

Educación Alimentaria y Nutricional en el marco de la Educación para la Salud



AUTORES

Luisa Saravia Makowski
Isabel Carmona Garcés
Mariano Fernández
Ana Ibañez
Ana Laura Meroni
Vanessa Miguel
María del Huerto Nari
María Elena Ongay
Jaqueline Panvini de Rubín
Griselda Rodríguez

Educación Alimentaria y Nutricional en el marco de la Educación para la Salud
1a ed. - Iniciativa Latinoamericana de Libros de Texto Abiertos (LATIn), 2014. 165 pag.

Primera Edición: Marzo 2014

Iniciativa Latinoamericana de Libros de Texto Abiertos (LATIn)

<http://www.proyectolatin.org/>



Los textos de este libro se distribuyen bajo una licencia Reconocimiento-CompartirIgual 3.0 Unported (CC BY-SA 3.0) http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/deed.es_ES

Esta licencia permite:

Compartir: copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.

Adaptar: remezclar, transformar y crear a partir del material para cualquier finalidad.

Siempre que se cumplan las siguientes condiciones:



Reconocimiento. Debe reconocer adecuadamente la autoría, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de una manera que sugiera que tiene el apoyo del licenciador o lo recibe por el uso que hace.



CompartirIgual — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, deberá difundir sus contribuciones bajo **la misma licencia que el original**.

Las figuras e ilustraciones que aparecen en el libro son de autoría de los respectivos autores. De aquellas figuras o ilustraciones que no son realizadas por los autores, se coloca la referencia respectiva.



Este texto forma parte de la Iniciativa Latinoamericana de Libros de Texto abiertos (LATIn), proyecto financiado por la Unión Europea en el marco de su Programa ALFA III EuropeAid.

El Proyecto LATIn está conformado por: Escuela Superior Politécnica del Litoral, Ecuador (ESPOL); Universidad Autónoma de Aguascalientes, México (UAA), Universidad Católica de San Pablo, Perú (UCSP); Universidade Presbiteriana Mackenzie, Brasil (UPM); Universidad de la República, Uruguay (UdelaR); Universidad Nacional de Rosario, Argentina (UR); Universidad Central de Venezuela, Venezuela (UCV), Universidad Austral de Chile, Chile (UACH), Universidad del Cauca, Colombia (UNICAUCA), Katholieke Universiteit Leuven, Bélgica (KUL), Universidad de Alcalá, España (UAH), Université Paul Sabatier, Francia (UPS).

Índice general

1	El nutricionista dietista como educador	9
1.1	Educación	9
1.2	Educación para la salud	10
1.3	Educación alimentaria y nutricional	11
2	Buenas prácticas en ICEAN	15
2.1	Introducción	15
2.2	Definición, Propósito y Características de la Información, Comunicación y Educación Alimentario Nutricional (ICEAN)	16
2.3	La ICEAN en América Latina	16
3	La planificación educativa	21
4	Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y la Salud	29
4.1	TIC y las Herramientas de la Web 2.0	29
4.2	TIC y la Información en Salud	32
4.3	eSalud y eLearning	33
5	Diseño y gestión de proyectos de EAN	37
5.1	Introducción	37
5.2	Las instituciones y las Organizaciones y su relación con los proyectos	38
5.3	Factores determinantes del resultado de los proyectos	38
5.4	Etapas de la Programación	39
5.4.1	Diseño del Proyecto	40
5.4.2	Ejecución	54
5.4.3	Evaluación	56
5.5	Preguntas útiles para chequear la correcta formulación del proyecto	60
5.6	Bibliografía	61

6	Modelos de comportamiento en salud y cambio de comportamiento	63
6.1	El Modelo de Creencias en Salud	63
6.2	El Modelo PRECEDE	66
6.3	Modelo basado en la Política Económica	67
6.4	Modelo Pragmático	68
6.5	Modelo de etapas del cambio o modelo transteórico del cambio	70
6.6	Teoría del Aprendizaje Social o Teoría Cognitiva Social	71
6.7	Teoría de acción razonada	72
7	La entrevista en la práctica profesional del nutricionista	75
7.1	Introducción	75
7.2	Consulta, Anamnesis y Entrevista	76
7.3	La entrevista en la práctica profesional del nutricionista	77
7.3.1	Campo en la entrevista	77
7.3.2	Encuadre	79
7.4	La relación interpersonal entre nutricionista y usuario	80
7.4.1	Proceso de comunicación	80
7.4.2	Transferencia	84
7.4.3	Contratransferencia	86
7.4.4	Distancia Óptima	86
7.4.5	Ansiedad	89
7.4.6	Tipos de Entrevista	90
7.4.7	Planificación de la entrevista	96
7.4.8	Desarrollo de la entrevista	99
8	Consejería Nutricional	103
9	Adherencia a los tratamientos nutricionales	111
9.1	Introducción	111
9.2	Estado de situación	112
9.3	Relevancia de la Temática	114
9.4	Concepto de adherencia	115
9.5	Factores determinantes de la adherencia terapéutica	117
9.5.1	Socioeconómico y demográficos	118
9.5.2	Relativos al sistema de salud y el equipo de salud	120
9.5.3	Características del tratamiento y la enfermedad	122
9.5.4	La red familiar y social	123
9.5.5	Factores relacionados con el paciente	126
9.6	Condiciones que favorecen la adherencia	130

10	Ética, Antropología de la Alimentación y Educación	137
10.1	Presentación	137
10.2	Somos lo que comemos	138
10.3	Ética, cultura y decisiones alimentarias	141
10.4	Alimentación, ética y “cuidado” del otro	142
10.5	Cultura alimentaria y procesos de socialización. Un trabajo de campo 144	
10.6	Algunos recursos didácticos a utilizar	144
10.7	Cuentos relacionados con la alimentación, los afectos y la transmisión de valores	145
10.8	Canciones para trabajar en grupos de estudiantes	147
10.9	Refranes y dichos populares vinculados con la alimentación	148
10.10	Referencias bibliográficas:	149
11	Capacitación de funcionarios de Servicios de Alimentación y Nu- trición	151
11.1	Introducción	151
11.2	Generalidades	152
11.3	Capacitación y Aprendizaje	152
11.4	El proceso de capacitación	154
11.5	Planificación de la capacitación	156
11.6	Etapas de la planificación	157
11.6.1	Formulación de Objetivos	157
11.6.2	Estrategias educativas	158
11.7	Ejecución de la capacitación	160
11.8	Evaluación de la capacitación	160

1 — El nutricionista dietista como educador

Isabel Cristina Carmona Garcés.

Para hablar del nutricionista dietista como educador es necesario hablar a la par de varios conceptos que ilustren por qué como profesionales de la salud tenemos el gran reto de “Educar”, contribuyendo a que individuos, grupos y poblaciones alcancen su mayor nivel de nutrición y salud.

1.1 Educación

Partamos en primer lugar del concepto de **educación**, Freire postula que *“la educación verdadera es praxis, reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo”* (1), uno de los principales objetivos de la educación es la formación de seres humanos pensantes, comprometidos con su devenir, con libertad de opinar, criticar, construir, proponer y crear (2), para este fin es necesario partir de una adecuada lectura del mundo y una mirada crítica, que implica conocer al otro, dialogar con el otro, aprender juntos, ser con el otro.

