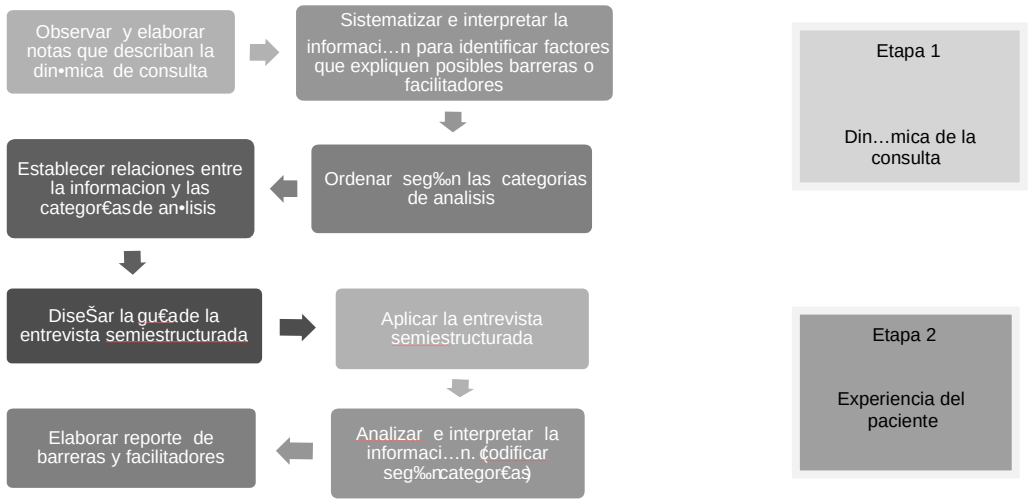
3.5.2 Etapa 2: An…lisis de la experiencia de los pacientes del grupo de estudio durante el tratamiento nutricio .

Para el an•lisis de la experiencia de los pacientes se consider… la informaci…n obtenida de la observaci…n y de la entrevista semiestructurada, que ten€a relaci…n con las categor€as ‡problemas colaterales de la enfermedad y contexto socioecon…micoˆ (CUADRO 4).

Cuadro 4 : Factores por categor,a de a n…lisis de la experiencia del paciente .

Categor€as de an•lisis	Factores relacionados	
Problemas colaterales	• S€ntomas • Discapacidades.	• Velocidad de progresi…n • Efectividad del tratamiento m†dico
Contexto	• Nivel de estudios • Costo destinado a la dieta	• Horario laboral • Apoyo familiar • Trabajo en equipo

Cuadro 5. Etapas de la investigaci•n



CAP€TULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Con base en el objetivo general de la investigaci…n ‡Identificar barrerasy facilitadores percibidas por los pacientes para la adherencia al tratamiento nutricio de laobesidadˆ, a continuaci…n se presentan los resultados del an•lisis de la din•mica de la consulta y el an•lisis de la experienci a de los pacientes en su tratamiento.

Para proceder a este an•lisis es importante mencionar que esta investigaci…n se realiz… con la colaboraci…n de 8mujeres que de acuerdo a su €ndice 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 •rea de intendencia.

Por otro lado, el an•lisis 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 pr•ctica 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 •rea m†dica de la universidad hubiera ob tenido informaci…n previa sobre su estado de salud mediante an•lisis de laboratorio y su i nterpretaci…n, sin costo alguno, fue tambi†n un factor determinante para promover su permanencia durante el estudio.

Es importante mencionar tambi†n que el n‰mero reducido de la poblaci…n de este estudio, es una limitaci…n 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 investigaci…n a Gu€a para la Entrevista Semiestructurada fue validada por tres expertos y por validaci…n aparente.

4.1An…lisis de la din…mica de la consulta

Para el an•lisis de la din•mica de la consulta se consideraron los factores de las siguientes categor€as: caracter€sticas personales, caracter€sticas del especialista ytratamiento nutricio, mismas que se reportan en las ‡Gu€as de Pr•ctica Cl€nica en el Sistema Nacional de Saludˆ (17), agregando adem•s otros factores que no aparecen en estas clasificaciones, pero que se hicieron presentes de manera importante en las consultas.

4.1.1Categor,aˆc aracter,sticas personales ‰

Al analizar la informaci…n obtenida a trav†s de las entrevistas semiestructuradas y de la observaci…n, se encontr…en la categor€a ‡caracter€sticas personalesˆ, cuatro factores que no estaban considerados: juicios de valor seg‰n su peso, dependencia emocional, sensaci…n 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 encontr… tambi†n que el factor ‡per€odos de ansiedadˆ no fue mencionado por ninguno de losparticipantes.El hecho de encontrar factores que no aparecen en otras escalas y de no encontrar algunos que s€ 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 est• 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.	• 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	• Juicios de valor según su peso • Dependencia emocional • Sensación de hambre • No ve cambio en su peso	• 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 enfermar o considere grave y amenazante la

