

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



“CARACTERIZACIÓN DE LA RELACIÓN NUTRIÓLOGO-PACIENTE EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN NUTRICIÓN, FACULTAD DE MEDICINA, UAEM, PERIODO 2012B”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN NUTRICIÓN

PRESENTA:

P.L.N. JOCELYN GARCÍA ALVARADO

DIRECTOR:

DR. EN H. ARTURO GARCÍA RILLO

M. S. P. ALEJANDRA DONAJÍ BENÍTEZ ARCINIEGA

REVISORES:

M. EN N.H. FERNANDO FARFÁN GONZÁLEZ

L. EN NUT. JANNELY GÓMEZ RODRÍGUEZ

DR. EN I. M. BEATRÍZ ELINA MARTÍNEZ CARRILLO

M. EN A. F. S. PATRICIA TLATEMPA SOTELO

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2013

“CARACTERIZACIÓN DE LA RELACIÓN NUTRIÓLOGO-PACIENTE EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN NUTRICIÓN, FACULTAD DE MEDICINA, UAEM, PERIODO 2012B”

ÍNDICE

ÍNDICE	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	10
ANTECEDENTES	
Definición, Perfil y campos de acción del nutriólogo	12
Ética y Moral.....	14
Bioética y práctica profesional del nutriólogo	14
Relaciones del profesional de la nutrición	15
Relación nutriólogo-paciente	16
Características de la relación nutriólogo-paciente	17
Caracterización de la relación nutriólogo-paciente	19
Modelos de relación nutriólogo-paciente	19
Tipos de relación nutriólogo-paciente.....	22
Fases de relación nutriólogo-paciente.....	24
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
JUSTIFICACIONES	27
HIPÓTESIS	28
OBJETIVOS	29
MÉTODO	30
IMPLICACIONES ÉTICAS	36
RESULTADOS Y ANÁLISIS	37
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	46
CONCLUSIONES	48
SUGERENCIAS	50

BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS	55

RESUMEN

Antecedentes: El licenciado en nutrición en su práctica profesional, desempeña acciones de prevención, promoción y tratamiento nutricional a nivel individual o colectivo, con la finalidad de restablecer la salud del paciente y mejorar su calidad de vida.

En cualquiera de los diferentes sectores o campos de acción donde se desenvuelve el nutriólogo de acuerdo a su perfil profesional, debe conducirse con ética en su relación con el paciente.

La bioética se encarga del estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida que esta conducta se examine a la luz de principios y valores morales

Existen varios aspectos de la bioética donde está directamente involucrada la práctica profesional del nutriólogo entre los cuales podemos mencionar: la relación nutriólogo-paciente.

Las cualidades de tipo científico y personal del nutriólogo le permitirán tomar mejores decisiones para el tratamiento nutricional del paciente, cualidades de tipo personal como empatía o comunicación, le dará al paciente mayor satisfacción de la consulta y por ende un mayor apego al tratamiento nutricional. ^(9, 12,21)

La caracterización de la relación nutriólogo-paciente depende de diversos modelos de comunicación, tipos de relación según el grado de participación (niveles) y grado de relación interpersonal (fases), vinculados a diferentes grados de respeto a los valores del paciente, al enfoque con que el nutriólogo atiende la enfermedad y los objetivos de la interacción.

Por ello en este estudio es de interés determinar la caracterización de la relación nutriólogo-paciente de los pasantes en servicio social de la Licenciatura en Nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del estado de México (UAEM).

Objetivo: Caracterizar la relación nutriólogo-paciente en los estudiantes de la licenciatura en nutrición de la Facultad de Medicina UAEM.

Material y método: El presente estudio se realizó mediante un instrumento de investigación integrado por un cuestionario con 72 items dividido en 4 dimensiones, las respuestas a cada pregunta fueron valoradas con una escala tipo Likert de cinco grados que varió entre nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre; tuvieron entre 1 y 5 puntos orientados a explorar los tres dominios de la relación nutriólogo-paciente; modelos, niveles y fases de la relación. Se contó con una muestra de 27 estudiantes de ambos sexos de la licenciatura en nutrición de la Facultad de Medicina UAEM en servicio social, se identificó los modelos, *niveles* y fases de la relación nutriólogo-paciente predominantes en la población estudio y se relacionaron cada uno de ellos para caracterizar la relación nutriólogo-paciente.

Resultados: Se encontró que la relación nutriólogo-paciente en los sujetos de estudio, tienen un predominio por el modelo informativo (41%) seguido por el paternalista (37%) esto nos denota una autonomía del nutriólogo y el único participante en la toma de decisiones, que hoy en día es un tanto obsoleto, aunque se encontró una combinación positiva respecto a los niveles y fases; ya que el nivel predominante es el *nivel 3* (74%) donde la participación es mutua y la toma de decisiones, seguido por el *nivel 2* (26%), ningún alumno en estudio presento preferencia por el *nivel 1* resultando positivo, pues en este nivel la toma de decisiones es únicamente tarea del nutriólogo y no se toman en cuenta los valores del paciente; la fase de personalización (56%) lo ocupó la mayoría resultado positivo en la población estudio por caracterizar una relación interpersonal, donde el paciente no solo es un caso, sino también, una persona, la fase de objetivación (37%) y fase de llamada (7%) representando la minoría.

Conclusiones: A pesar de que en su gran mayoría se presenta la inclinación por el modelo informativo, seguido por el paternalista, y en la minoría el modelo deliberativo; el cual sería el idóneo por tratarse de características donde la toma de decisiones es tarea de ambos y la habilidad de comunicación, el haber determinado también los *niveles* y las fases de la relación de cada sujeto de estudio y al cruzarlos o combinarlos, permitió determinar que a pesar de estos resultados respecto a los modelos, los estudiantes de servicio social de la licenciatura en nutrición en su gran mayoría presentan características

importantes para una relación de cooperación mutua y toma de decisiones. Para ambos resulta positivo, pues la relación es más estrecha y de colaboración, y para el paciente habrá un mejor apego al tratamiento por este entendimiento entre nutriólogo-paciente.

ABSTRACT

Background: The degree in nutrition in her practice, preventive actions play, promotion and nutritional health care individually or collectively, in order to restore the patient's health and improve their quality of life. In any of the various sectors or areas of activity where the dietitian unfolds according to your professional profile, should behave ethically in their relationship with the patient.

Bioethics deals with the systematic study of human behavior in the field of life sciences and health care, to the extent that this behavior is examined in the light of moral principles and values

There are several aspects of bioethics which is directly involved professional practice dietitian among which are: the nutritionist-patient relationship.

The qualities of a scientific and dietitian will allow staff to make better decisions for the nutritional management of the patient, such as personal qualities such as empathy or communication, will give the patient greater satisfaction of the query and thus greater adherence to nutritional therapy. ^(9, 12, 21)

Characterization of nutritionist-patient relationship depends on various models of communication, relationship types according to the degree of participation (levels) and interpersonal relatedness (phases), linked to different degrees of respect for patient values, the approach nutritionist attends the disease and the goals of the interaction.

Therefore in this study is of interest to determine the characterization of the relationship-patient dietitian interns in social service degree in Nutrition, Faculty of Medicine, University of the State of Mexico.

Objective: To characterize the nutritionist-patient relationship in the students of the degree in nutrition from the Faculty of Medicine of the Autonomous University of the State of Mexico.

Methods: This study was conducted by a research instrument consisting of a questionnaire with 72 items designed to explore the three domains of nutritionist-patient relationship; models, levels and stages of the relationship. They had a sample of 27 male and female students of the degree in nutrition

from the faculty of medicine at the UAEM in social service, identified the models prevailing levels and stages in the study population were related each to characterize nutritionist-patient relationship.

Results: We found that nutritionist-patient relationship in the objects of study, with a predominance of the information model (41%) followed by the paternalistic (37%) that we denote a nutritionist autonomy and the only participant in the decision-making , which is now somewhat obsolete, but we found a positive combination on the levels and phases as the predominant level is level 3 (74%) which is mutual participation and decision-making, followed by the Level 2 (26%), no student in the study had a preference for the level 1 positive resulting in this level as decision making task is only nutritionist and do not take into account the patient's values, the customization phase (56%) occupy the most positive outcome in the study population to characterize interpersonal relationship where the patient is not only an event but also a person, objectification phase (37%) and call phase (7%) representing the minority.

Conclusions: Although mostly shows the inclination for informational model, followed by the paternalistic, and the minority in the deliberative model which would be the ideal characteristics for being where decision-making is both task and communication skills, have also determined the levels and stages of the relationship of each study subject and cross them or combine them, found that despite these results regarding the models, students in social service degree in nutrition for the most important features to have a relationship of mutual cooperation and decision making. For both tests positive, then the relationship is closer and more collaborative, and the patient will have a better adherence to treatment by this dietitian-patient understanding.

INTRODUCCIÓN

Nadie puede negar que el vínculo nutriólogo-paciente es una relación compleja entre dos seres humanos, en la que además de un proceso científico y a veces simple transacción mercantil, es sobre todo un acto profundamente ético y humanitario, cuya esencia es acompañar al paciente en su proceso salud-enfermedad, darle aliento y esperanza mediante acciones de prevención, promoción y tratamiento nutricional, por ello a lo largo de la evolución de las ciencias de la salud la relación del profesional de la salud-paciente ha sido piedra angular en el quehacer médico y áreas afines.

Esta relación representa una tarea ineludible, un requisito indispensable para el logro de la satisfacción del paciente durante el acto nutricional. Paciente satisfecho con el trato del nutriólogo, lo está también con el tratamiento nutricional, y posiblemente tendrá mayor apego a este. ⁽¹²⁻¹⁸⁾

La adhesión del nutriólogo al modernismo, sumado a los avances tecnológicos y científicos, va desvaneciendo la relación entre profesional-paciente, al punto de ser espectros, hay falta de estudios en este tema sobre todo en lo que respecta al área de nutrición relacionados con la bioética. Lo cierto es que solo unos cuantos hacen llamado a este hecho inmutable como un encuentro de existencias, de un menester con una disposición de ayuda. Siendo ideal una atención comprensiva, respetuosa de los valores, creencias y autonomía del paciente, dejando un lado la relación materialista y consumista.