Desde la anterior mirada se vuelve fundamental partir del el conocimiento de la realidad, para lo cual se requiere como andamiaje un profesional de la salud curioso, con espíritu investigativo y con habilidades comunicativas que le posibiliten la empatía y el establecimiento de relaciones con los otros. Parafraseando a Morín para percibir a los demás y comprenderlos, se requiere de apertura, simpatía, generosidad, pues *“el otro no se percibe sólo objetivamente, sino como otro sujeto con el cual uno se identifica y que uno identifica en sí mismo, un ego alter que se vuelve alter ego”* (3) lo cual trasciende de la comprensión intelectual a la humana.

En su obra, Los siete saberes necesarios para la educación del futuro (3), Morín habla de la educación del futuro como aquella que *“..deberá ser una enseñanza primera y universal centrada en la condición humana . . .”*, por lo tanto se requiere de habilidades comunicativas y capacidad de entender una realidad compleja, para concebir al ser humano como *“Un ser biológico, síquico, social, afectivo, racional”* y entender las dimensiones históricas, económicas, sociológicas, religiosas, culturales, con el fin de lograr para sí y para los otros el conocimiento pertinente.

Bastien, citado por Morín (3) anota que *«la evolución cognitiva no se dirige hacia la elaboración de conocimientos cada vez más abstractos, sino por el contrario, hacia su contextualización. . . la contextualización es una condición esencial de la eficacia del funcionamiento cognitivo. . .»*, concepto que refuerza la responsabilidad que como nutricionistas tenemos de entender la realidad en la que vive cada individuo, grupo o población y en la que están presentes los problemas y las necesidades educativas en salud, alimentación y nutrición.

En suma, se requiere trascender el concepto de que establecer relaciones basadas en el lenguaje y el proceso comunicativo es suficiente, pues retomando a Morin, *“La comunicación no*

conlleva a la comprensión”, así mismo, y con mayor ahínco, es necesario trascender el concepto de que la educación es transmitir información, pues parafraseando el mismo autor, esta puede llevar a la comprensión intelectual y no ser suficiente. Se requiere entonces de nutricionistas que entiendan que su labor educativa se centra en la comprensión humana, en el respeto y el reconocimiento del otro, con el fin de lograr una educación pertinente.

Según la UNESCO, la educación ilumina cada etapa del camino hacia una vida mejor y tiene la capacidad de acelerar el cumplimiento de los objetivos más amplios (4), entre estos, los objetivos de desarrollo del milenio (5), muchos de los cuales tienen que ver con la salud y la nutrición, como erradicar la pobreza extrema y el hambre, reducir la mortalidad de niños menores de cinco años y mejorar la salud materna.

Desde la mirada de la UNESCO se reconoce entonces, la capacidad de la educación no sólo como camino para lograr vencer la pobreza, potenciar oportunidades de empleo y desarrollo económico, sino también como herramienta para *“hacer crecer la posibilidad de que la gente disfrute de una vida sana”*. Desde este punto de vista la educación se convierte en una oportunidad para que los profesionales de la salud aportemos no solo al logro de objetivos individuales, sino también al logro de objetivos sociales.

1.2 Educación para la salud

Adjetivar la educación para la salud, para la alimentación o para la nutrición es un poco reduccionista si se comprende que la educación en sí misma, se considera hoy como un determinante del estado de salud y un medio fundamental para mejorarla. Según la UNESCO (4), *“... existen pruebas suficientes de que la educación hace aumentar de forma constante la probabilidad de que las personas disfruten de una vida sana”*.

Lo anterior se sustenta en el poder de la educación para facilitar que las personas tengan mayor acceso a la información en salud, desarrollando la capacidad de prevenir enfermedades concretas, tener un mayor acceso y hacer un mejor uso de los servicios de salud, tener mayor control sobre sus decisiones y su proceder. Especialmente la educación de las niñas y las mujeres jóvenes ha mostrado tener efectos muy positivos en la salud, pues son mujeres más sanas y que tienen hijos más sanos, pues consultan a tiempo y a la persona indicada, procuran que sus hijos estén vacunados, están en mayor capacidad de prevenir y tratar enfermedades infecciosas como la diarrea, la neumonía (4).

La educación también desempeña un papel importante en la prevención de la muerte temprana por enfermedades no transmisibles, explicado por la capacidad de la educación para elevar el nivel de sensibilización acerca de las consecuencias a largo plazo de hábitos poco saludables, particularmente, de nuevo, la educación de las mujeres garantiza que los niños reciban los mejores nutrientes que les ayuden a prevenir o superar la enfermedad, incluso en familias con limitaciones económicas, garantiza mejores hábitos higiénicos en el hogar y el mantenimiento de la salud para beneficiarse totalmente de los alimentos que consumen, alejando la malnutrición y el hambre (4).

No obstante, se habla desde años atrás de la educación específicamente para la salud. Históricamente, cuando Sigerist concibió las cuatro funciones de la salud como Promoción, prevención, curación y rehabilitación, uso el término de promoción de la salud para referirse a las acciones basadas en la educación sanitaria (6). Más tarde en la declaración de Alma-Ata (7) reconoció la educación para la salud como una de las actividades inherentes a la atención primaria en salud, por ser uno de los medios para lograr que las personas tengan mayor control sobre su salud, su vida y sus problemas, también reconoció su papel como mecanismo para fomentar la participación comunitaria.

En el mismo sentido, la carta de Ottawa (8) reconoció más tarde, la educación como prerrequisito para la salud, pero particularizó en la educación para la salud como una de las principales

acciones para la promoción y como medio para alcanzar el desarrollo personal y colectivo, potenciando las habilidades para la vida. Por un lado las habilidades personales, con el fin de que los individuos tengan un mayor control sobre su salud y su ambiente, conduciendo a elecciones a favor de ambos y por el otro potenciando el empoderamiento y la acción comunitaria, siendo la educación para la salud un medio para que las colectividades controlen y sean dueños de su propio destino.

Partiendo del concepto de educación como un proceso optimizador, integrador y social y del concepto salud como el bienestar físico, mental y social, Perea Quesada (9) ha definido la **educación para la salud** como “*Un proceso de educación permanente que se inicia en los primeros años de la infancia, orientado hacia el conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones tanto individuales como sociales, y también del ambiente que le rodea en su doble dimensión, ecológica y social, con el objeto de poder tener una vida sana y participar en la salud colectiva*”.

En concordancia con el concepto anterior la educación para la salud, se convierte en un reto para los profesionales del área, pues no sólo deben tener capacidad para brindar información en salud, establecer procesos comunicativos efectivos con individuos y colectivos, sino que también deben lograr impactar en los determinantes sociales y económicos de la salud, en el ambiente en que los sujetos educativos se encuentran inmersos.