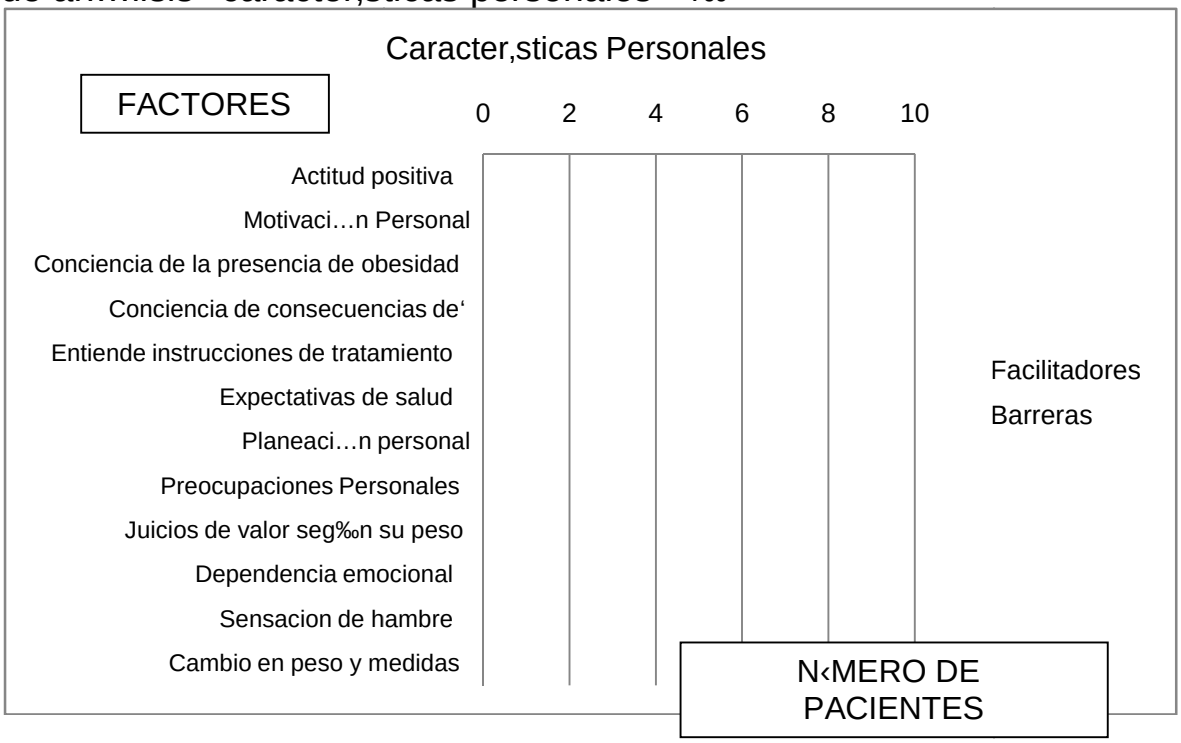
enfermedad as€ como de que est† convencido de la eficacia de la intervenci…n y vea pocas dificultades para adoptar las conductas de salud recomendadasˆ.

Cuadro 7 . Barreras y facilitadores pertenecientes a la categor,a de an…lisis ˆcaracter,sticas personales‰

Barreras	Facilitadores
Falta de motivaci…npersonal	Motivaci…n personal
Expectativas de cambio en su estado de salud	Expectativas de cambio en su estado de salud
Preocupaciones personales (en su mayor€a relacionadascon la familia)	Conciencia de tener obesidad y de sus consecuencias
Juicios de valor en relaci…n con su peso	Generar una expectativa positiva de su estado de salud, lo que propici… el que se diera una motivaci…n personal
No ver cambio en su peso y medidas (principalmente circunferencia abdominal)	Haber entendido bien las instrucciones del tratamiento
Dependencia emocional	
Sensaci…n de hambre	

La frecuencia con la que aparec€an estos factoresse presenta en la gr•fica 1.

Gr…fica 1. Frecuencia de barreras y facilitadores para la categor,a de an…lisis ˆcaracter,sticas personales ‰



4.1.2Categor,a de an…lisis ˆC aracter,sticas del especialista ‰

En la categor€a de an•lisis ‡caracter€sticas del especialistaˆ se aŠadieron los factores ‡espacio para resolver dudas y comentariosˆ y ‡expectativas del nutri…logoˆ.Ambos factores fueron mencionados con frecuencia y como algo de gran importancia para las pacientes.