La disputa por la autonomía y autoridad de parte de ambos, y respecto a quien debe decir la última palabra en la toma de decisiones, da como resultado un mayor desencuentro entre el nutriólogo y su paciente y obstaculiza la tendencia secular de los nutriólogos a la beneficencia, por lo cual no ha podido desprenderse del paternalismo. ⁽¹²⁻¹⁶⁾

No se trata de que la nutrición se desprenda de los aspectos científicos y tecnológicos, si no de nunca perder de vista que trabajamos y servimos para la humanidad, teniendo en cuenta que ambas partes son importantes en la interacción y toma de decisiones.

Para dicha relación se han definido a través del tiempo diversos modelos de comunicación de la relación nutriólogo-paciente, *niveles* y *fases* por la que pasa dicha relación, lo que es objetivo del estudio caracterizar la relación nutriólogo-

paciente de los pasantes en servicio social de la Licenciatura en Nutrición de la Facultad de Medicina de la UAEM.

ANTECEDENTES

Definición, Perfil y Campos de acción del Nutriólogo

La conceptualización de la nutrición evoluciona en función de los avances científicos y tecnológicos, dando respuesta a quienes buscan su esencia y valores. En todas las épocas la esencia de las ciencias de la salud ha sido el ser humano, ya sea para promover la conservación de su salud nutricional, brindarle atención durante su enfermedad nutricional o generando los conocimientos que son la base de la teoría que sustenta el modelo de la historia natural y social del proceso salud-enfermedad, creándose así una nutrición científica de la cual surge el Licenciado en Nutrición que en su práctica profesional, valorará al individuo en forma integral con la finalidad de brindarle el apoyo necesario durante el sufrimiento, respetar su dignidad y fortalecer su calidad de vida.⁽¹⁾

El ejercicio profesional del nutriólogo debe estar fundamentado en un marco ético y multidisciplinario para responder con calidad y compromiso a las necesidades sociales de alimentación y nutrición presentes y futuras.

En 1990, la Asociación Mexicana de Miembros de Facultades y Escuelas de Nutrición (AMMFEN) elaboró el siguiente Perfil Profesional para el Licenciado en Nutrición:

El Licenciado en Nutrición, es un profesionista capaz de evaluar el estado nutricional de la población a nivel colectivo e individual, administrar programas de alimentación, nutrición y educación, realizar investigación en estas áreas e integrarse a equipos multidisciplinarios para incidir significativamente en la situación alimentaria nutricional, mediante acciones de prevención, promoción y atención.⁽¹⁻⁴⁾

La AMMFEN establece como campos de acción del nutriólogo los siguientes:

•**Nutrición Clínica:** Se caracteriza por la evaluación y atención nutricional de individuos sanos, en riesgo o enfermos a través del diseño, implementación y evaluación del plan de cuidado nutricional. Las actividades que realiza el nutriólogo van desde promoción, prevención, tratamiento, control y

rehabilitación. Se desarrollan en unidades y servicios de salud del sector público y del privado.

•**Nutrición Poblacional:** Se caracteriza por la aplicación de la nutriología en la salud pública. Las acciones prioritarias son identificar y evaluar problemas nutricionales de grupos poblacionales; así como diseñar, organizar, implementar, evaluar programas de nutrición; participar en el planteamiento de políticas de alimentación y nutrición, Se desarrolla en instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil.

•**Tecnología Alimentaria:** Se caracteriza por controlar, evaluar y mejorar la calidad nutrimental y sanitaria de los alimentos durante su producción, distribución, transformación, desarrollo, comercialización, aceptación y consumo con el fin de promover la salud así como participar en la innovación de productos. Se desarrolla en fábricas y empresas públicas y privadas de la industria alimentaria.

•**Servicios de Alimentación:** Se caracteriza por la planeación, dirección, control y evaluación de las actividades de un servicio de alimentos, con la finalidad de asegurar los estándares de calidad a los consumidores que demandan el servicio, Las actividades que se desarrollan incluyen: administración de recursos, planeación de menús, operación, verificación sanitaria, evaluación del servicio, capacitación del personal y orientación al consumidor. Se desarrolla en servicios institucionales y comerciales.

•**Campos Transversales:** Estos campos son complementarios y de soporte en el desempeño profesional, común a otros profesionistas; en el caso del nutriólogo, enriquece los campos propios de la disciplina y amplían las oportunidades en el mercado laboral; se caracterizan por el manejo de elementos teórico-metodológicos en las áreas de investigación a través del método científico y de la generación y aplicación de conocimientos, de la educación mediante la aplicación de técnicas didácticas y de comunicación en la formación de recursos humanos y la orientación alimentaria de la población; la administración para el manejo de técnicas de negociación, toma de decisiones y planteamiento de estrategias para la solución de problemas. Estos

campos transversales se desarrollan en los ámbitos de desempeño de los campos básico. ^(1, 5)

Ética y moral

En la gran mayoría de los escritos que tratan el tema, podemos encontrar que la palabra ética proviene del griego ethos, que quiere decir costumbre. Al mismo tiempo, el término moral, tiene su origen en el latín mos, que también quiere decir costumbre. En el habla corriente, ética y moral se manejan de manera ambivalente, es decir, con igual significado, pero dada la evolución semántica analizada por varios estudiosos del tema, queda establecido que la moral es el conjunto de acciones y normas que regulan los actos considerados buenos, deseables o correctos para una cultura determinada. En cambio, la ética comprende la reflexión sobre los actos morales. Con esto puede afirmarse que la moral tiende a ser particular, por la concreción de sus objetos, mientras que la ética tiende a ser universal, por la abstracción de sus principios. ⁽⁶⁾

Bioética y práctica profesional del nutriólogo

En las últimas décadas, a raíz del desarrollo de la ciencia y la tecnología que, por un lado, dio solución a diversas cuestiones, pero que, al mismo tiempo, propició todo tipo de controversias a nivel ético y moral; se hizo necesario el surgimiento de una nueva ciencia que se ocupe de resolver los dilemas relacionados a la influencia de los actos humanos en torno a la vida humana, la salud y el medio ambiente. Esta ciencia recibe el nombre de bioética.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), basada en la Encyclopedia of Bioethics del Kennedy Institute of Ethics, la bioética es: el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida que esta conducta se examine a la luz de principios y valores morales

Como miembros del equipo médico, los nutriólogos deben estar capacitados para enfrentar todo tipo de situaciones en el ejercicio de sus funciones, ya que deben relacionarse al mismo tiempo con pacientes, colegas, otros miembros del equipo médico, familiares de pacientes, etc., encontrándose a veces en circunstancias en que la tarea de búsqueda y protección de la salud, entra en

conflicto con otro tipo de valores de tipo moral, ético o religioso; en donde es fundamental la habilidad para encontrar una solución que sea beneficiosa para todos. Por este motivo se hace necesaria la formación integral de los profesionales, tanto a nivel académico como a nivel personal, propiciando la incorporación de valores humanos que, junto a los conocimientos científicos, ayudarán al desempeño de la ciencia de la nutrición como herramienta en el cuidado de la salud y la vida humana. ^(6,7)

Existen varios aspectos de la bioética donde está directamente involucrada la práctica profesional del nutriólogo entre los cuales podemos mencionar: la relación nutriólogo-paciente, la cual exige respeto mutuo, comunicación adecuada y confidencialidad. ⁽⁸⁻⁹⁾

La formación de actitudes éticas y bioéticas se hacen necesarias en el nutriólogo en su ejercicio profesional, para tener un sentido humanista, aunado a una adquisición de habilidades y conocimientos que le permitan tomar mejores decisiones ante una problemática individual o colectiva. ⁽⁸⁾

Relaciones del profesional de la nutrición

Las relaciones profesionales del nutriólogo, pueden agruparse en tres grandes bloques, cada uno con sus peculiaridades:

1. Relación nutriólogo-paciente: es la más importante de ellas es también la más discutida y es donde realmente la profesión como ciencia se transforma en arte, es decir, como vocación de servicio hacia el bienestar común, es precisamente la Relación con el Paciente y sus Familiares.
2. Relación en el ámbito interno: (gremio profesional, colegas, estudiantes de pre y postgrado, auxiliares de nutrición, empleados y obreros)
3. Relación en el ámbito externo: (médicos, enfermeras, bioanalistas, sociólogos, psicólogos, trabajadores sociales, religiosos, estudiantes de otras carreras, personal administrativo, entre otros). ^(5, 10,11)

Relación Nutriólogo-Paciente

Hace más de 2000 años Hipócrates resumió las características del médico; los cuales debían reunir 4 cualidades fundamentales: conocimientos, sabiduría, humanidad y probidad. ⁽¹²⁾

Estas cualidades coinciden con el artículo 3º del código de ética del colegio mexicano de nutriólogos, en el apartado de deberes del nutriólogo, donde se menciona que el nutriólogo debe conducirse con justicia, honradez, honestidad, diligencia, lealtad, respeto, formalidad, discreción, honorabilidad, responsabilidad, sinceridad, probidad, dignidad, buena fe y en estricta observancia a las normas legales y éticas de su profesión. ⁽¹³⁾

La interacción entre el nutriólogo y su paciente es un acto importante, esta relación es una habilidad clínica esencial de todo profesionista. Es una interacción fundamental, un acontecimiento inmutable. ⁽¹⁴⁾

El papel del paciente en esta interacción, se ha ido modificando a lo largo de los tiempos; debido a el alcance que tiene en los medios de información, volviéndose este paciente, más activo y participativo, por lo cual en estos tiempos demanda una atención sanitaria de mayor calidad, requiriendo de los profesionales de la salud, una serie de cualidades que van más allá de las meras habilidades técnicas. ⁽¹⁵⁾

El paciente espera del nutriólogo honestidad, integridad, respeto, responsabilidad, compromiso, y cualidades antes mencionadas. La relación nutriólogo-paciente se convierte así en un 'encuentro entre personas' que debe involucrar atención humanitaria y sensible, del que depende en gran medida el grado de satisfacción del paciente, en la actualidad uno de los principales indicadores de la calidad de la atención sanitaria prestada. ^(9, 13-19)

Es a través de esta interacción que el nutriólogo recolecta la información suficiente para establecer un correcto diagnóstico nutricional del problema por el que acude un individuo a la consulta de nutrición para la elaboración del plan de alimentación y la cual se fortalece con la exploración física, la antropometría, los exámenes de laboratorio o el diagnóstico médico, y la historia clínico-nutricional. ⁽²⁰⁾

La relación personal de salud-paciente (generalmente más enfocado a médicos, careciendo de estudios nutriólogo-paciente), es un tema estudiado y debatido frecuentemente en la literatura científica de los últimos años, concluyéndose en un gran número de estudios, de países tales como Reino Unido, EEUU, Suecia o México, cualidades tales como empatía, atención personalizada, comprensión, información detallada, etc. por parte del profesional sanitario traducen finalmente una mejora en la realización de actividades preventivas, en un mejor seguimiento de los procesos crónicos y en un mayor cumplimiento terapéutico, al conseguir una mayor satisfacción y confianza por parte de los pacientes. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

Caroline Shooner dice: “ponemos mucho énfasis en el proceso para aprender procesos clínicos, pero no para interactuar con los paciente.” ⁽²⁰⁻²²⁾

Características de la relación Nutriólogo-Paciente:

Diferentes artículos científicos coinciden que las características más importantes para una adecuada relación nutriólogo-paciente son:

- a) Empatía
- b) Comunicación
- c) Confianza

a) Empatía como característica en la relación nutriólogo-paciente:

La empatía es uno de los pilares de la relación nutriólogo-paciente. El establecimiento de relaciones empáticas determina una mayor satisfacción de los pacientes y profesionales de la salud, aumento de la información de relevancia clínico-nutricional que proporcionan los pacientes y su adherencia al tratamiento.