Ahora bien, una pregunta fundamental para los profesionales de la salud es saber por qué las personas se enferman o se mantienen sanas y está claro que muchos de estos por qué están directamente relacionados con la alimentación y la nutrición, algunos de ellos de origen comportamental, producto del ambiente, la cultura, las costumbres, entre otros. Comprender por qué los individuos actúan de una manera u otra y como el ambiente favorece o no actitudes y prácticas se hace necesario para lograr el fin último de la educación para la salud, por lo tanto toma mayor relevancia la necesidad de profesionales de la salud que entiendan que su labor educativa se centra en la comprensión humana, en el respeto y el reconocimiento del otro, con el fin de lograr una educación pertinente.

Para lograr la comprensión humana, es claro que debe pasarse antes por la comprensión intelectual, pero más allá de un proceso mental se hace necesario situarse en contexto, generar relaciones empáticas y de confianza, estar en capacidad de ponerse en los zapatos del otro, evitar los prejuicios y los juicios, respetar al otro y ser congruentes. Sobre este último aspecto es importante resaltar que *los agentes de salud deben comprender que su ejemplo contribuye a educar a los demás* (10).

Un apunte final sobre este concepto es que siendo el objeto de la educación para la salud la mejora de las condiciones de salud de los individuos o poblaciones a las que se dirige, esta debe en palabras de García y colaboradores, “*propiciar cambios de conducta voluntarios de la población objetivo. . . , apoyados en la transformación de los determinantes de la salud y el ambiente*” (11).

1.3 Educación alimentaria y nutricional

Desde las anteriores perspectivas de educación y educación para la salud, encuentro relevante la definición que de **educación alimentaria y nutricional** hace Contento (12), como “*La Combinación de estrategias educativas, acompañadas de ambientes favorables, diseñadas para facilitar la adopción voluntaria de conductas, comportamientos y elecciones adecuadas en alimentación y nutrición para mantener o mejorar la salud y el bienestar*”. Esta definición atiende al enfoque tridimensional de la nutrición, que distingue al ser humano y a sus problemáticas de salud desde una perspectiva integral que involucra el contexto biológico, social y ambiental (13).

Al ser la alimentación y la nutrición un determinante de la salud de los individuos es fundamental entender que es importante abordar las conductas, las actitudes y las prácticas,

pero que al concebir la nutrición desde un enfoque tridimensional hay muchos factores que no sólo dependen del individuo o del colectivo. Es necesario entonces que el nutricionista dietista entienda la relación bidireccional entre los sujetos y su medio ambiente. Macías hace claridad entre la articulación entre el concepto tridimensional de la nutrición y la educación para la salud “ambas toman en consideración al individuo en su contexto, es decir, dejan de ser unidimensionales al no solo considerarlo desde una dimensión biológica sino también como un ser social y en constante relación con el medio”.

En otro orden de ideas, al enfoque del abordaje de los problemas en salud desde los determinantes sociales y económicos, se le suma el concepto de la *educación para el desarrollo humano sostenible*, en el cual los principios de equidad, solidaridad y conciencia de pertenencia a una sociedad planetaria con proyección de futuro cobran especial relevancia (9), en este sentido Perea resalta la importancia de metas educativas como *un imperativo ético y moral ineludible*.

Lo anterior amplía de manera considerable el ejercicio educativo del nutricionista dietista y lo hace relevante en cualquier área del desempeño profesional, pues nos obliga a entender, analizar e intervenir la realidad biológica de los sujetos y sus factores constitutivos (sus características biológicas, sus conocimientos, sus actitudes, sus prácticas en alimentarias), pero en el contexto de sus condiciones de vida, socioeconómicas, culturales y ambientales. En palabras de Perea (9) “*El modelo de asistencia sanitaria centrado en un modelo biomédico ha dado paso a un modelo intersectorial en salud*”.

En suma el alcance de la educación alimentaria y nutricional es amplio, citando a contento “*La principal función de la educación nutricional es asistir a individuos y colectivos para que estos disfruten de comer saludablemente, incrementen su conocimiento y su motivación, impactando su ambiente para facilitar la implementación de acciones a favor de su salud y nutrición*” (12).

Referencias

1. **Freire P.** Prólogo de Julio Barreiro. La Educación como Práctica de la Libertad. 3 ed. Motevideo: Tierra Nueva; 1971. p. 1.
2. **Paiva A.** La Educación liberadora de Paulo Freire y el Desarrollo del Pensamiento. Rev Ciencias de la educación [revista en Internet]. 2005 [citado febrero de 2014]; 2: 133-42. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/a5n26/5-26-8.pdf>
3. **Morin E.** Los siete saberes necesarios para La Educación del futuro. [Internet] París: UNESCO; [citado febrero de 2014]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001177/117740so.pdf>
4. **UNESCO.** Informe de seguimiento de la EPT en el Mundo: Enseñanza y Aprendizaje Lograr la Calidad para Todos. [Internet] París: UNESCO; 2014 [citado febrero de 2014]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002261/226159s.pdf>
5. **Naciones Unidas.** Objetivos de desarrollo del milenio. [citado febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/poverty.shtml>
6. **Restrepo E, et al.** Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá: Panamericana; 2001.
7. **OMS.** Declaración de Alma-ata. 1978.
8. **OMS.** Carta de Ottawa para la promoción de la salud. HEP/ 95.1. Ottawa. 1986.
9. **Perea R.** Educación para la salud reto de nuestro tiempo. Madrid: Diaz de Santos; 2004.
10. **OMS.** Educación para la salud: Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra; 1989.
11. **García A, Sáez J, Escarbajal A.** Educación Para la Salud: la apuesta por la calidad de vida. Madrid: Arán ;2000.

12. **Contento IR.** Nutrition Education: Linking Theory, Research, and Practice. 2 ed: EEUU: Jones & Bartlett Publishers; 2011.

13. **Macias AI, Quintero ML, Camacho EJ, Sánchez JM.** La tridimensionalidad del concepto de nutrición: su relación con la educación para la salud. Rev. chil. nutr. [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado febrero 2014] ; 36(4): 1129-1135. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182009000400010&lng=es <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182009000400010>

2 — Buenas prácticas en ICEAN

Luisa Saravia

2.1 Introducción

La educación es un proceso que desarrolla en los seres humanos el respeto a sí mismos y a los otros, con conciencia social y ecológica, para actuar con responsabilidad y libertad en la comunidad a la que pertenecen.

El acto educativo es inherente al ser humano ya que la educación es una función necesaria no solo para la vida de las personas sin también para toda la sociedad.

La educación debiera contribuir a ampliar la capacidad de acción y reflexión de cada persona en el mundo en que vive, promover los espacios de acción, en lo procedimental, actitudinal y conceptual, como forma de promover la transformación colectiva y personal.

La educación se expresa a través de las diferentes culturas, generaciones, épocas históricas y a lo largo de la vida. El proceso educativo no puede ser analizado fuera del contexto socioeconómico y político del cual forma parte. En consecuencia, la educación en nutrición debe orientarse a promover la capacidad crítica de las personas para optar por una alimentación saludable en un mundo que cambia rápidamente y en el cual se observa una continua diversificación de los alimentos procesados y una pérdida de los estilos de alimentación familiar.