Cuadro 8. Factores relacionados con la categor,a ˆcaracter,sticas del especialista ˆ

Catego r,as de an…lisis	Factores relacionados	Se aŠaden durante la investigaci•n	No fueron mencionados
Caracter,sticas del especialista	• Recomendaciones claras. • Recomendaciones basadas en acuerdos. • Nutri…logo motiva al cambio. • Plan adecuado a disponibilidad. Uso de herramientas de apoyo.	• Expectativas del nutri…logo • Espacio para resolver dudas y comentarios	• Uso de herramientas de apoyo • Cambio en la estrategia seg‰n seguimiento • Nutri…logo flexible y

• Cambio en estrategia seg‰n seguimiento • Nutri…logo flexible y novedoso • Tiempo destinado a la consulta • Nutri…logo abierto al dialogo	novedoso • Nutri…logo abierto al dialogo

Del an•lisis 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 reducci…n adecuado a la disponibilidad de alimentos en el hogarˆ, y ‡las recomendaciones del especialista no siempre son resultado de un acuerdo con el pacienteˆ. 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 encontr… 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.

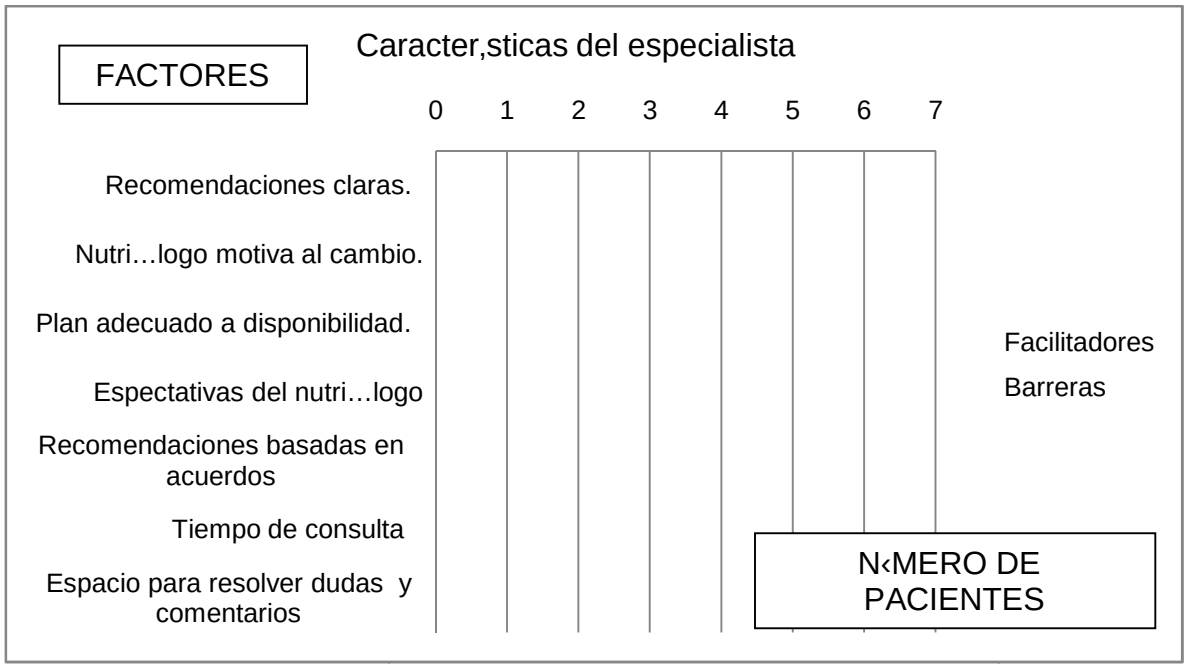
Cuadro 9 . Barreras y facilitadores pertenecientes a la categor,a de an…lisis ˆcaracter,sticas del especialista‰

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

Despu†s de esto se determin… la frecuencia con la que aparec€an estos factores, misma que se presenta en la gr•fica 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… m•s de una vez, y esta fue recomendaciones basadas en acuerdos (3 de 8).

Gr…fica 2: Barreras y facilitadores p ara la categor,a ˆcaracter,sticas del especialista‰



4.1.3. Categor,a de an…lisis ˆcaracter,sticas del tratamiento nutricio‰

En el cuadro 10 se enlistan los factores relacionados con el tratamiento que fueron mencionados por los participantes, as€ como los que no fueron mencionadosy los aŠadidos. Como puede verse hubo muchos factores aŠadidos, esto puede deberse a que el observador era un nutri…logo con 15 aŠos de experiencia en consultas (la investigadora), lo que permiti… detectar muchos otros factores.