La empatía involucra afectividad (involucra unirse a las experiencias) y cognición (capacidad de comprender experiencias).

No se debe confundir como profesionales la empatía con la simpatía, ya que la empatía implica compartir conocimientos y la simpatía compartir emociones.

La empatía está ligada al sentido del deber, comportamiento pro social, razonamiento moral. ⁽²³⁻²⁶⁾

En estudio realizado en Portugal en el año 2011 por Loureiro y colaboradores, se demostró que las mujeres presentan más empatía que los hombres y más actividad de cuidado. ⁽²⁶⁾

b) Comunicación como característica en la relación nutriólogo-paciente:

El proceso comunicativo es central en el comportamiento y el desarrollo humano, aportando su complejidad y especificidad, situación que determina toda relación interpersonal. ⁽²⁷⁾

La comunicación es parte importante de la relación nutriólogo-paciente. Es la que le permite al nutriólogo manifestarle sus conocimientos al paciente para aclararle su situación nutricional, y su tratamiento. ^(9, 12,19, 21)

Mediante la comunicación el nutriólogo puede intervenir en diversas acciones:

1. Orientación alimentaria: conjunto de acciones que proporcionan información básica, científicamente validada y sistematizada, tendiente a desarrollar habilidades, actitudes y prácticas relacionadas con los alimentos y la alimentación para favorecer la adopción de una dieta adecuada en el ámbito individual, familiar o colectivo, tomando en cuenta las condiciones económicas, geográficas, culturales y sociales
2. Promoción de la salud: proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual y colectiva mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud.
3. Educación para la Salud: proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual y colectiva. ⁽²⁸⁾

El informe Kalamazoo II vincula la comunicación efectiva a:

- Una mayor satisfacción del médico y el paciente
- Adherencia a los planes de tratamiento
- Decisiones médicas más adecuadas
- Mejores resultados de salud
- Disminución en la incidencia de demandas por mala práctica contra médicos de atención primaria
- Información y educación del público. ⁽²⁶⁾

La declaración de consenso (Toronto Consensus Statment) publicado por el British Medical Journal en 1991 dice: “La comunicación médico-paciente efectiva es una función clínica esencial que no puede ser delegada” ^(27,29)

Confianza como característica en la relación nutriólogo-paciente

La confianza es la base de la relación médico-paciente.

Debido a que los pacientes tienen nuevos medios de acceder a la información y a utilizar métodos alternativos de tratamiento, se requiere de nuevas habilidades, donde más que ofrecer un «saber», los nutriólogos deben evaluar la información y entregar la mejor alternativa según los valores y preferencias del paciente. ⁽³⁰⁾

La vulnerabilidad del paciente y su necesidad de atención lo fuerza a confiar en el personal de salud. ^(14, 19-20)

Caracterización de la relación nutriólogo-paciente

- **Modelos de relación nutriólogo-paciente**

Se han descrito diversos modelos de comunicación vinculados a diferentes grados de respeto a los valores del paciente, al enfoque con que el profesional de la salud atiende la enfermedad y los objetivos de la interacción; estos modelos permiten la comprensión de la visión sobre la práctica médica predominante en el nutriólogo mediante el análisis del tipo de relación que establece con su paciente; a continuación se destacan las características básicas de cada modelo: ⁽³⁰⁾

-Modelo Paternalista: A veces llamado paternal o sacerdotal, donde el nutriólogo asegura que el paciente recibe la intervención necesaria e información u orientación que garantice su salud y bienestar; los nutriólogos utilizan sus conocimientos para determinar la situación nutricional del paciente y en qué fase del proceso salud-enfermedad se sitúa, asimismo se elige el tratamiento dieto-terapéutico más adecuado; con el objeto de prevenir enfermedades, evitar riesgos o complicaciones de la enfermedad presente.

Se cree que es Hipócrates el fundador de este modelo de carácter paternalista, considerado el más antiguo, pero todavía vigente en la relación que mantienen en los profesionales de la salud con sus pacientes; en este modelo, el nutriólogo se esfuerza en determinar lo que es lo mejor para el paciente, prescindiendo del paciente mismo, esto es, sin que éste intervenga en la decisión. El nutriólogo, presuponiendo que es quien más sabe sobre la enfermedad y el tratamiento nutricional del paciente, entabla con él una relación paternalista, en la que implícitamente retiene que lo mejor para el paciente es que no intervenga en la toma de decisiones debido a la ignorancia sobre su caso, asimismo, los valores y capacidades del paciente son menospreciados; además, se supone que el paciente estará agradecido por las decisiones tomadas por el nutriólogo aún cuando no esté de acuerdo en el momento de la decisión. ⁽¹⁸⁾

En este modelo de relación desaparece el principio de autonomía del paciente, a éste se le trata como a alguien que no tiene dicha capacidad, ya que el nutriólogo en vez de ayudarle para que tome decisiones se prescinde de él por creer que en nutrición quien más sabe es el nutriólogo y que la opinión del paciente es superflua, por lo tanto, las opiniones de éste no cuentan, dejando de lado también sus motivaciones, lo que es importante para él, sus temores y frustraciones. ⁽³¹⁻³²⁾

-Modelo Deliberativo: El nutriólogo discute con su paciente las opciones de atención a su salud basándose en un intercambio de información veraz, oportuna, clara y comprensible, de manera tal que el paciente sea un participante activo en la toma de decisiones; el objeto de la relación es ayudar al paciente a determinar y elegir entre todos los valores relacionados con su

salud y que pueden desarrollarse en el acto clínico. Con este fin el nutriólogo debe esbozar la información sobre la situación clínica-nutricional del paciente y ayudarlo posteriormente a aclarar los tipos de valores incluidos en las opciones posibles.

En este modelo el nutriólogo actúa como un maestro o un amigo, en donde ambos entablan un diálogo y se determina el tipo de actuación que se considera la mejor. El nutriólogo indica no solo qué es lo que el paciente podría hacer sino también, qué decisión respecto al tratamiento nutricional sería la más adecuada, por esta razón, la autonomía del paciente se concibe como un autodesarrollo moral debido a que éste está capacitado no solamente para seguir unas preferencias irreflexivas o unos valores establecidos, sino también para analizar, a través del diálogo, los distintos valores relacionados con la salud, su importancia, y sus implicaciones en el tratamiento nutricional.

Modelo Informativo: A veces llamado modelo científico o del consumidor, en donde el objetivo de la relación es proporcionar al paciente toda la información relevante para que pueda elegir la intervención que desee, tras lo cual el nutriólogo la llevará a cabo. Para ello el nutriólogo informa al paciente sobre el estado nutricional, las intervenciones dieto-terapéuticas, la probabilidad tanto de los beneficios como de los riesgos asociados a cualquier intervención; así, los pacientes podrían llegar a conocer toda la información nutricional relevante en relación con su enfermedad o estado de salud y las actitudes dieto-terapéuticas posibles y seleccionar la intervención que mejor se ajuste a sus valores, razón por la cual, el nutriólogo se transforma en un proveedor de servicios altamente tecnificado ya que es el paciente quien decide por completo las acciones que el nutriólogo debe tomar sin pedir opinión o recomendación del mismo.

Este modelo surge del poder tecnológico de la biología y medicina modernas. Se ve al paciente únicamente desde el punto de vista de la anatomía, como si fuera sólo un conjunto de órganos, tejidos, huesos, nervios, etc. y no una persona, un ser espiritual; es decir, se confía todo al poder de la técnica y se deja a un lado a la persona.

-Modelo Instrumental: El objetivo de este modelo señala una interacción donde el nutriólogo puede seleccionar objetivos no relacionados con el bienestar del paciente al elegir las opciones terapéuticas, por lo tanto, es un modelo que considera las opiniones del paciente como irrelevantes o inexistentes ; además el nutriólogo puede imponer sus propios valores bajo el aspecto de articular los valores del paciente y éste, abrumado por su situación clínico-nutricional y la falta de claridad en sus puntos de vista, puede aceptar con demasiada facilidad esta imposición. Dichas circunstancias hacen que, en la práctica, el modelo interpretativo se convierta en paternalista. ⁽³³⁾

Es necesario resaltar que los nutriólogos no aplican un modelo en específico dentro de su práctica clínica, esto depende de las condiciones en las que se encuentre el paciente y los agentes que se ven involucrados en el nutriólogo durante el encuentro con su paciente; sin embargo, investigaciones refieren que el modelo que predomina es el paternalista, sin dejar de lado que suele haber modelos mixtos que el nutriólogo lleva a cabo dentro de su práctica. ⁽³⁴⁾

- **Tipos de relación nutriólogo-paciente según el grado de participación:**

Szasz y Hollender (1956), clasificaron tres niveles de la relación médico-paciente transpolandolo al nutriólogo en su interacción con el paciente, los niveles son los siguientes:

1. **Nivel 1 Modelo tradicional o “actividad del nutriólogo y pasividad del enfermo”:**

Desde tiempos antiguos surgió el Modelo hipocrático sustentado en el principio de la beneficencia y es ejercido a través de un paternalismo, unas veces benevolente y otras, autoritario. ^(3,17)

La principal característica de este modelo es la capacidad para obedecer órdenes del nutriólogo (adherencia terapéutica o cumplimiento terapéutico) “buen enfermo”, el paciente deposita su confianza en el nutriólogo en tanto que se limita a seguir obedientemente las instrucciones que este le señale. El nutriólogo toma las decisiones en nombre del paciente, estas decisiones tomadas para su bien. Partiendo de la idea de que el enfermo no tiene la

capacidad de hacerlo, ya sea por su falta de conocimiento. Este modelo exige un paciente pasivo, acrítico, sumiso y disciplinado, y un nutriólogo capaz de ejercer la autoridad, frecuentemente represivo, aunque actuando a favor de la salud del individuo.