Se debe tener en cuenta que la educación es sólo un factor contribuyente a la solución de las problemáticas de salud y nutrición, ya que por sí sola no puede resolverlas y, en la medida en que contribuye, debe considerar la estructura social, las necesidades objetivas y sentidas por la población a la que esté dirigida, las posibilidades políticas y las características generales de la gente. La situación alimentario nutricional de una comunidad, región o país tiene una raíz multicausal y, debido a eso, las soluciones rebasan las posibilidades de la educación. Por lo tanto, para que se produzcan resultados concretos y permanentes, el sector educación debe realizar acciones coordinadas y concertadas con otros sectores, promoviendo la adopción de estructuras que permitan una distribución justa de la salud y la nutrición.

No obstante, en muchos casos, acciones educativas bien dirigidas pueden ayudar a la vigorización y despertar la acción comunitaria orientada a alcanzar soluciones parciales. El educador en nutrición debiera brindar a su comunidad las herramientas necesarias para que ésta pueda analizar críticamente la realidad en que vive, entender las consecuencias de su situación alimentaria y de salud, y tomar conciencia de su potencial en la solución de problemas.

Asimismo, los conocimientos que se comparten deben ser accesibles a la población y ésta de apropiarse de ellos. Debe procurarse su autoconfianza para que ponga en práctica sus propias soluciones a la problemática existente.

2.2 Definición, Propósito y Características de la Información, Comunicación y Educación Alimentario Nutricional (ICEAN)

Desde hace años, la educación en nutrición, la educación alimentaria, la educación alimentario nutricional, y desde hace un par de años atrás, la información, comunicación y educación alimentario nutricional -todas estas denominaciones similares-, ha sido reconocida por los organismos internacionales, las conferencias de expertos en nutrición y otros, como uno de los elementos esenciales para contribuir a prevenir y controlar los problemas relacionados con la alimentación y la malnutrición en el mundo. La ICEAN es, por definición, la combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar la adopción voluntaria de comportamientos alimentarios y otros relacionados con la nutrición humana, que contribuyan a la salud y al bienestar de las personas. Es el proceso por el cual se modifican, se adquieren y se refuerzan comportamientos de las personas, grupos o poblaciones, con el fin de contribuir al mantenimiento de la salud, la prevención y el control de la malnutrición en cualquiera de sus formas, mediante la adopción de prácticas científicamente consistentes y acorde con las necesidades individuales, los recursos y los hábitos alimentarios.

El propósito de la ICEAN es contribuir a desarrollar en las personas la capacidad para identificar sus problemas alimentario nutricionales, sus posibles causas y soluciones y actuar en consecuencia, con el fin de contribuir a mejorar el estado nutricional personal, familiar y de la comunidad, con un espíritu de autorresponsabilidad y autocuidado.

La ICEAN se caracteriza por:

- Implicar un proceso de aprendizaje
- Necesitar de cierto tiempo e intensidad
- Requerir ser planificada
- Estar unida a procesos de promoción de salud y prevención de enfermedades, sobre todo aquellos vinculados a la nutrición y la alimentación
- Incluir el análisis de las causas de los problemas nutricionales
- Implicar la participación activa de las personas
- Tener en cuenta que las personas ya tienen conocimientos sobre alimentación y nutrición por lo que, el proceso educativo debe partir de esos conocimientos previos
- Contribuir a transformar los conocimientos de nutrición de la gente en comportamientos alimentarios saludables.

2.3 La ICEAN en América Latina

En los países de América Latina, así como en el resto del mundo, se observan los efectos de la globalización sobre las actitudes y los estilos de vida de las personas, que han producido transformaciones profundas en las conductas alimentarias. Esto ha hecho que a los problemas de seguridad alimentaria originados en la malnutrición por déficit, se sumen aquellos causados por un consumo excesivo de alimentos procesados de alta densidad energética y pobres en nutrientes, que han llevado a un rápido aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adultos. Estos problemas afectan con mayor fuerza a los grupos de menor nivel socioeconómico, más vulnerables ante la elevada oferta, los bajos precios y la masiva publicidad de este tipo de alimentos.

Sobre esta base, en la IV reunión del Grupo de Trabajo de la Iniciativa América Latina y Caribe Sin Hambre 2025 (IALCSH), realizada en 2010 en Ecuador, los países miembros solicitaron a la Secretaría de la Iniciativa que elaborara un documento conceptual sobre el «rescate de la cultura alimentaria y nutricional de la región estimulando hábitos alimentarios saludables».

La Secretaría, ejecutada por la FAO a través del Proyecto de Apoyo a la IALCSH, consultó

al Grupo de Educación Nutricional y de Sensibilización del Consumidor, de la División de Nutrición (ESN) de la FAO, y se estableció la necesidad de disponer de un inventario y un análisis de los programas de información, comunicación y educación en alimentación y nutrición (ICEAN) existentes en América Latina y el Caribe, de manera de avanzar en esta materia.

El interés del Proyecto de Apoyo a la Iniciativa ALCSH y del Grupo de Educación Nutricional y de Sensibilización del Consumidor de la FAO por identificar y analizar la existencia de buenas prácticas en los programas de ICEAN que se realizan en la región representa una gran oportunidad para los profesionales e instituciones que creen en la necesidad de mejorar la efectividad de las intervenciones, programas y proyectos que se llevan adelante en este campo.

A partir de esta colaboración, en el año 2011 se realizó un estudio en 17 países de América Latina y el Caribe sobre las características de los programas de ICEAN en ejecución o ejecutados en un periodo no mayor a cinco años, orientados a distintos grupos objetivo, y que en lo posible contaran con diagnósticos y evaluación de impacto. Debido a que uno de los requisitos esenciales para desarrollar programas apropiados de ICEAN es contar con recursos humanos calificados, la investigación incluyó la identificación de las características de la formación en ICEAN existente en las escuelas de nutrición. También se analizó la formación en ICEAN que reciben en estos países los profesionales de los sectores de salud, educación, agricultura, y otros.

La ICEAN se define como “un conjunto de actividades dirigidas a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas, con el propósito de generar cambios voluntarios en las prácticas alimentarias que afectan su estado nutricional”. La meta final de la educación alimentario nutricional es mejorar el estado nutricional de la población.

Las buenas prácticas, en cualquier escenario, se definen como “hacer las cosas bien” y “dar garantías de ello”. En este contexto, las Buenas Prácticas en ICEAN, se pueden definir como aquellas que producen cambios de conducta posibles de medir, contribuyen al mejoramiento del estado nutricional de la población objetivo (evaluación de impacto), son sensibles culturalmente, económicamente viables y técnicamente prácticas.