Cuadro 10. Factores relacionados con la categoría "características del tratamiento nutricio"

Categorías de análisis	Factores relacionados	Añadidos durante la investigación	No fueron mencionados
Características del tratamiento nutricio	• Entiende el tratamiento • Complejidad del tratamiento. • Fracasos anteriores • Material didáctico • Consumo de porciones establecidas • Sensación de hambre	• 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	• Consumo de porciones establecidas • Complejidad del tratamiento

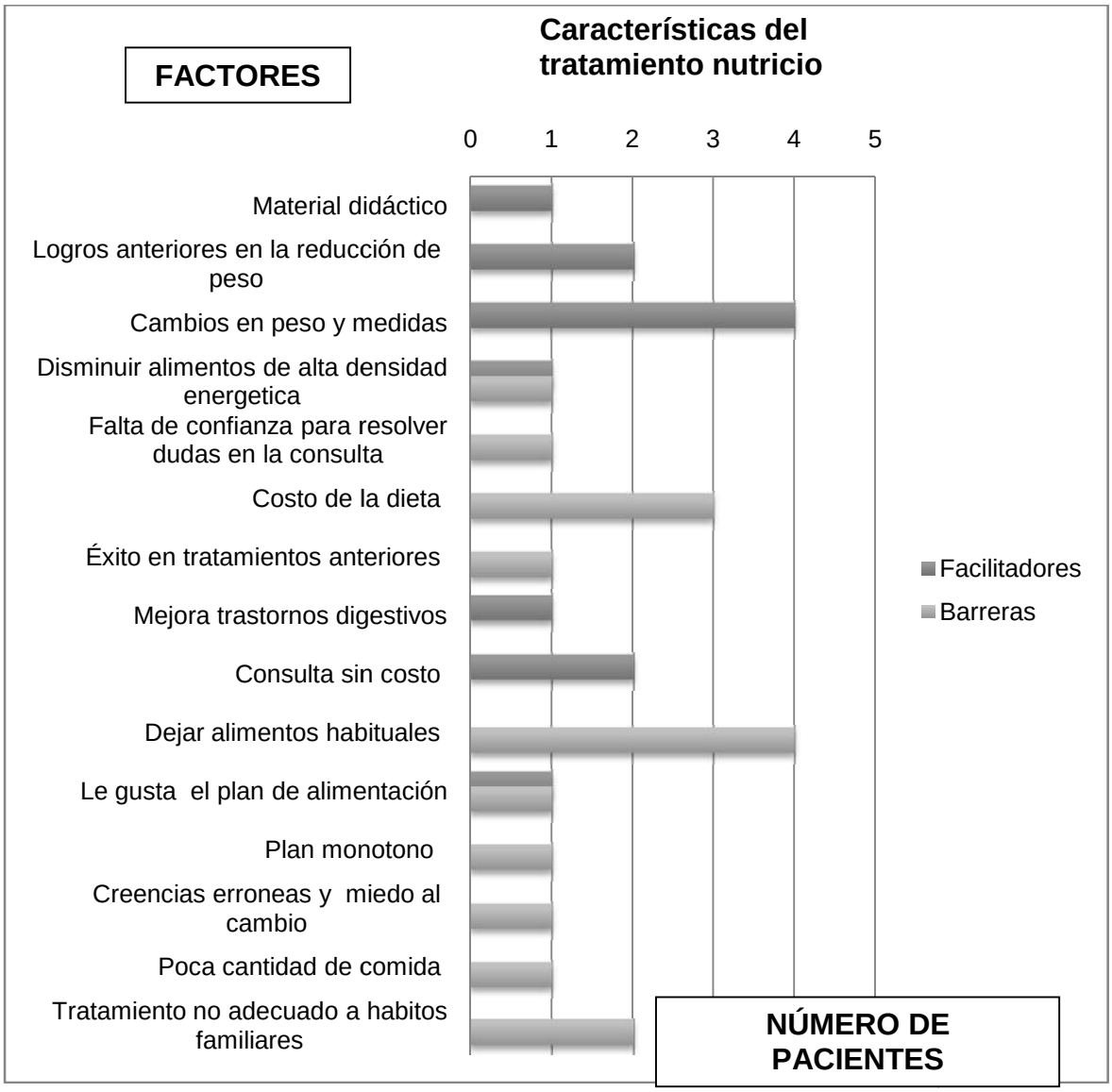
En el cuadro 11 se presentan las barreras y facilitadores encontrados para esta categoría de análisis.

Cuadro 11 . Barreras y facilitadores pertenecientes a la categor,a de an…lisis ˆcaracter,sticas del tratamiento nutricio‰

Facilitadores	Barreras
Le gusta el plan de alimentaci…n	Plan mon…tono
Logros anteriores para perder peso	Falta de †xito en tratamientos anteriores
Consulta sin costo	Creencias err…neas y miedo al cambio
Cambios en peso y talla	Falta de confianza para resolver dudas en la consulta
Disminuir alimentos de alta densidad energ†tica	Disminuir alimentos de alta densidad energ†tica
Mejor€a en trastornos digestivos	Tratamiento no adecuado a los h•bitos familiares
Uso de material did•ctico	Poca cantidad

Despu†s de esto se determin… la frecuenciacon la que aparec€an estos factores, misma que se presenta en la gr•fica 3. Como puede verse en esta, el factor, disminuir alimentos de alta densidad energ†tica (refresco, galletas o antojitos), as€ como el gusto por los alimentos prescritos en el plan de alimentaci…n fueron mencionados como barreras y como facilitadores, y los factores m•s 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 nutricio"



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 energ†tica^, 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 Weinstein1993), quien documenta que no existe un consenso de que ciertos modelos de conductas de salud sean m•s precisos que otros, que ciertas variable influyan m•s que otras, o que ciertas conductas sean mejor comprendidas que otras, ‡son las creencias en salud las determinantes m•s pr…ximas de las conductas de salud, sin dejar de considerar que las conductas son adem•s resultado de la historia de aprendizaje de cada individuo, que adem•s se llev… a cabo en un contexto social especifico con consecuencias y efectos particulares (20).