Es el tipo de relación también se puede producir en situaciones en que el paciente es incapaz de valerse por sí mismo: situaciones de urgencia médica o quirúrgica, pacientes con pérdida o alteración de conciencia, estados de agitación o delirio agudo, etc. En estos casos, el nutriólogo es importante para un tratamiento nutricional enteral o principalmente parenteral total. El prototipo de este nivel de relación sería el que se establece entre una madre y su recién nacido: relación madre-lactante.

2. El Nivel 2 o de "dirección del nutriólogo y cooperación del enfermo":

Es el tipo de relación que tiende a darse en las enfermedades agudas, infecciosas, traumáticas, etc., en el área de nutrición se presentarían casos de prevención, sobrepeso, obesidad, entre otras, en las que el paciente es capaz de cooperar y contribuir en el propio tratamiento nutricional. El nutriólogo dirige, como experto, la intervención nutricional en la cual adopta una actitud directiva, y el paciente colabora contestando a sus preguntas, dando su opinión, y realizando lo que se le pide. El prototipo de relación de nivel 2 sería el que se establece entre un progenitor y su hijo no adulto: relación padre-niño.

3. El nivel 3 o de "participación mutua y recíproca del nutriólogo y del paciente"

Es la forma de relación más adecuada en las enfermedades crónicas, en las rehabilitaciones postoperatorias o postraumáticas, en las readaptaciones físicas o psíquicas, y en general en todas las situaciones, muy frecuentes en estos tiempos, por la alta incidencia de enfermedades crónico-degenerativas; como Diabetes Mellitus tipo II, hipertensión arterial, enfermedades coronarias, dislipidemia, etc. En que el paciente puede asumir una participación activa, e incluso la iniciativa, en el tratamiento: Así en estos pacientes diabéticos, enfermedades cardíacas, obesidad, enfermedades de la vejez, etc., el

nutriólogo valora sus necesidades, instruye orienta y supervisa al paciente, que, a su vez, lleva a cabo el plan de alimentación, según lo programado, y con la posibilidad de sugerir otras alternativas o decidir la necesidad y periodicidad de una consulta subsecuente. El prototipo de relación que establecen es el de una cooperación entre personas adultas: relación adulto-adulto. ⁽³⁵⁾

Como parece lógico, no es que haya un nivel de relación mejor que otro, pero sí uno más adecuado para un determinado padecimiento o una situación clínico-nutricional dada. Frecuentemente nutriólogo y paciente tendrán que modificar su actitud a lo largo de una misma enfermedad y adoptar uno u otro tipo de relación de acuerdo con lo que permitan o requieran las circunstancias. ^(12,18)

- **Fases de la relación nutriólogo-paciente:**

Von Gebattel describe las fases por las que pasa la relación personal de salud-enfermo según el distinto grado de relación interpersonal que adquiere la misma durante el acto nutricional:

- 1. Primera fase de llamada.-** El paciente acude al nutriólogo solicitando remedio para sus dolencias, enfermedades o el deseo de mejorar o mantener un estado de nutrición óptimo y el nutriólogo responde acudiendo a satisfacer las necesidades del paciente mediante orientación o tratamiento nutricional. La relación entre un hombre experto y un hombre que sufre es todavía, desde el punto de vista interpersonal, anónimo.
- 2. Segunda fase de objetivación.-** El interés del nutriólogo se centra en el examen "científico" del proceso patológico, por lo que las relaciones personales pasan a un segundo plano, relacionándose con el paciente más como "un objeto de estudio" que como una persona.
- 3. Tercera fase denominada de personalización.-** Realizado ya el diagnóstico y establecido el plan terapéutico nutricional, es cuando el nutriólogo se relaciona, por fin, no sólo con un hombre que sufre o un "caso", sino con una persona enferma determinada, que es ya "su" paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La práctica profesional de la Nutrición trata sobre la alimentación y el beneficio que se obtiene a través de los nutrimentos. Como profesión se distingue en que sus miembros disciplinarios tienen la capacidad y habilidad para evaluar el estado nutricional de una persona y de una comunidad y, a través de esta evaluación, pueden intervenir desde la orientación alimentaria, la prescripción dietética, la educación en salud, en la prevención, control y curación de la historia natural de la enfermedad, en el hombre sano, en el paciente enfermo, en la población vulnerable y en la seguridad alimentaria.

Para lo anterior, el nutriólogo necesita ciertas características para llevar a cabo una exitosa relación con el paciente.

Las instituciones educativas no se preocupan por fomentar la importancia del cuidado y atención para el paciente. Esto se ve reflejado en un deficiente vínculo en el que los nutriólogos carecen de las características ideales para la atención del paciente.

La relación clínica constituye una fuente crítica de satisfacción para los pacientes, así como una variable que distingue al grupo de nutriólogos satisfechos e insatisfechos con su profesión. La literatura muestra que la relación y comunicación nutriólogo-paciente produce beneficios para la salud psicológica y física de ambos y aumenta su confianza y compromiso del paciente con el nutriólogo. La relación nutriólogo-paciente es un factor crucial para cambiar de nutriólogo o mantenerse con el mismo.

Se han descrito distintos modelos de relación clínica en función de la distribución del poder y responsabilidad del nutriólogo y paciente. El tipo de relación que se establezca dependerá de las características del paciente y el tipo de situación clínica.

En las últimas décadas la forma de relación personal sanitario-paciente, cambió más que en todos los siglos anteriores; desde los escritos hipocráticos donde el modelo bien visto era el paternalista, revolucionándose a través del tiempo a un autonomista, esto le exige al nutriólogo introducir en su pensamiento y actuar los aspectos sociales, psíquicos, y personales del paciente.

En este contexto, surge la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las características de la relación nutriólogo-paciente que se observan en los estudiantes de la licenciatura en nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México durante el periodo 2012B?

JUSTIFICACIÓN

El plan de estudio de la licenciatura en nutrición de la UAEMéx carece de una formación ética. Se pone mucho énfasis en el proceso para aprender procedimientos clínicos, pero no en los aspectos para interactuar con el paciente durante la formación académica.

La relación nutriólogo-paciente se sustenta en una serie de principios y valores que comparten ambos participantes, como son los de confidencialidad, la veracidad, la fidelidad y la privacidad, y en las habilidades del nutriólogo para comunicarse con el paciente y ganarse su confianza. Es importante abordar estos temas a pesar de que la sociedad moderna se preocupa por el desarrollo de la ciencia y la tecnología. Las actividades de los científicos han escapado de la esfera en lo que respecta a la ética y desarrollo moral del profesionista de la nutrición.

Los conocimientos que ofrece la ciencia y la tecnología pueden ser instrumentos de bienestar y superación de la sociedad, pero los aspectos éticos y las características fundamentales en una adecuada relación nutriólogo-paciente, son parte importante para una relación exitosa con el paciente, esto se verá reflejado en la satisfacción de ambos, una mejor toma de decisiones por parte del nutriólogo y un mejor apego al tratamiento por parte del paciente. Y por consiguiente un mejor estado de salud del individuo.

Existen pocos estudios en lo que respecta a aspectos relacionados con el desenvolvimiento del nutriólogo en relación con su paciente.

Toda ciencia es autónoma pero, al mismo tiempo, toda ciencia como actividad humana, es decir, realizada por y para el hombre en una dimensión histórica existencial, no puede escapar a los límites que impone la Moral.

HIPÓTESIS

Debido a la naturaleza descriptiva del presente estudio se omite.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la relación nutriólogo-paciente en los estudiantes de la licenciatura en nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el factor “toma de decisiones” en la relación nutriólogo-paciente.
- Identificar la característica “habilidades de comunicación” en la relación nutriólogo-paciente.
- Identificar los modelos de relación nutriólogo-paciente.
- Identificar los *niveles* de la relación nutriólogo-paciente
- Identificar las fases de la relación nutriólogo-paciente que poseen los estudiantes de la licenciatura en nutrición de servicio social de la Facultad de Medicina, UAEM.

MÉTODO

Diseño de estudio

Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo y descriptivo.

Operalización de variables

De acuerdo a lo indicado en los elementos de la hipótesis, la variable en estudio es la relación nutriólogo-paciente que se define como la interacción que se establece entre el nutriólogo y el paciente con el fin de devolverle a éste la salud, aliviar o controlar su padecimiento y prevenir la enfermedad mediante un tratamiento nutricional.

Cuadro No. I

Operacionalización del dominio modelo de relación nutriólogo-paciente

Dimensión	Definición operacional	Nivel y Escala de Medición	Item
Modelo paternalista de la relación nutriólogo-paciente	El nutriólogo tiene actitud paternalista cuando utiliza sus capacidades para determinar la condición del paciente y su estado en el proceso de la enfermedad identificando las pruebas y tratamiento que más probablemente restauren la salud del paciente o disminuyan el dolor; presenta la información seleccionada y exhorta al paciente a consentir en la intervención que él considera mejor.	Cualitativa Nominal	6-11
Modelo instrumental de la relación nutriólogo-paciente	En este modelo se acentúa el carácter "científico" del nutriólogo quien se interesa en el paciente en cuanto a un "caso", ignorando completamente los aspectos humanos de la relación con el enfermo.	Cualitativa Nominal	12-17
Modelo informativo de la relación nutriólogo-paciente	El nutriólogo es un agente comercial, el paciente es un consumista de la nutrición cuya autonomía en esta relación es absoluta, y la atención nutricional, como consecuencia, queda sujeta a la economía de mercado. Además, en este modelo el nutriólogo y el paciente firman un contrato legal de común acuerdo, que limita la naturaleza de la relación.	Cualitativa Nominal	18-29
Modelo deliberativo de la relación nutriólogo-paciente	Indica una relación de colaboración y de acuerdo recíproco sobre cuestiones que respectan a la atención de la salud nutricional; por lo que tomar decisiones es tarea de ambos, nutriólogo y paciente, respetando siempre la integridad de la persona.	Cualitativa Nominal	30-34

Dada la complejidad de la variable en estudio se operacionaliza en tres dominios fundamentales:

1. Modelo de relación nutriólogo-paciente de acuerdo al respeto a los valores del paciente, al enfoque con que el nutriólogo atiende la enfermedad y los objetivos de la interacción.
2. Tipo de relación nutriólogo-paciente según el grado de participación de ambos durante la interacción.
3. Fases de la relación nutriólogo-paciente según el grado de personalización.