Para ser considerados como “Buenas Prácticas en ICEAN (BP-ICEAN)” los programas educativos deben cumplir con los criterios del nuevo enfoque de ICEAN:

1. Se formulan después de una investigación en profundidad, en la que se han determinado las percepciones, creencias, actitudes, conocimientos, barreras y motivaciones que permiten comprender las prácticas alimentarias de la población objetivo, así como sus necesidades y prioridades, para abordar apropiadamente los problemas nutricionales que la afectan. El objetivo de esta investigación en profundidad es conocer los por qué las personas se alimentan de la forma en que lo hacen, o tienen el estilo de vida que tienen, y no sólo saber qué comen o cuál es su estilo de vida. Es decir, ahondar en las creencias, los valores, las barreras y las motivaciones que influyen en sus decisiones y limitarse a los conocimientos que poseen.
2. Consideran las necesidades nutricionales del grupo objetivo. Esto requiere sumar al punto anterior (conocimiento de percepciones, creencias, etc.) un diagnóstico nutricional sobre el estado nutricional de la población, el acceso y la disponibilidad de alimentos, el medio ambiente en el que viven, entre otros.
3. Promueven conductas muy específicas, que invitan a la acción y no sólo transmiten conocimientos. Es decir, la metodología que se plantee en el programa no debe sólo incluir la transmisión de conocimientos, sino que debe trabajar en el cambio de comportamiento.
4. Establecen objetivos que priorizan el cambio de conductas o prácticas alimentarias.
5. Las conductas que promueven están basadas en las preferencias del grupo objetivo. Estas preferencias deben haber sido investigadas en profundidad en el diagnóstico inicial.
6. Utilizan enfoques metodológicos orientados al logro del aprendizaje a partir de las experi-

- encias y la solución de problemas sentidos por la población. Para esto es imprescindible trabajar, desde el inicio del programa, con la población destinataria del mismo.
7. Ponen el proceso de cambio en manos de los actores, dando mucha atención a las habilidades para la vida.
 8. Consideran el contexto social y físico en el que las personas deciden y actúan, por lo que operan, tanto como es posible, en todas las dimensiones del ambiente de la persona.
 9. Utilizan una combinación de canales interpersonales y masivos, lo que provee exposición frecuente y directa a los mensajes. En este sentido debe planificarse cuidadosamente las intervenciones educativas a realizar de forma de asegurarse que los mensajes lleguen a los beneficiarios y sean correctamente interpretados por los mismos.
 10. Reconocen las dificultades del cambio de comportamiento y el tiempo que toma cambiar, por lo que se comprometen a esfuerzos de largo plazo para lograr un cambio de conducta sostenido. Es así que los programas de ICEAN deben asegurar su continuidad en el tiempo y la sostenibilidad de los factores que propician los cambios de comportamiento una vez que el programa finaliza.
 11. Trabajan en forma coordinada con los líderes comunitarios y las redes sociales para promover soluciones a los problemas nutricionales. Estos aspectos también deben ser investigados en el diagnóstico inicial y, tanto los líderes comunitarios como las instituciones vinculadas a la nutrición, la salud y la educación que actúan en la zona deben ser aliadas del programa.
 12. Capacitan a los agentes de cambio en habilidades de consulta y de comunicación para:
 - Discutir qué es lo que las personas realmente están haciendo
 - Explorar las causas y dificultades
 - Discutir cómo hacer cambios fáciles y atractivos y construir sobre las prácticas existentes
 - Dar buenas explicaciones, ejemplos y realizar demostraciones prácticas
 - Impulsar iniciativas para la acción
 - Dar seguimiento a las acciones que se realizan
 - Discutir formas simples de autoevaluación
 - Generar el apoyo mutuo entre los miembros de la comunidad y lograr el apoyo comunitario
 - Estimular a los actores a transmitir conocimientos, habilidades y experiencias.

Además de cumplir con estas premisas relacionadas directamente con los lineamientos y metodología del programa, las buenas prácticas de ICEAN deben cumplir las siguientes características que son consideradas como factores de éxito.

- Efectividad o (Eficacia): Utilización eficaz de los recursos disponibles con la que se consiguen los máximos efectos posibles.
- Eficiencia: Nivel o grado en el que se alcanzan los objetivos de un programa en relación a sus costos.
- Sostenibilidad: Probabilidad de que continúen los beneficios de una intervención a largo plazo.
- Replicabilidad: Capaz de repetirse en otros escenarios obteniendo resultados similares y que responda a necesidades locales reales.

Asimismo, se ha demostrado que las intervenciones de ICEAN son más efectivas cuando forman parte de planes y programas que tratan de mejorar la calidad de vida de la población en forma integral, y que además se acompañan de políticas públicas que favorecen la adopción de conductas saludables.

Los informes preliminares de los 17 países de América Latina y el Caribe sobre las características de los programas de ICEAN se publicaron en el año 2011 y se presentaron en la reunión

“La información, comunicación y educación alimentaria y nutricional (ICEAN) para promover la seguridad alimentaria y nutricional”, que tuvo lugar en El Salvador en el mismo año.

El propósito de la investigación fue conocer el abordaje en los diferentes escenarios y contextos en que se desarrolla la ICEAN en la Región de las Américas, ya sea para personas sanas o para personas con problemas de malnutrición (desnutrición o sobrepeso/obesidad), analizando además el marco político en que estas acciones se desarrollan.

Los objetivos fueron:

- Identificar las experiencias y el abordaje de los programas de ICEAN que se están desarrollando en la Región.
- Identificar las buenas prácticas de los programas de ICEAN y los factores de éxito de los mismos.
- Identificar los recursos humanos que ejecutan actividades de ICEAN y determinar su formación en este campo.

La investigación recoge la información recolectada en 17 países de América Latina, divididos en tres subregiones:

- América del Sur: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Paraguay, Perú, Venezuela.
- Mesoamérica y República Dominicana: El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y República Dominicana.
- Caribe: Jamaica, Bahamas, Barbados. Posteriormente, en el año 2012, la investigación se llevó a cabo en Uruguay.

La información recolectada en cada uno de los países fue la siguiente:

- Identificación de las buenas prácticas en los programas de ICEAN
- Características de la formación y capacitación de nutricionistas en ICEAN
- Características de la formación y capacitación de profesionales de los sectores de salud, educación y agricultura en ICEAN.

Para su inclusión en el estudio se definieron, a priori, cinco requisitos de inclusión:

- Programas de comunicación y/o educación
- Abordaje en alimentación y nutrición
- Que estén en ejecución o que hayan sido ejecutados en los últimos cinco años
- Cobertura mínima de 100 beneficiarios
- Que incluyan algún tipo de evaluación

Las conclusiones a las que se arriba en el estudio son las siguientes:

1. En general, los programas calificados con BPICEAN están relacionados con políticas, planes o estrategias nacionales que facilitan el desarrollo de intervenciones en alimentación y nutrición con contenidos que cuentan con el consenso y respaldo de las instituciones relacionadas, lo que permite entregar mensajes más claros y coherentes a la población.
2. Las alianzas entre el sector gubernamental, en especial los municipios, las universidades, las ONGs, los Organismos de Naciones Unidas y las empresas privadas, han permitido la implementación de intervenciones de ICEAN bien diseñadas, con un apoyo técnico y financiero que, en algunos casos, logra mantenerse en el tiempo y replicarse en otros escenarios, aun en ausencia de políticas públicas que faciliten su sostenibilidad.
3. Los programas más importantes de ICEAN tienen como grupo objetivo a los niños, tanto para la prevención de la desnutrición, la anemia y otros originados por el déficit de alimentos, como para la prevención y control de los originados por un consumo excesivo de alimentos de alta densidad energética.
4. La prioridad dada a uno u otro aspecto varía entre los países, de acuerdo a su desarrollo económico, aunque en la mayoría coexisten, representando una doble carga para los estados. En los adultos, los problemas mayoritariamente abordados por los programas de ICEAN se relacionan con la prevención y control de la obesidad, diabetes, hipertensión y

enfermedades cardiovasculares, todas con elevada prevalencia en los países de América del Sur. La anemia nutricional en las mujeres en edad fértil, además de los programas de fortificación de alimentos, también está siendo abordada con programas de ICEAN en varios países.