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

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

El an•lisis de lo que el paciente experimenta con respecto a obst•culos y facilitadores para seguir el plan de alimentaci…n en conjunto con las recomendaciones de estilo de vida que da el nutri…logo, incluy… aquellos relacionados con la presencia de problemas de salud colaterales y el contexto socioecon…mico del paciente.

4.2.1 Factores relacionados con la categor‚a de an…lisis ^problemas de salud colaterales‰

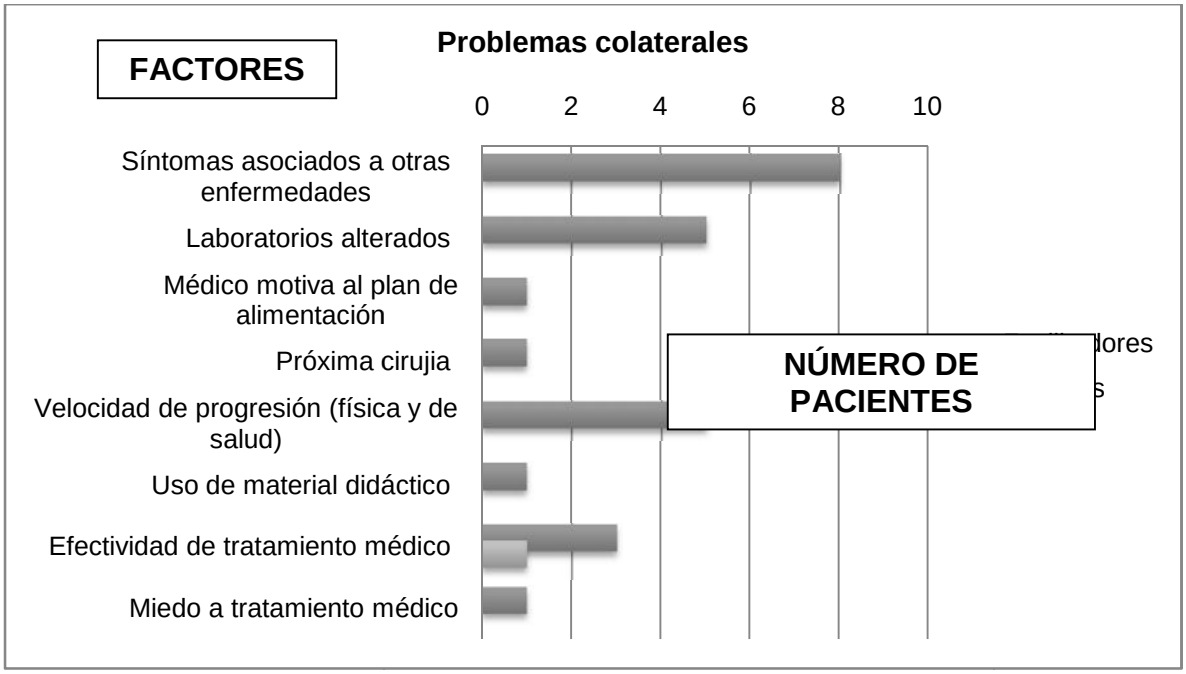
En esta categor€a se aŠadieron 5 factores, y hubo uno (discapacidades), que no fue mencionado. Esta informaci…n se presenta en el cuadro 12.

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	• Síntomas • Discapacidades • Velocidad de progresión • Efectividad de tratamiento médico •	• Laboratorios alterados • Médico motiva al plan de alimentación • Próxima cirugía • Miedo al tratamiento • Mala condición física	• 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 conuna frecuencia alta, mientras que se encontraron 3 facilitadores mencionados con unafrecuencia 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"