Cada uno de estos dominios se operacionalizan en un segundo nivel con el propósito de lograr mayor nivel de concreción de la variable en estudio.

En el cuadro I se presenta la operacionalización del dominio modelo de relación nutriólogo-paciente.

En el cuadro II se presenta la operacionalización del dominio tipo de relación nutriólogo-paciente.

Cuadro No. II
Operacionalización del dominio tipo de relación nutriólogo-paciente

Dimensión	Definición operacional	Nivel y Escala de Medición	Item
Nivel 1	Tipo de relación nutriólogo-paciente en el que se presenta, por una parte, una actitud participativa por parte del nutriólogo y por otra, se observa la pasividad del paciente.	Cualitativa Nominal	35-41
Nivel 2	Tipo de relación nutriólogo-paciente en el que se presenta, por una parte, la dirección del nutriólogo y, por otra, la cooperación del paciente.	Cualitativa Nominal	42-47
Nivel 3	Tipo de relación nutriólogo-paciente en el que se presenta la participación mutua y reciproca del nutriólogo y del paciente.	Cualitativa Nominal	48-53

En el cuadro III se presenta la operacionalización del dominio fases de la relación nutriólogo-paciente.

Cuadro No. III

Operacionalización del dominio fases de la relación nutriólogo-paciente

Dimensión	Definición operacional	Nivel y Escala de Medición	Ítem
Fase de llamada	El paciente acude al nutriólogo solicitando remedio para sus dolencias, enfermedades o el deseo de mejorar o mantener un estado de nutrición óptimo y el nutriólogo responde acudiendo a satisfacer las necesidades del paciente mediante orientación o tratamiento nutricional.	Cualitativa Nominal	54-59
Fase de objetivación	El interés del nutriólogo se centra en el examen "científico" del proceso patológico, por lo que las relaciones personales pasan a un segundo plano, relacionándose con el paciente más como "un objeto de estudio" que como una persona.	Cualitativa Nominal	60-64
Fase de personalización	Realizado ya el diagnóstico y establecido el plan terapéutico nutricional, es cuando el nutriólogo se relaciona, por fin, no sólo con un hombre que sufre o un "caso", sino con una persona enferma determinada, que es ya "su" enfermo	Cualitativa Nominal	65-72

Universo del trabajo y muestra

En el estudio se incluyeron los alumnos inscritos en la Licenciatura en Nutrición que se oferta en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México que cumplen con los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión
 - Aceptación de participar en el estudio
 - Estudiantes de ambos sexos de la licenciatura en nutrición de la facultad de medicina de la UAEM en servicio social.
- Criterios de exclusión:
 - No proporcionaron el consentimiento informado
- Criterios de eliminación:
 - Estudiantes que no completaron el instrumento de investigación

Instrumento de investigación:

El instrumento de investigación se integró por un cuestionario orientado a explorar los tres dominios de la relación nutriólogo-paciente, que fueron señaladas en la operacionalización de las variables; por lo cual, el cuestionario consta de 72 ítems que se distribuyen en 4 secciones.

La primera sección permitió recolectar los datos generales de cada alumno que participó en el estudio. La segunda sección, son ítems que permitieron explorar el modelo de relación nutriólogo-paciente. La tercera sección, incluyó los ítems que exploraron el tipo de relación nutriólogo-paciente y la cuarta sección, los ítems que exploraron las fases de la relación nutriólogo-paciente.

Cada uno de los ítems de la sección 2, 3 y 4 fueron construidos para obtener respuestas a partir de una escala tipo Likert asignándose 5 valores: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre, asignándose valores de 1, 2, 3, 4 y 5, respectivamente.

El cuestionario fue validado previamente a través del método de jueceo.

Aplicación del instrumento

La aplicación del instrumento de investigación se realizó de manera grupal, durante una sola sesión, el tiempo de aplicación estimado fue de 2 hrs.

Calificación del instrumento

El procedimiento para la calificación del instrumento incluyó la siguiente secuencia:

1. Se obtuvo el promedio de las puntuaciones de los ítems relacionados con cada una de las dimensiones que se están explorando en el estudio.
2. Se estandarizaron las puntuaciones a través de la siguiente fórmula:
[Puntuación del dominio – (puntuación mínima de la dimensión/puntuación máxima de la dimensión)] x 100.

Desarrollo del proyecto:

La realización del estudio incluyó los siguientes eventos:

1. Solicitud de permisos correspondientes
2. Aplicación del instrumento de investigación
3. Elaboración de bases de datos y calificación del instrumento por cada alumno.
4. Análisis de datos
5. Redacción del trabajo de tesis.

Límite de tiempo y espacio:

El estudio se realizó en las instalaciones del Departamento de Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México; durante 12 semanas en el periodo comprendido de Noviembre 2012-Febrero de 2013.

Diseño de análisis:

La estrategia para el análisis de datos incluyó los siguientes elementos:

- Revisión de las hojas de respuesta de los instrumentos de investigación para comprobar que no se encuentren incompletos.
- Elaboración de bases de datos en EXCEL para su análisis
- Elaboración de cuadros y gráficas.

IMPLICACIONES ÉTICAS

Los sujetos de estudio son humanos, pero los métodos del estudio no implican daños para su salud, ya que no son métodos invasivos y no implican riesgo alguno.

Atendiendo a los lineamientos de investigación que se realiza con seres humanos indicados en la Declaración de Helsinki, se solicitó el consentimiento válidamente informado a cada uno de los estudiantes y se garantiza el anonimato y la confidencialidad de la información proporcionada en el instrumento de investigación que se aplicó.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Fueron evaluados 27 egresados, pasantes en servicio social de la Licenciatura en Nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, EL 96% de ellos corresponde al género femenino.

La edad promedio de los participantes fue de 22.2 ± 0.85 años (IC95%). La edad mínima registrada fue de 21 años y la máxima de 25. Estos datos corresponden a una población joven y homogénea con respecto a la edad, prevaleciendo el género femenino. (Cuadro 1)

CUADRO No. 1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE ACUERDO A EDAD Y GÉNERO, FACULTAD DE MEDICINA, LIC. EN NUTRICIÓN, 2012

	EDAD (AÑOS)				
	21	22	23	24	25
MUJER	4	15	16	-	1
HOMBRE	-	-	1	-	-
TOTAL	4	15	17	-	1

27

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De los 27 participantes en este estudio, el 41% (11) presenta una caracterización de la relación nutriólogo-paciente basada en el modelo informativo. Esto denota que la mayoría de los encuestados, tienden a ser agentes comerciales, como se establece en la definición operacional; la atención nutricional se establece cuando el paciente es un consumista de la nutrición, la relación se limita a otorgar la atención nutricional al establecer el tratamiento dieto terapéutico donde se firma un contrato de mutuo acuerdo esto sujeto a la economía de mercado, al ser una población homogénea y dado que el 100% se encuentra realizando su servicio social esto refiere que carecen de experiencia profesional centrándose más en la teoría, como un arma para informar al paciente.

Los pasantes al presentar carencias en su experiencia laboral, otorgan la atención nutricional con todos los conocimientos teóricos adquiridos en la formación académica.

El 37% (10) de la población estudiada, tiene una relación nutriólogo-paciente basada en el modelo paternalista. Este modelo establecido como el modelo “ideal” desde los tiempos de Hipócrates, donde el personal de la salud tiene la razón y la jerarquía para tomar la decisión del tratamiento y hacer que el paciente se apegue a lo establecido, en estos tiempos aun se sigue dando este tipo de modelo en esta relación con el paciente, ⁽³⁴⁾ sin embargo no es lo óptimo, ya que actualmente hay un paciente más informado, los pacientes ya no se quedan conformes con esta relación. Y bióticamente no es la adecuada. Se observa que la diferencia con respecto al modelo prevalente (informativo) es sólo un sujeto de estudio. La relevancia de esto consiste en que son los modelos más predominantes en diferentes estudios de investigación en áreas de la salud. ^(12,14, 17-20)

Los resultados anteriores contrastan con datos de la literatura, que muestra que el modelo que predomina en el personal de salud es el paternalista. ⁽³⁰⁾ Teniendo en cuenta que la mayoría de los estudios son realizados en médicos, se pueden extrapolar si se considera que el nutriólogo es parte del equipo de salud.

El 15% (4) se ubica en un modelo deliberativo. Aquí se indica una relación de colaboración y de acuerdo recíproco sobre cuestiones de la atención a la salud nutricional, en donde, tanto el nutriólogo como el paciente asumen la tarea conjuntamente de tomar decisiones respetando la integridad de la persona.

Finalmente el 7% (2) de los participantes tiende al modelo instrumental. En este modelo se caracteriza por el carácter científico del nutriólogo demostrando interés en el paciente como si fuera un “caso”. A pesar de ser el modelo menos prevalente, es necesario subrayar que los dos pasantes que lo refieren, tenderán a ignorar completamente los aspectos humanos de la relación con el paciente, dificultando probablemente el apego al tratamiento nutricional y la vigilancia terapéutica. (Cuadro 2)

CUADRO No. 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE ACUERDO A MODELOS DE RELACIÓN NUTRIÓLOGO-PACIENTE, FACULTAD DE MEDICINA, LIC. EN NUTRICIÓN 2012.

Modelo	n	%
Informativo	11	41
Paternalista	10	37
Deliberativo	4	15
Instrumental	2	7
Total	27	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Para continuar con la descripción de la relación nutriólogo-paciente reportada por esta población, se considera la descripción de sus *niveles*; según el grado de participación (Szasz y Hollender):

De los 27 encuestados el 74% (20) presenta el dominio del *nivel 3*, caracterizado por que la participación nutriólogo-paciente es mutua y recíproca, la toma de decisiones y la habilidad de comunicar es tarea de ambos en dicha relación.