5. Los aspectos positivos en los que se encontró mayor coincidencia entre las experiencias con BP-ICEAN en los países fueron:
 - toman en cuenta las necesidades nutricionales del grupo objetivo,
 - promueven conductas específicas y no solo la transmisión de conocimientos,
 - forman parte de planes y programas que tratan de mejorar la calidad de vida de la población en forma integral, y
 - están relacionados con alguna estrategia o política a nivel nacional.
6. La capacitación de capacitadores representa un aspecto importante en los programas con BP-ICEAN, convirtiéndose en un doble beneficio para los países, tanto por aumentar las posibilidades de lograr los objetivos de la intervención de la que forma parte, como por aumentar la disponibilidad de recursos humanos capacitados que podrían seguir colaborando en los distintos sectores.
7. La gran variedad de materiales educativos creados por los programas con BP-ICEAN representa un valioso aporte para la información de la población de los países. Con el fin de optimizar el tiempo y los recursos invertidos en su diseño y publicación, es esperable que los mejores sean compartidos entre los aliados pertinentes y difundidos en forma masiva, cuando ello es posible.

BIBLIOGRAFÍA

Molina V; Buenas Prácticas en Información, Comunicación y Educación Alimentario Nutricional en Mesoamérica y República Dominicana, FAO – IALCSH, 2011

Navarro A, Andreatta MM; Enseñar Nutrición: herramientas didácticas básicas para profesionales de la salud, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, 2010.

Olivares S; Buenas Prácticas en Información, Comunicación y Educación Alimentario Nutricional en América del Sur, FAO – IALCSH, 2011

Saravia L, Buenas Prácticas en Información, Comunicación y Educación Alimentario Nutricional en Uruguay, FAO – IALCSH, 2012

Universidad de la República, Escuela de Nutrición, Departamento de Educación, material de clase, 2007

3 — La planificación educativa

Vanessa Miguel, Jaqueline Panvini y Mariano Fernández

El papel de la Educación para la Salud (EpS) ha sido reconocido de vital importancia para el mejoramiento de la salud en documentos tales como el Informe del Comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Formación del Personal de Sanidad para la educación Sanitaria Popular (OMS, 1958), a Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de la Salud (1978) y la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (Ottawa 1986) El profesional de salud necesita una formación pedagógica que le permita facilitar proceso de aprendizaje que promuevan comportamientos que contribuyan a mejorar la salud y el bienestar de los individuos, comunidades y la sociedad. Estas acciones educativas deben ser planificadas a fin de obtener los resultados esperados. La planificación, entendida como sistematización previa a la intervención, debe estar alineada al proceso de formación.

Si entendemos la formación como la actividad dirigida a conseguir unos determinados objetivos, no podemos concebirla sin una mínima sistematización que permita ordenar los procesos y actividades a realizar (Gairin, 2009). La planificación educativa es pues, elaborar un plan donde se puedan prever las situaciones en las que habrá de llevarse a cabo los procesos de enseñanza y aprendizaje con el propósito de tener una visión total y específica de la acción educativa. Este plan permite organizar actividades, facilitar los contenidos en el tiempo disponible y diseñar las actividades adecuadas a la audiencia. Mediante la planificación educativa se intenta conocer la situación actual de un espacio social definido, con objeto de elaborar programas congruentes con los programas generales de desarrollo, que permitan que se adquieran las conductas positivas para lograr el cambio deseado (Cordero y Bobenrieth, 1981). La planificación permite disminuir los riesgos de la incertidumbre y aumentar el éxito de un programa educativo. Esta planificación en los inicios del siglo XXI, debe ser más prospectiva, visionaria, estratégica, pragmática y operacional (Venegas, 2006). En este capítulo se revisan algunos de los conceptos básicos de planificación educativa para la educación para la salud y la educación alimentaria.

Educación para la Salud (EpS)

La EpS la salud fue definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad” (OMS, 1998, p. 13). En el caso de la educación alimentaria, ésta no solo se limita a realizar acciones educativas y brindar información para elevar el conocimiento en cuanto a nutrición y alimentación, sino que debe tener como finalidad el mejoramiento de la conducta alimentaria, la adquisición de conocimientos y la adopción de actitudes positivas. (Álvarez, 2001). En este proceso los actores pueden variar desde el nutricionista, pasando por el pediatra, el maestro, los padres, el adulto que toma sus decisiones nutricionales e

incluso los medios de comunicación, la escuela y el contexto social.

El concepto de EpS ha evolucionado desde la sola adquisición de conocimientos, actitudes y comportamientos saludables en el individuo o la comunidad a la incorporación del medio ambiente social de los mismos, ya que los cambios no se logran si los factores sociales no son favorables (FUNDEN, 2004). Para Gallego, Granizo y Febrel (2004) “La educación para la salud forma parte de la educación integral encaminada al desarrollo de la personalidad y también un instrumento de promoción de salud que propicia el cambio de estilos de vida y los factores ambientales que influyen en la salud” (p.41). Desde esta concepción, los objetivos de la EpS son: reconocerla como derecho fundamental, comprenderla como una responsabilidad compartida y contextualizar las condiciones sociales y de vida que influyen en ella.

Los programas de EpS deben concebirse como programas interinstitucionales e interdisciplinarios con intervenciones en todos los niveles. En la planificación de estos programas se pueden identificar cuatro actores principales: a) el planificador, b) quien decide, c) los beneficiados o afectados directamente y d) Los otros beneficiados o afectados indirectamente. La concepción del programa va a depender del problema de salud que se quiera abordar, de las personas que se quiere alcanzar y del escenario en el que se va a ejecutar (escolar, servicios de salud, laboral, comunitario, medios de comunicación social). Los niveles de intervención más utilizados son (Redondo, 2004):

1. *Educación Masiva*. dirigidas a fomentar la salud pública en un área, región o país, es decir la población en general. Se utilizan recursos educativos tales como: folletos, carteles, trípticos, murales, prensa, radio, televisión e Internet
2. *Educación Grupal*. Dirigida a grupos de personas tales como centros educativos y laborales, grupos familiares, grupos organizados; para abordar determinados problemas de salud. El propósito es informar, motivar, intercambiar conocimientos e inducir conductas y actitudes con relación a la salud. Se realiza a través de talleres, cursos, charlas, entre otros.
3. *Educación Individual*. Está dirigida al individuo, usualmente en los servicios de salud y en el escenario familiar. con la finalidad de abordar un tema de salud con el objetivo de informar, motivar, intercambiar conocimientos e inducir conductas y actitudes en los individuos. Las actividades educativas incluyen la conversación y el consejo profesional que pueden estar apoyados en recursos como folletos y trípticos, teniendo como ventaja el mayor acercamiento y la evaluación y retroalimentación directa. Con respecto a este último nivel es importante diferenciarlo del asesoramiento. La educación individual está dirigido por el profesional educador mientras que el asesoramiento es un proceso de orientación a un individuo para que reconozca y haga frente a su problema (el individuo lleva la dirección).