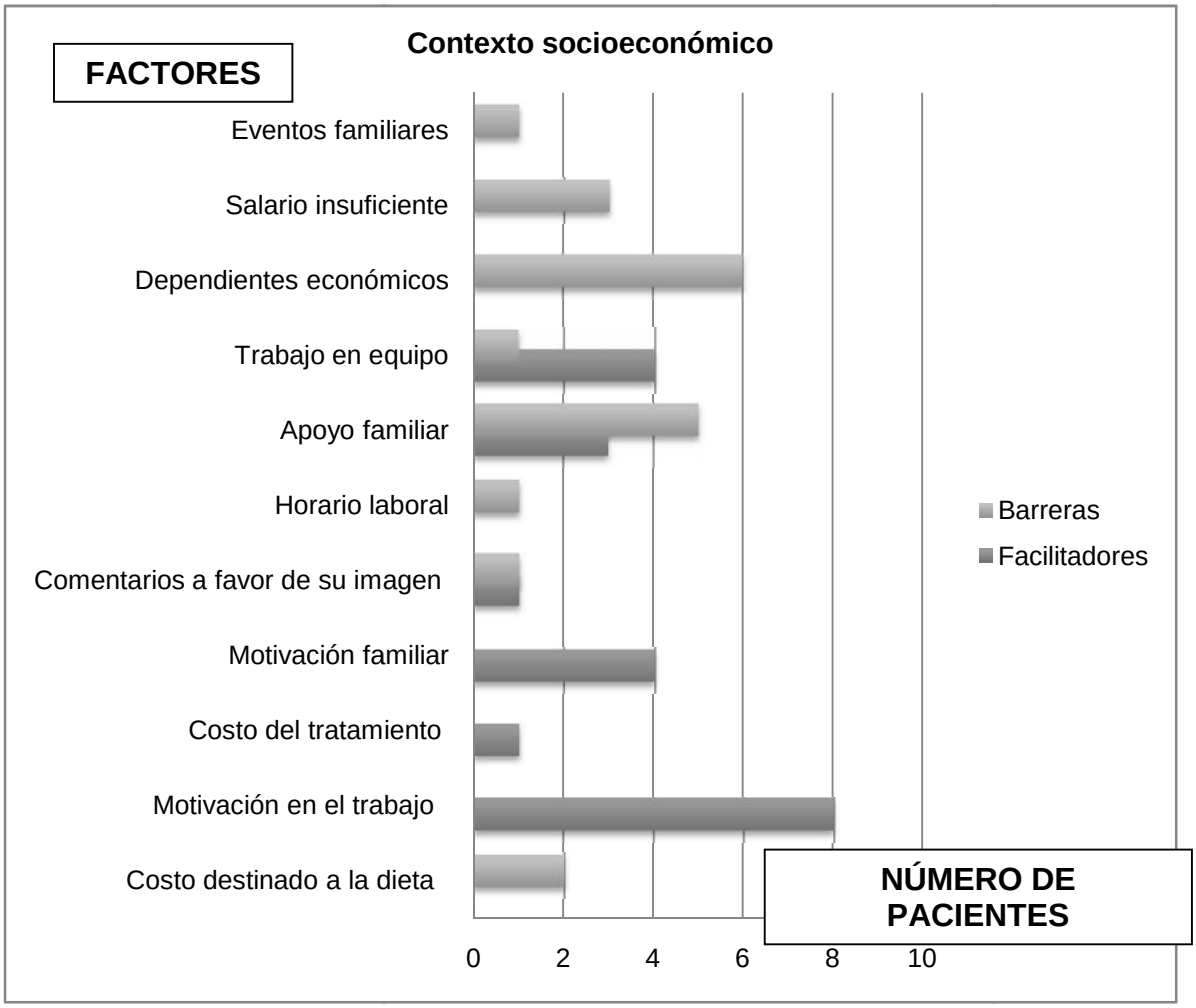
En lo que toca a la categoría de análisis "contexto socioeconómico", se añadieron 7 factores, y el factor nivel de estudios no fue mencionado como puede verse en el cuadro 13.

Cuadro 13. Factores relacionados con la categor,a ˆcontexto socioecon•mico ‰

Categor,a de an…lisis	Factores relacionados	AŠaden durante la investigaci•n	No fueron mencionados
Contexto	• Nivel de estudios • Costo destinado a la dieta • Horario laboral • Apoyo familiar • Trabajo en equipo	• Motivaci…n en el trabajo • Costo del tratamiento • Motivaci…n familiar • Comentarios a favor de su imagen • Dependientes econ…micos • Salario insuficiente • Eventos familiares	• Nivel de estudios

Como puede verse en la gr•fica 5 el factor motivaci…n en el trabajo fue mencionado por las 8 participantes, la barrera dependientes econ…micos 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 motivaci…n 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 œntrol sobre su salud realizar•n m•s 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…nˆ(21).

CAPITULO 5.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Se identificaron las barreras y los facilitadores para la adherencia al tratamiento nutricio de la obesidad enel personal deintendencia de la Universidad Iberoamericana Puebla.

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

Tradicionalmente se ha considerado que un tratamiento exitoso a corto y largo plazo est• en funci…n del peso perdido y del tiempo en que se logre mantener dicho peso, afirmando que esto impactar• positivamente en la salud del paciente, dejando de lado los factores generadores del problema (psicosociales, econ…micos,h•bitos , estilo de vida etc.) as€ como sureevaluaci…n en el plan de monitoreo. (22) Por lo que es importante considerar el establecimiento de objetivos intermedios a la reducci…n de peso centrados en los patrones de comportamiento adquirido, creencias y actitudes de salud as€ como el papel de la familia en generar y reforzar dichos patrones, es decir objetivos que permitan identificar la que determina que tomen ciertasdecisiones al comer y as€ lograr que el paciente establezca mecanismos de autoayuda y en conjunto con el nutri…logo desarrolle estrategias a trav†s de sus propias conductas.