El 26% (7) presentan características de la relación nutriólogo-paciente del *nivel 2*. En el que se presenta por una parte la dirección del nutriólogo, y por otra la cooperación del paciente. La toma de decisiones es tarea del nutriólogo.

Ningún encuestado manifiesta tener características del *nivel 1 de la relación* nutriólogo-paciente. (Cuadro 3)

CUADRO No. 3

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE ACUERDO AL GRADO DE PARTICIPACION DE LA RELACION NUTRIÓLOGO-PACIENTE, FACULTAD DE MEDICINA, LIC. EN NUTRICION 2012.

<i>Niveles</i>	Participantes	Porcentaje
<i>Nivel 3</i>	20	74%
<i>Nivel 2</i>	7	26%
<i>Nivel 1</i>	Ninguno	-

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Con respecto a las fases de la relación nutriólogo-paciente (Von Gebattel), el 56% de la población en estudio manifiesta un predominio por la fase de personalización, esto es que ya realizado el diagnóstico y establecido el plan terapéutico nutricional, el nutriólogo se relaciona con su paciente considerándolo de su propiedad y responsabilidad. El nutriólogo toma en cuenta la idiosincrasia del paciente. En dicha fase la comunicación es primordial.

El 37% (10) manifiesta pertenecer a la fase de objetivación, centrando su interés en el proceso patológico del paciente y delegando a segundo término la relación interpersonal. El paciente se vuelve un objeto de estudio y no una persona. En este grupo de nutriólogos prevalece el abordaje científico de la necesidad del paciente, minimizando la comprensión y consideración de ámbitos sociales y antropológicos del proceso salud- enfermedad.

Solo el 7% (2) se ubicó en la fase de llamada, en la cual la relación nutriólogo-paciente se da casi exclusivamente como respuesta inmediata a necesidades urgentes mediante orientación y tratamiento nutricional. (Cuadro 4)

CUADRO No. 4

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE ACUERDO A LAS FASES DE LA RELACIÓN NUTRIÓLOGO-PACIENTE, FACULTAD DE MEDICINA, LIC. EN NUTRICIÓN 2012.

Fase	n	%
De Personalización	15	56
De Objetivación	10	37
De Llamada	2	7

Fuente: instrumento de recolección de datos

La complejidad de la descripción de los componentes de la relación nutriólogo-paciente, merece la caracterización de cada uno de ellos con base en sus modelos y niveles, niveles y fases y modelos y fases, interpretaciones conjuntas que a continuación se describen:

De los 27 participantes en el estudio, el 22% manifiesta pertenecer al modelo paternalista y al mismo tiempo estar en el *nivel 3*. Esto manifiesta que el nutriólogo es quien tiene la autonomía en la toma de decisiones, siempre como experto, resultando positivo que dicho resultado con respecto al modelo paternalista, es cruzado en estos sujetos de estudio con una predisposición al *nivel 3* de la relación: donde hay una participación recíproca de ambos participantes.

De los egresados bajo el modelo instrumental, el 100% de ellos se ubicó en el *nivel 3*; esta situación disminuye probablemente el impacto negativo del modelo instrumental debido a la importancia que recae en la participación mutua y recíproca tanto del nutriólogo como del paciente.

El 36% (10) del total de la población se ubica dentro del modelo informativo y al mismo tiempo en el *nivel 3* de la relación nutriólogo-paciente. Es decir, que a pesar de que consideran que el nutriólogo es un agente comercial y el paciente es un consumista de la nutrición, y de que se limita la naturaleza de la

relación, la relación nutriólogo-paciente tiene una participación mutua y recíproca.

Finalmente el 8% (2) presentan un modelo deliberativo y al mismo tiempo el *nivel 3* de la relación nutriólogo-paciente. Cabe destacar el bajo porcentaje de pasantes con ambas características al mismo tiempo en cuanto a la percepción de la naturaleza de la relación nutriólogo-paciente, ya que en esta combinación se establece una relación de colaboración y de acuerdo recíproco en la atención nutricional, denotando la responsabilidad tanto del nutriólogo como del paciente en su vigilancia, atención, y tratamiento nutricional.

Considerando a los pasantes que se encuentran en el modelo deliberativo y al mismo tiempo en el *nivel 2* de la relación nutriólogo-paciente, se encuentra que el 4% (1) considera que tomar decisiones relacionadas con la salud nutricional es tarea tanto del nutriólogo como del paciente presentándose por una parte la dirección del nutriólogo y por otra la cooperación del paciente; es decir, el tratamiento funcionará siempre y cuando sea el correcto y el paciente se apegue a él. (Ver cuadro 5)

CUADRO No. 5
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE ACUERDO A LOS
MODELOS Y NIVELES DE LA RELACIÓN NUTRIÓLOGO-PACIENTE,
FACULTAD DE MEDICINA, LIC. EN NUTRICIÓN 2012.

	<i>Nivel 1 % (n)</i>	<i>Nivel 2 % (n)</i>	<i>Nivel 3 % (n)</i>
Modelo paternalista	-	15% (4)	22% (6)
Modelo instrumental	-	-	11% (3)
Modelo informativo	-	4% (1)	36% (10)
Modelo deliberativo	-	4% (1)	8% (2)

Fuente: Instrumento de recolección de datos

De la misma manera, el 7% (2) de los pasantes que manifestaron pertenecer al modelo paternalista se ubica al mismo tiempo en la fase de llamada, es decir, a pesar de tener actitud paternalista en un 37%, una mínima parte de ellos se considera nutriólogo que solo responderá al paciente en momentos de dolencia o enfermedad.

El 11% (3) de los pasantes se ubican en el modelo paternalista y al mismo tiempo en la fase de objetivación, dentro de esta minoría coincide que tanto el modelo como la fase tienen ciertas características afines; donde el nutriólogo es quien toma decisiones determinando el tratamiento dietético, la atención es meramente entre profesional y paciente como un objeto de estudio, y el 15% (4) son también paternalistas y al mismo tiempo se ubican en la fase de personalización. Estos 4 sujetos manifiestan tener una combinación que a pesar de ser paternalista consideran al paciente como persona enferma bajo sus cuidados y su vigilancia nutricional.

Finalmente el 15% (4) de los egresados bajo un modelo instrumental se ubican al mismo tiempo en la fase de personalización. Esta característica, manifiesta que a pesar de que el paciente es considerado como un caso, después de realizado el diagnóstico y establecido el tratamiento nutricional, el nutriólogo lo considera finalmente como una persona.

El 11% (3) de los egresados cae dentro del modelo informativo y la fase de objetivación, dentro de este estrato se cruzan características donde el nutriólogo es un agente comercial quien tiene la autonomía absoluta para la toma de decisiones y respecto a la fase de objetivación el paciente es considerado un "caso clínico" y el 26% (7) en este mismo modelo, pero en la fase de personalización. Las características de estos 3 sujetos indican que a pesar de ser vistos como agentes comerciales, ellos también consideran al paciente como una persona y "su" paciente y no solo como un consumidor de la nutrición. Así por parte del nutriólogo la relación es más estrecha. Estas características describen a la atención nutricional privada donde el paciente recurre al nutriólogo como un consumidor de la nutrición, sin embargo, hay una relación interpersonal como se describe en la fase de personalización.

Finalmente el 7% (2) de los egresados se ubican en el modelo deliberativo y al mismo tiempo en la fase de objetivación. Es contradictorio esta minoría de sujetos, pues dentro de las características del modelo se determina que la toma de decisiones es tarea de ambos habiendo una participación mutua, sin embargo, con respecto a la fase se denota que el nutriólogo solo se centra en el

paciente como un “caso”, no hay participación mutua en la comunicación y toma de decisiones.

El mismo porcentaje 7% (2), se ubica en el modelo deliberativo, pero en la fase de personalización en la relación nutriólogo-paciente.

Esta ultima combinación (modelo deliberativo y al mismo tiempo fase de personalización) pudiera ser considerada como la más adecuada en el momento del inicio de la relación nutriólogo-paciente, ya que por una parte se trata de una relación de colaboración y acuerdo recíproco, respetando la integridad de la persona, y por otra la relación es de persona a persona con la adopción del paciente por parte del nutriólogo en el diagnóstico y en el tratamiento establecidos. (Cuadro 6)

CUADRO No. 6
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE ACUERDO A LOS
MODELOS Y FASES LA RELACIÓN NUTRIÓLOGO-PACIENTE, FACULTAD
DE MEDICINA, LIC. EN NUTRICIÓN 2012.

	Fase de llamada %(n)	Fase de objetivación % (n)	Fase de personalización % (n)
Modelo paternalista	7% (2)	11% (3)	15% (4)
Modelo instrumental	-	-	15% (4)
Modelo informativo	-	11% (3)	26% (7)
Modelo deliberativo	-	7% (2)	7% (2)

Fuente: instrumento de recolección de datos

Respecto a la combinación de *niveles* con fases de la relación nutriólogo paciente: El 41% (11) se encuentra en el *nivel 3* de esta relación con predominio fase de personalización de la misma, esto indica que los 11 sujetos con respecto a sus características de la relación con su paciente, tanto en el nivel como en la fase el nutriólogo se relaciona con una persona, hay participación mutua y toma de decisiones por parte de ambos.

El 30% cae dentro del *nivel 3*, pero en la fase de objetivación, esta relación indica que para *el nivel* las características son de participación mutua; mientras que para la fase el nutriólogo es quien toma las decisiones y ve al paciente como objeto de estudio, por lo que es contradictorio.

El 15% (4) se encuentran en el *nivel 2* y en la fase de personalización, dentro de esta combinación de relación se presentan características afines pues el nutriólogo es quien dirige y toma las decisiones, el paciente coopera y es al mismo tiempo es visto como una persona y no solo un “caso”.

El 7% (2) se ubica en *el nivel 2* fase de objetivación, aquí el paciente si es visto como un “caso” centrándose en el proceso patológico el nutriólogo es quien dirige y el paciente coopera.

Y finalmente el 4% (1) manifiesta pertenecer al *nivel 2* y a la fase de llamada. Donde la relación es meramente profesional dando respuesta el nutriólogo a la llamada del paciente en situaciones de emergencia mediante el tratamiento nutricional más oportuno, de parte del paciente hay cooperación dejando de lado consideraciones personales. Es positivo que solo 1 sujeto presente esta predisposición. (Cuadro 7)

CUADRO No. 7

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE ACUERDO A LOS NIVELES Y FASES DE LA RELACIÓN NUTRIÓLOGO-PACIENTE, FACULTAD DE MEDICINA, LIC. EN NUTRICIÓN 2012.