También es importante destacar que se pueden identificar dos campos de acción de la EpS: uno dirigido a la población sana, a fin de promocionar la salud y otro a la población enferma, orientado a la recuperación de la salud.

Todo tema seleccionado para la educación para la salud debe cumplir con estos requisitos: servir para solucionar problemas educativos, partir del nivel de conocimiento, actitudes o prácticas de la población objeto y tomar en cuenta los intereses y necesidades de la población. Entre los contenidos que se recomienda considerar en una intervención de EpS están:

- Informar sobre la salud y la enfermedad a las personas y a la población en general remarcando medidas que les permitan proteger su propia salud. Por ejemplo: Lavado de manos o una alimentación natural y nutritiva.
- Motivar a la población para el cambio de hábitos o estilos de vida.
- Ayudar a adquirir conocimientos sobre salud que les permita realizar modificaciones en sus hábitos de vida y propiciar un estilo de vida saludable.
- Fomentar cambios para la protección del medio ambiente.

Los medios disponibles para la EpS se pueden clasificar en medios directos y medios indi-

rectos. Entre los primeros se incluyen el diálogo, la entrevista, la clase, la charla y la discusión en grupo. Los medios indirectos implican una separación en tiempo o espacio con el educando y en general constituyen los medios de comunicación masivos. Se pueden subdividir en visuales (carteles, prensa, folletos, carteles) y audiovisuales (cine, video, televisión, radio, medios interactivos de la web 2.0) (Funden, 2004).

Planificación Educativa

Toda planificación pretende lograr mediante un método racional objetivos preseleccionados. Implica tomar decisiones para definir cursos de acción a fin de: a) determinar metas, objetivos y recursos disponibles, b) definir visiones, misiones y acciones para alcanzar las metas y objetivos, c) definir las alternativas de ejecución y d) establecer mecanismos de seguimiento, control y evaluación. Existen muchos métodos de planificación educativa, pero en general en todos se pueden reconocer tres grandes etapas: análisis del problema, programación de las actividades educativas y evaluación. A continuación se describen algunos enfoques que pueden ser de utilidad en la planificación educativa para la salud y la educación alimentaria.

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) presenta un esquema para planificar las intervenciones de educación en nutrición. Este esquema se basa en una estructura teórico-metodológica que consta de cuatro fases (FAO, 1996):

1. *Concepción*. Fase de diagnóstico educativo, donde se estudian y analizan los problemas alimentario nutricionales de la comunidad identificando: los factores causales a ser abordados, los canales y medios de comunicación existentes, los grupos de referencia y de apoyo y las redes a través de las cuales se diseminarán los mensajes educativos.
2. *Formulación*. En esta fase se definen los objetivos generales y específicos para cada grupo de la población objetivo.
3. *Implementación*. En esta fase se producen los materiales de apoyo, se realiza el adiestramiento de los facilitadores y se lleva a cabo el programa.
4. *Evaluación*. En esta fase se busca responder si se alcanzaron los objetivos y si se logró la satisfacción de los actores, en especial de la comunidad a ser formada. La población objetivo de la intervención debe ser invitada a participar, ya que las acciones que se van a evaluar les atañen directamente.

La audiencia se conforma con los grupos objeto donde en ocasiones el grupo en riesgo no necesariamente participa. El propósito debe ser del dominio de ambas partes, tanto planificadores/interventores como de la población intervenida. El plan de ejecución debe cumplirse a cabalidad, las modalidades de intervención y educación se llevarán a cabo de acuerdo a lo establecido por el Comité de Planificación y las discusiones deben arrojar al final conclusiones aplicables para la resolución de la situación real a atacar. En el Cuadro 3.1 se resumen algunos de los aspectos más importantes a considerar en las fases 1, 2 y 3.

Con respecto a la evaluación de los resultados, hay que hacer notar que se pueden encontrar resultados no deseados, por lo que es aconsejable revisar si se incurrió en errores metodológicos como la formulación errada de los mensajes y la selección del medio de comunicación, el uso inadecuado de los materiales de apoyo, la falta de entrenamiento del equipo de planificación e intervención o simplemente la identificación de un problema que no lo era.

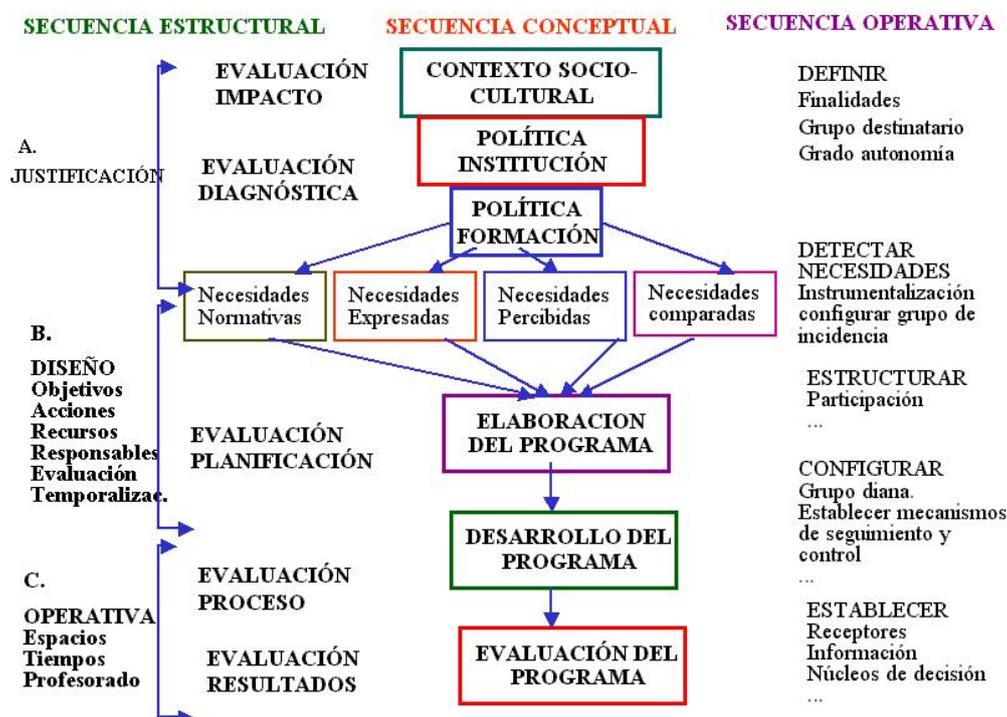
Otra metodología que puede ser de utilidad en la planificación de EpS, es la propuesta por Gairin (2010), cuyo esquema se muestra en la Fig. 3.1. Se observa una secuencia conceptual, estructural y operativa que sirve a la elaboración de programas de formación. En esta secuencia se destaca la conexión entre los procesos de planificación y evaluación (ajustada al momento: diagnóstica, de procesos, de resultados, de transferencia, de impacto), y la necesidad no solo de una adecuada detección de necesidades sino también de una clara definición política de lo que se desea y de la asignación de los medios (humanos y materiales) requeridos.