La din•mica de las consultas tieneque 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 fen…meno complejo influenciado por factores subjetivos en el cual el comportamiento de paciente y la conducta del m†dico se relacionan estrechamente.

La adherencia es sin…nimo decooperaci…n, colaboraci…n, alianza,adhesi…n, es decir, el tiempo que el nutri…logo dedique a lograr claridad en las

recomendaciones, comprensi…n y compromisodel paciente, esdeterminante ya que el comportamiento saludable se aprende.

El trabajo del nutri…logo tiene que basarse en acuerdos.

La adherencia es una conducta y depende de factores subjetivos como valores, creencias o expectativitas aprendidas en la relaci…n con otros; estos factores actuar• n 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 tamaŠo de la muestra, y para que el factor socioecon…mico no sea unalimitante para poder generalizar los hallazgos del estudio.
- En el •rea de nutrici…nes muy necesaria la documentaci…n de cada intervenci…nen lo referente a barreras y facilitadoresrealizar estudios enfocados a los m†todos de asesor€a espec€ficos oestrategias 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 nutri…logo considere en la consulta los hallazgos de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGR†FICAS

1. CALZADA LE‚N , Obesidad en niŠos y adolescentes, editores de textos mexicanos, M†xico, 2003, pp: 81-83,112.

2. Instituto nacional de salud p‰blica, Encuestanacional de salud y nutrici…n, resultados nutricionales 2012, [en l€nea] 2012, pag 150.

3. SALGADO CECILIA, El enfoque centrado en la persona como apoyo psicol…gico enel tratamiento nutricio de la paciente obesa, tesis (maestr€a en desarrollo humano), puebla universidad iberoamericana, 2009 f p.

4. SALESA BARJA ERWIN N“”EZ N. [et al], adherencia y efectividad a mediano plazo del tratamiento de la obesidad infantil, [en l€nea] www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0370...script revista Chilena de Pediatr€a Vol.76 no.2 Santiago apr. 2005

5. MARTHA LETICIA CABELLO GARZA, JOS' GUILLERMO Z“”IGA Z„RATE, A spectos interpersonales y familiares asociados a la obesidad: un an•lisis fenomenol…gico. [en l€nea] http://eprints.uanl.mx/543/1/obesidad.pdf, junio 2007

6. VIOLETA MOIZ' ARCONE, P auta diet†tica en la obesidad: ‹ hay adherencia a la dieta? [en l€nea] Http://www.aedn.es/resources/79da007c486d1eevmoize.pdf pag 17

7. OSCAR ZAPATA, Metodolog€a de la investigaci…n, para elaborar tesis de investigaciones socioeducativas, pax, M†xico 2005 pag 145

8. BERNARDO MARTƒNEZ AURIOLES, EDUARDO ALMEIDA ACOSTA, Como realizar un trabajo de investigaci…n, universidad iberoamericana puebla, lupus magister tercera edici…n 2011.

9. EDUARDO GARCƒA GARCƒA, MARTHA KAUFER, JANETTE PARDƒO, PEDRO ARROLLO, La obesidad, perspectivas para su comprensi…n y tratamiento, ed: panamericana, noviembre 2009, pag173.

10. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva n•311. Marzo de 2011 [en l€nea] www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/.../index.html.

11. CASANUEVA, ESTER [et al]. Nutriolog€a m†dica, M†xico, editorial m†dica panamericana, 2008, 109p.

12. M. CHUECA [et al], Obesidad infantil, anales sis. San narra. [en l€nea]www.cfnavarra.es . Navarra 2002. Vol. 25. P127-141.

13. DR. CARLOS GREKIN GARFUNKEL, Manejo de la obesidad a trav†s de un programa multidisciplinario, bolet€n escuela de medicina. Pontificia universidad cat…lica de chile.[en l€nea] http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/obesidad/obesidad07.html 1997; 26:26-28.

14. LUIS DUR„N -ARENAS Y OLIVA L‚PEZ -ARELLANO. [et al], Modelos alternativos para el an•lisis epidemiol…gico de la obesidad como problema de salud p‰blica, centro de investigaci…n en salud poblacional del instituto nacional de salud p‰blicaM†xico [en l€nea], Http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=s0034-89101999000300014&script=sci_arttext sao paulo june 99Vrev., salud publica vol. 33n.3.

15. LIBERTAD MARTƒN ALFONSO, Acerca del concepto de adherencia terap†utica, revista cubana de salud p‰blica, [en l€nea]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. [enlinea] http://www.ellynsatter.com/resources/inter.pdf j am diet assoc 1996.