	Fase de llamada	Fase de objetivación	Fase de personalización
<i>Nivel 1</i>	-	-	-
<i>Nivel 2</i>	3.7% (1)	7.40% (2)	14.9% (4)
<i>Nivel 3</i>	3.7% (1)	29.6% (8)	40.7% (11)

Fuente: Instrumento de recolección de datos

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A pesar de la transformación que el profesional de la salud ha ido experimentado a lo largo del tiempo en su relación con el paciente, donde antiguamente predominaba un modelo paternalista, y la transición indica una relación recientemente más tecnificada y de información al alcance de todos^(30-33,36); los datos obtenidos en este estudio manifestaron que se sigue presentando afinidad en los profesionales de la salud, como es el caso de los nutriólogos; por el modelo paternalista⁽³⁷⁾, con un sujeto de diferencia al informativo, estos resultados respecto al tema de bioética son un tanto alarmantes debido a la falta de consideración de aspectos humanos, autonomía y toma de decisiones en ambos participantes. Al analizar los otros puntos importantes en la caracterización de la relación nutriólogo-paciente como son los *niveles* y fases; se encuentra que el nutriólogo según el grado de participación e interacción con el paciente, al haber mayor predisposición por el *nivel 3* y por la fase de personalización; se podría inferir que esta muestra en estudio tienen una adecuada interacción y una buena relación con el paciente respecto a la cooperación mutua y a la consideración de los valores del mismo.

Un análisis realizado en Chile ⁽³⁶⁾ refirió mediante un instrumento de investigación la autonomía del paciente en los modelos de la relación, sin embargo no incluyeron niveles ni fases, para el modelo de relación ideal, cabe destacar no predominante en ese estudio, utilizaron el concepto de “alianza”, tal como lo han hecho los especialistas en bioética de la Universidad de Georgetown ⁽³⁸⁾. Este tipo de modelo de “alianza”, siendo el modelo deliberativo en el presente estudio, es el más adecuado por esta relación de cooperación, comunicación, autonomía y toma de decisiones de ambas partes. Se ha propuesto que el nutriólogo debe atender al paciente con beneficencia, haciéndolo participar en la toma de decisiones ⁽³⁹⁾. Por ello, debe explicarle al paciente su diagnóstico y tratamiento, esperando su consentimiento informado, permitiendo que el paciente viva el proceso de su enfermedad con mayor serenidad y confianza. ⁽¹²⁻¹⁴⁾ Solo el 15% tuvo predisposición por este modelo.

Existen pocos estudios de investigación científica relacionados a alumnos de la licenciatura en nutrición o al seguimiento de egresados desde un punto de vista

de la bioética. Por lo que es un poco problemático comparar resultados con otros estudios exclusivamente realizados con licenciados en nutrición, recurriendo a estudios de áreas afines.

La reflexión sobre los nuevos estudios seguramente permitirá humanizar la relación nutriólogo-paciente en los aspectos que se detecten más débiles.

El presente estudio describe la caracterización de la relación nutriólogo-paciente. Sin embargo, sus resultados también indican la necesidad de proseguir esta línea de investigación, con una muestra masiva y representativa de nutriólogos, que permita realizar distinciones según la edad, género, especialidad y lugar de práctica profesional entre otras variables, dando cuenta de la diversidad y complejidad de la profesión actual.

CONCLUSIONES

La mayoría de los alumnos en servicio social de la Licenciatura en Nutrición, de la Facultad de Medicina, de la UAEM; respecto a los modelos: presenta inclinación por el modelo informativo (41%), y por un sujeto de diferencia por el paternalista (37%) (Modelo predominante en diferentes estudios realizados en alumnos y profesionales de la salud)^(12-16, 30,36-37), infiriendo que el nutriólogo ve al paciente como un conjunto de órganos y sistemas “caso clínico” y no como una persona, el nutriólogo como actor principal en dicha relación por la toma de decisiones y la comunicación de la información, sumado a sólo un vínculo de mercadotecnia, desde el punto de vista del modelo informativo. Modelo deliberativo de “alianza”, el cual sería el adecuado por tratarse de características donde la toma de decisiones y la habilidad de comunicación es tarea de ambos, solo un 15% lo presentó, y poco significativo con un 7% para el modelo instrumental.

Resulta positivo (a pesar de los resultados respecto a los modelos), haber estudiado también los *niveles* y las fases de la relación nutriólogo-paciente de cada sujeto de estudio, determinando que al combinar los elementos de la relación nutriólogo paciente (modelos y niveles, modelos y fases y niveles con fases); los alumnos de servicio social de la licenciatura en nutrición, en su gran mayoría presentan características importantes para una relación de cooperación mutua, donde los dos interactúan en la toma de decisiones y esto coadyuva a un mejor seguimiento del plan nutricional por la comprensión, personalización e interacción del nutriólogo con el paciente. Cabe destacar que tanto el nivel y la fase predominante en la mayoría de los sujetos de estudio, tienen características afines que complementan la relación al haber una adecuada interacción de cooperación y una personalización nutriólogo-paciente que permite tratarlo como persona.

No en todas las escuelas de nutrición imparten alguna materia relacionada a la bioética y en aquellas donde si la imparten, se resta importancia al tema de relación nutriólogo-paciente. Se les debe dar armas a los estudiantes de la licenciatura en nutrición para que comprendan la importancia de la relación

nutriólogo.-paciente y así estar más preparados y sensibilizados para su ejercicio profesional.

La currícula de la licenciatura en nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, privilegian el conocimiento técnico-científico sobre las habilidades sociales, esta perspectiva ha demostrado ser obsoleta, pues las competencias requeridas hoy por los nutriólogos, van más allá del simple conocimiento técnico y científico, se necesita la comprensión de las dimensiones humanas de la relación nutriólogo-paciente.

Para que un modelo, *nivel* o fase de la relación nutriólogo-paciente se acerque más a una relación de equilibrio entre la confianza que el paciente otorga al nutriólogo tratante y su capacidad de tomar decisiones tras haber sido informado, ha de proveer las bases para que se establezca un diálogo entre el nutriólogo y el paciente y una relación de mutua confianza, desinteresada. El tomar decisiones es tarea de ambos, nutriólogo y paciente, respetando siempre la integridad de la persona. El nutriólogo toma decisiones por y con el paciente, no en lugar del paciente. ⁽¹⁴⁾

SUGERENCIAS

Incluir en la matrícula de la Licenciatura en Nutrición de la Facultad de Medicina de la UAEM y escuelas de Nutrición; más materias o módulos relacionados con la bioética teórica y práctica, entre los módulos destacar la relación nutriólogo-paciente, esto con el fin de formar alumnos, que para enfrentar la vida profesional, tengan las armas éticas en su relación con el paciente, para crear una relación de cooperación y participación mutua que coadyuve al éxito de la atención y tratamiento nutricional.

Que los alumnos y profesionistas sigan la línea de investigación en aspectos bioéticos en los diferentes campos de acción del nutriólogo, no sólo la clínica. Esto con el objetivo de tener comparativos, ya que existen escasos estudios en dicho tema y sobre todo en nutrición, y esto ayudará a crear conciencia en la relación nutriólogo-paciente, fundamentada en estudios científicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. López J, García Ligia, Benítez A, Ortiz M, Álvarez M, Iturbide I, García A, Corona A, Castillo A, Barquín C, Libián Y, Palacios M, Boullosa C. Licenciatura en Nutrición Currículum 2003. UAEM Facultad de Medicina. 2007: 15-32.
2. AMMFEN. Asociación Mexicana de Miembros de Facultades y Escuelas de Nutrición. <http://www.ammfen.org.mx/>
3. Rodríguez A, Reynaga M. "Enseñanza de la Bioética en Escuelas de Nutrición". Guanajuato, 2011: 447-55.
4. Tello A. El Nutriólogo y su campo laboral. Guadalajara. Gaceta Universitaria. 2001: 11.
5. Romero H, Preciado R, Elton J, Salazar M, García T y Hall R. Reflexiones desde la bioética sobre la nutriología en México. Querétaro, 2008; 9(1)
6. Marchi P, Bioética y Nutrición. Consideraciones de interés para la formación de profesionales de la Nutrición. Paraguay. 2007: 6-14.
7. Dolcini H, Yansenson J. Ética y bioética para el equipo de salud. Buenos Aires, Akadia: 2004: 42.
8. Garza R. Bioética la toma de decisiones en situaciones difíciles. México D.F. Editorial Trillas. 1era edición, 2000: 103-06.
9. Pérez A, Visaillet E, Carnot J, Orgel J. La relación médico-paciente en el sistema nacional de salud. Cuba, La Habana, 2003; 19(6).
10. Mendoza E. Bioética, Nutrición y Enfermo Hospitalario. Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle, 2009; 31(8): 51-67.
11. Araujo M. Bioética en nutrición clínica Ciencia y Sociedad. República Dominicana, 2001; 16(1): 23-35.
12. Rodríguez H. La relación médico-paciente. La Habana; Rev. Cubana Salud Pública, 2006.
13. Colegio de Nutriólogos 2007. Código de Ética Profesional del Colegio de Nutriólogos en México. Disponible en: http://www.cmn.org.mx/documents/Codigo_de_etica.pdf

14. Sogi C, Zavala S, Oliveros M, Salcedo C, Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. Lima, 2006: 30-7.
15. Jinich H. El paciente y su médico. México D.F. Editorial Manual Moderno, 2da edición. 2002: 11-19.
16. Motilla M, Sánchez-Oro R, Curiel O, Rodríguez B, López Gil, López, F. ¿Qué cualidades valoran más los Pacientes de su Médico de Familia? Revista Clínica de Medicina de Familia, 2009; 6(2): 263-68.
17. González M, Kraftchenko O. La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. Cuba, 2003; 17(1):39-44.
18. Rodríguez M. La relación médico-paciente. Ed. Ciencias Médicas. La Habana, 2008; 7:1,6-7,38-40.
19. Tena C, Hernández F. La comunicación humana en la relación médico-paciente. Mexico D.F. Editorial Prado, 1era. Edición , 2005: 319-36
20. Banerjee A, Sanyal D. Dynamics of doctor–patient relationship: A cross-sectional study on concordance, trust, and patient enablement. La India, 2012; 19(1): 12-9.
21. C. Hernández F. La comunicación humana en la relación Médico-Paciente. México D.F: Editorial Prado, 2005: 183.
22. Wingart SN, Pagovich O, Sands DZ, Li JM, Aronson MD, Davis RB. Patient-reported service quality on a medicine unit. Int J Qual Health Care 2006; 18(2):95-101.
23. González A, Chávez. A, García R, González, A. Orozco I, Sandoval I. Relación médico-paciente: la perspectiva de los usuarios de un hospital escuela. Guadalajara, 2004; 3(6), 188-93.
24. Mingote A, Moreno B, Rodríguez R, Gálvez M, Ruiz P. Validación psicométrica de la versión Española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P) Madrid, 2008:1-7.
25. Hojat M, Gonella J, Nasca T, Mansiones Vergare M. Physician Empathy: definition components, measurement and the relationship to gender and specialty. IS J Psychiatry, 2002:1563-9.
26. Loureiro J, Gonçalves-Pereira M, Trancas B, Caldas-de-Almeida JM, Castro-Caldas A. [Empathy in the doctor-patient relationship as viewed by first-year

- medical students: data on validity and sensibility to change of the Jefferson Measure in Portugal]. 2011: 431-42
27. Gajardo-Ugas, A, Lavados-Montes, C. El proceso comunicativo en la relación médico-paciente terminal. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal Persona y Bioética. 2010; 1(14): 48-5
 28. NOM-043-SSA2-2005. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.
 29. Alaszewski A, Horlick-Jones T. How can doctors communicate information about risk more effectively? 2003; 327: 728-31.
 30. Bascuñán R, M Luz. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. Santiago, Chile. Revista Médica de Chile, 2005; 133(1): 11-6.
 31. Facchini M. Cambio de conductas en tratamientos de larga duración relación médico-paciente. Buenos Aires, 2004: 550-54.
 32. Beca J, Browne F, Valdebenito C, Bataszew A, Martínez M. Relación estudiante-enfermo: Visión del paciente. Santiago-Chile. 2006: 955-59.
 33. Sánchez J, Cacho J, Hernández G, Campos E, Tena C. Estudio exploratorio de los conocimientos sobre ética normativa y comunicación en los aspirantes a residencias médicas. México D.F, 2007; 75(003): 191-200.
 34. Gómez G, Moore P, Araos E. "Co-docencia para el aprendizaje de la entrevista médica": un apoyo "in situ" para docentes clínicos en la enseñanza de competencias comunicacionales en pre grado. Chile, 2012; 140(3): 396-403.
 35. Acosta J. Responsabilidad y solidaridad en las relaciones sanitarias en Cuba. La Habana, Cuba, 2006; 32(4): 2-18
 36. Rodríguez A, Mardones F, Villaroel L. Relación médico-paciente en algunos campos clínicos de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. Rev Med Chile, 2012; 140: 176-183.
 37. Broggi M. Gestión de los valores «ocultos» en la relación clínica. Barcelona. España. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, 2003;121(18):705-9.
 38. Beauchamp T, Childress J. Paternalism: conflict between beneficence and autonomy. New York: Oxford University Press. Principles of Biomedical Ethics. 5th Ed, 2001: 176-91.

39. Carvallo A. Médicos y profesionalismo. Pacientes e información. Santiago de Chile. Rev Méd Chile, 2005; 133: 253-258.

ANEXO # 1

CUESTIONARIO DE RELACIÓN NUTRIÓLOGO-PACIENTE

La encuesta forma parte de un estudio sobre la relación nutriólogo-paciente y va dirigida a los estudiantes de la Licenciatura en Nutrición, por lo que es importante su opinión. Las respuestas son confidenciales. Marque con una X el casillero que considere pertinente en cada una de los enunciados.

Muy agradecidos por su colaboración.

Datos generales

Fecha: _____

1. No. de cuenta: _____
2. Licenciatura: _____
3. Edad: _____
4. Sexo: Femenino () Masculino ()
5. Periodo que cursas actualmente _____

No.	Ítem	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	Paternalista					
6	El nutriólogo debe entregar al paciente la información necesaria sobre su enfermedad y tratamiento, incluyendo riesgos y beneficios posibles					
7	El paciente ve al nutriólogo como un experto para tratar su enfermedad					
8	Lo espiritual fortalece y compromete mucho más el profesionalismo del nutriólogo					
9	Hoy la nutriología está más centrada en generar ganancias como si fuera un negocio que en atender las necesidades del paciente					
10	El nutriólogo debe considerar las consecuencias legales antes de atender a un paciente en una situación de urgencia					
11	El paciente debe seguir estrictamente las instrucciones del nutriólogo					
	Instrumental					
12	La tecnología y los avances científicos aseguran el éxito del trabajo del nutriólogo					

No.	Ítem	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
14	El nutriólogo debe proporcionar los detalles de las posibles alternativas de tratamiento, pero es el paciente quien debe decidir					
15	La comunicación en la relación entre el nutriólogo y el paciente debe caracterizarse por ser positiva y esperanzadora					
16	El paciente que puede pagar recibe mejor atención de salud					
17	La nutriología es una ciencia, por eso lo religioso es innecesario					
	Informativo					
18	El nutriólogo sabe más que el paciente sobre su enfermedad					
19	La mayor información disponible sobre enfermedades y tratamientos nutricionales, favorece el respeto de los derechos del paciente y el cumplimiento de los deberes del nutriólogo					
20	El nutriólogo tiene que saber escuchar activamente y acoger las inquietudes del paciente					
21	El paciente debería asesorarse con un abogado cuando está insatisfecho con la atención del nutriólogo					
22	El nutriólogo interroga al paciente únicamente para tomar en cuenta el diagnóstico y proponer un tratamiento					
23	La relación entre el nutriólogo y el paciente es similar a la relación entre un agente de ventas y un comprador o cliente					
24	El nutriólogo requiere manejar adecuadamente la comunicación no verbal (gestos, silencio, entre otros) en su interacción con el paciente					
25	Dios es el responsable de dar la vida al ser humano					
26	El nutriólogo debe adquirir un seguro como protección ante posibles demandas					
27	El conocimiento que el paciente tiene de sí mismo, le permite tomar buenas decisiones con su nutriólogo sobre el tratamiento de su enfermedad					
28	El paciente tiene derecho a que se le explique su enfermedad y tratamiento en un lenguaje adaptado a su condición sociocultural y anímica					

No.	Ítem	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	Deliberativo					
30	El nutriólogo tiene que manejar sus emociones, incluso en situaciones extremas, para comunicarse clara y objetivamente con el paciente					
31	Es más importante en el trabajo del nutriólogo, el tratamiento y diagnóstico de la enfermedad, que poner atención a los problemas personales del paciente					
32	El nutriólogo ve al paciente como alguien que necesita ayuda					
33	En la consulta, el nutriólogo pone más interés en los exámenes que en escuchar activamente la vivencia de la enfermedad del paciente					
34	El paciente ve a su nutriólogo, por su profesión y lo que sabe, como una autoridad					
	Nivel 1					
35	El tratamiento se debe llevar a cabo aún en contra de la voluntad del paciente					
36	El paciente debe obedecer las indicaciones del nutriólogo y adoptar un rol pasivo					
37	Solo la opinión del nutriólogo es indispensable para valorar el estado de salud nutricional del paciente					
38	El nutriólogo debe llevar a cabo acciones sin consultar al paciente					
39	El rol del paciente debe ser pasivo y debe limitarse a cumplir las recomendaciones del nutriólogo					
40	Se le debe decir al paciente que las decisiones que toma el nutriólogo son por su bienestar					
41	La comunicación con el paciente es solo para obtener información y cumplir las funciones del nutriólogo.					
	Nivel 2					
42	Utilizo palabras comprensibles que proporcionan información sobre el tratamiento, pero yo soy quien decida					
43	Me cercio que la información que le doy a mi paciente haya quedado clara					
44	Utilizo palabras que entienda el paciente al proporcionar información sobre su tratamiento					
45	Presiono al paciente para determinado procedimiento diagnóstico o terapéutico.					

No.	Ítem	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
47	Para que un tratamiento nutricional funciones no es necesario que el paciente lo conozca					
Nivel 3						
48	Considero al paciente como un participante activo en la toma de decisiones.					
49	Me esfuerzo para que mi paciente comprenda las indicaciones que le doy.					
50	Llevo a cabo el tratamiento adecuado sólo con la aprobación del paciente					
51	Al tomar en cuenta los progresos científicos y tecnológicos me alejo del paciente					
52	Permito que el paciente decida asumiendo mi responsabilidad.					
53	Tomo en cuenta la opinión del paciente para establecer un tratamiento nutricional.					
Fase de llamada						
54	Notifico al paciente sobre las consecuencias del tratamiento que esta por recibir.					
55	Ofrezco esperanza aún cuando no haya mucho que hacer por el paciente.					
56	Percibo a mi paciente preocupado, ansioso y sensible.					
57	Utilizo la comunicación para que el paciente se sienta escuchado					
58	Incursiono únicamente en el aspecto biológico del paciente					
59	Me muestro indiferente con los datos que me proporciona el paciente					
Fase de objetivación						
60	Mis conocimientos teóricos son indispensables en el momento de establecer el diagnostico y el tratamiento de los pacientes.					
61	Ofrezco cuidado, atención y respeto a mi paciente.					
62	Analizo los antecedentes del paciente para realizar el diagnostico					
63	Aplico en tratamiento al paciente para ver cuál es su reacción a dicho tratamiento					
64	Experimentar con el paciente es parte de mi consulta diaria					
Fase de personalización						
65	Espero que el paciente siga el tratamiento nutricio participativamente					

No.	Ítem	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
67	Toda decisión que tomo la establezco pensando en mejorar la calidad de vida del paciente.					
68	Establecer una relación estrecha con mi paciente mejora su estado de salud.					
69	Generar un ambiente de confianza con mi paciente permite el éxito del tratamiento nutricional.					
70	Hablar cariñosamente al paciente hace que el me tenga confianza.					
71	Indago sobre aspectos psicológicos y sociales para tener una idea más clara del origen de la enfermedad del paciente					
72	Al usar indiscriminadamente la tecnología, la comunicación con el paciente se vuelve deficiente					