17. CAROLA ORREGO, ITZIAR P'REZ, IDOIA ALCORTA, I dentificaci…n de barreras y facilitadores, manual metodol…gico: implementaci…n de gu€as de pr•ctica cl€nica en el sistema nacional de salud, instituto aragon†s de ciencias de la salud-i+cs; [en l€nea] 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 terap†utica en pacientes adultos con obesidad y sobrepeso,Tesis (maestria en nutrici…n cl€nica) Puebla , universidad iberoamericana , 2014

19. MARCHCERD—, J.C,.T†cnicas cualitativas para la investigaci…n en salud p‰blica y gesti…n de servicios de salud:algo m•s que otro tipo de t†cnicas. [en l€nea] http://www.elsevier.es/en/node/2007846publicado en gacsanit. 1999; 13:312-9. - vol.13 n‰m. 4

20. BECKER ; ROSENSTOCK, El modelo de creencias en salud, [en l€nea] 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 l€nea]http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/Godeleva-Rosa-Ortiz-Viveros.pdf, Psicolog€a y Salud, Vol. 21, N‰m. 1: 79-90, enero-junio de 2011.

22. DR. CARLOS GREKIN GARFUNKEL. Manejo de la obesidad a trav†s de un programa multidisciplinario [en l€nea] http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/obesidad/obesidad07.html, Bolet€n Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Cat…lica de Chile. 1997; 26:26-28.
23. DRES. JOANNE M. SPAHN, REBECCA S.[et al] teor€as y estrategias para el cambio de conducta en la alimentaci…n. Lævidencia apoya el uso de estrategias de asesoramiento espec€fico

ANEXOS

Anexo 1. Gu,a de Observaci•n Personal de Intendencia UIA.

Notas de observaci…n.

NOMBRE:
EDAD:
PESO:
DIAGNOSTICO NUTRICIO:

1. OBJETIVO DE CONSULTA :
2. NUTRIOLOGO :

DESARROLLO DE LA CONSULTA (NOTAS)

· CONTEXTO

–

· ACTITUD DEL PACIENTE

–

· ACTITUD DEN NUTRI,LOGO _

–

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 nutricio 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	Si	No	Preguntas
Características del paciente Actitud. Interés por su salud Conocimientos de obesidad. Conciencia de la enfermedad. Expectativas con relación con mejorar su estado nutricio Se manifiesta motivada			¿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?
Factores relacionados con la enfermedad Síntomas. Discapacidades Velocidad de progresión. Efectividad de tratamientos médico.			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?

Caracter€sticas del r†gimen del tratamiento Entiende instrucciones del tratamiento Complejidad del tratamiento Fracasos anteriores (historial de tratamientos para reducci…n)			‹Ya se ha sometido a alg‰n tratamiento para bajar de peso? ‹En qu† consisti…? Que logros obtuvo ‹ En qu† consiste el plan de alimentaci…n que le dieron? ‹Qu† fue lo que m•s trabajo le cost …? ‹Qu† cambios realizo en su alimentaci…n despu†s de asistir a sus sesiones con el nutri…logo?
Factores relacionados con el contexto /sistema Cambio cultural. Nivel educativo. Costo destinado a la dieta. Horario laboral. Apoyo familiar. Trabajo en equipo.			‹Qui†n se encarga de proveer, elegir y preparar los alimentos en su casa: ‹Con cu•ntas personas vive? ‹Cu•nto se gasta en comida? En su familia ‹saben de s u tratamiento para control de obesidad? La apoyan y como: En el trabajo ‹saben de su tratamiento para control de obesidad? ‹La apoyan y c…mo?
Relaci…nnutri…logo/paciente Recomendaciones claras. Acuerdos en las recomendaciones del tratamiento. Falta de formaci…n entrenamiento en habilidades para seguirla.			‹Qui†n lo atendi…? ‹Cu•ndo diseŠa su dieta usted particip… en el plan a seguir? ‹Est• de acuerdo con las recomendaciones del nutri…logo? ‹Est• de acuerdo con las estrategias sugeridas por el nutri…logo?

Recomendaciones r€gidas Tiempo destinado a la consulta Nutri…logo motiva al cambio Plan adecuado a disponibilidad Utiliza herramientas de apoyo Cambio en estrategias, seg‰n seguimiento. Nutri…logo flexible novedoso y creativo.			‹Le explicaron bien cuales y como seguir las recomendaciones cl€nicas? ‹Se le dio espacio para solucionar dudas quejas o comentarios? ‹Cu•nto se pone de calificaci…n en el seguimiento de su plan de alimentaci…n en una escala del 0 al 10? ‹Qu† cree que le ayudo a llevar el plan de alimentaci…n? ‹Qu† no le ayudo para llevar el palan de alimentaci…n? ‹Qu† le sugiere al especialista para mejorar?