Cuadro 3.1: Aspectos a considerar en el esquema propuesto por FAO (2009)

Actividad	Aspectos a Considerar
Identificación del Problema	¿Cuál es el problema?, ¿Cómo se manifiesta? ¿Cuál es la población afectada? ¿Cuál es su impacto sobre la vida social económica y cultural de la población afectada?
Análisis Causal	¿Constituye un problema de salud Constitución de un equipo interdisciplinario e intersectorial, que incluya representantes de la población implicada. Establecimiento factores que afectan el estado nutricional de la población objetivo de la intervención. Construcción cadena de causalidad. Red de factores que afectan el estado nutricional.
Identificación de la Audiencia	Identificación de factores sobre los cuales parece oportuno actuar susceptibles a una intervención educativa. Grupo de Riesgo. Grupo o población que debido a características biológicas, físicas o sociales tienen mayor probabilidad de contraer determinadas enfermedades. Grupo objetivo. Lo conforman los individuos que se van a estar involucrados en la intervención educativa. Niveles: Primario- Individuos en los que hay que modificar la conducta. Secundario. Los encargados de llevar los mensajes Terciario. Las personas cercanas al grupo de riesgo y que tomarán las acciones para el cambio.
Formulación de Objetivos	Objetivo general: objetivo nutricional, mejorar el estado nutricional Objetivo educativo específico: cambio en la conducta Objetivos educativos intermedios: cambio en la motivación, conocimientos, autoestima, preferencias, decisión. Objetivos de comunicación: Exposición a mensajes, retención de mensajes
Diseño de los Mensajes Selección de Medios	¿Qué palabras debieran usarse? ¿En qué orden? ¿Son coherentes con los objetivos? ¿Es coherente con otras intervenciones? Los medios son los canales de comunicación a través de los cuales se transmiten los mensajes. ¿Qué tipo de medios? ¿Cuál es la combinación óptima de medios para esta situación? ¿Se puede solventar financieramente la utilización de este medio? ¿En qué medida la audiencia objetivo tiene acceso al medio? ¿Es fácil de usar? ¿Es creíble? ¿Estimula la participación de la comunidad? ¿Permite extender la difusión del mensaje a largo plazo? ¿Se puede utilizar este medio para lograr los objetivos?
Desarrollo de materiales de apoyo Capacitación de los Agentes de Desarrollo	¿Qué tipo de material? ¿Qué imágenes usar? ¿Qué colores? ¿Qué sistema de sonido Evaluar las necesidades de capacitación y traducirlas en objetivos de capacitación. Determinar la finalidad de los programas: sesiones de capacitación, métodos didácticos, materiales y procedimientos de evaluación

(Fuente: elaboración propia)

Figura 3.1: Secuencia conceptual, estructural y operativa en la elaboración de programas



(Fuente Gairin, 2010)

Por otra parte, el Enfoque del Marco Lógico (EML) también puede resultar pertinente la aplicación para la planificación educativa en EpS ya que es una de las metodologías más utilizadas por las agencias de cooperación internacional para la planificación y gestión de proyectos de desarrollo (para una revisión en el contexto educativo (ver Zamora, 2013). El proceso del Marco Lógico comprende siete fases:

1. Análisis de involucrados o de partes interesadas en el proyecto.
2. Análisis de problemas (imagen de la realidad o de la situación actual).
3. Análisis de objetivos (imagen del futuro o de la situación deseada).
4. Análisis de alternativas (comparación de diferentes opciones combinadas para el logro del objetivo del proyecto).
5. Estructura Analítica del Proyecto (EAP).
6. Diseño de la Matriz del Marco Lógico.
7. Evaluación.

El Cuadro 3.2, muestra la Matriz del Marco Lógico con las explicaciones que permiten entender de forma detallada los elementos del EML según elaboración de Zamora (2013).

Por otra parte, ya en el contexto particular de la planificación instruccional se pueden identificar como necesarios los siguientes elementos: a) Fundamentación, b) Contenidos Instruccionales, c) Objetivos Instruccionales, d) Estrategias y Medios Instruccionales y e) Evaluación de los Aprendizajes.

Para la planificación de una sesión educativa, Walter (2006) Identificó siete pasos a seguir:

1. Quiénes-. Analizar las características de los participantes, sus necesidades de aprendizaje, sus temas generativos y su experiencia en relación al tema tratado.
2. Por qué: Analizar el problema comenzando por el grupo de alumnos. A quién afecta, causas, consecuencias, cómo lo perciben las diferentes personas implicadas (alumnos, expertos, miembros de la institución). Quién está dispuesto a dar recursos. Qué tipo de

Cuadro 3.2: Componentes de la Matriz del Marco Lógico

Objetivos	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
META: Es una aseveración de cómo el proyecto o programa contribuirá a la solución del problema/s del sector	Son las mejoras que se lograrán obtener después de que el proyecto haya estado en operación un periodo de tiempo significativo	Son fuentes de información que un evaluador puede usar para verificar que los objetivos se logren obtener	Indican los eventos importantes, condiciones, o decisiones necesarias para sostener la meta en el largo plazo
PROPÓSITO: Enuncia el tipo de contribución que el proyecto hará para lograr la meta	Son los objetivos que serán alcanzados al concluir la ejecución del proyecto si este es ejecutado exitosamente	Son fuentes que el ejecutor y evaluador pueden consultar para ver si los objetivos han sido alcanzados	Indican los eventos, condiciones, decisiones que están fuera del control del administrador del proyecto (riesgos) que tienen que ocurrir para que el proyecto alcance la meta
RESULTADOS: Son bienes, servicios, asistencia técnica y entrenamiento realizado por el ejecutor del proyecto	Es una breve descripción de cada uno de los resultados que tienen que ser completados durante la ejecución	Dice dónde un evaluador puede encontrar las fuentes de información para verificar que las cosas que han sido contratadas han sido entregadas	Son los eventos, condiciones o decisiones (fuera del control del administrador del proyecto) que tienen que ocurrir a fin de que los resultados logren los propósitos para los cuales fueron emprendidos
ACTIVIDADES: Son tareas que el ejecutor debe llevar a cabo a fin de producir cada uno de los resultados	Contiene el presupuesto de cada Resultado	Dice dónde un evaluador puede obtener información sobre en que fue gastado o planeado el presupuesto	Son los eventos, condiciones o decisiones (fuera del control del administrador del proyecto) que tienen que ocurrir a fin de completar los resultados

(Fuente: Zamora, 2013)

resultados se buscan.

3. Tiempo: Adaptación al tiempo y lugar
4. Lugar. Preparar el entorno físico del proceso educativo.
5. Para qué: acotar los objetivos.
6. Qué Los contenidos del taller (conocimientos, habilidades, actitudes) derivan de los objetivos, en una secuencia adecuada. Apuntan a integrar la dimensión afectiva, la cognitiva y la psicomotora, para que se produzca un aprendizaje efectivo.
7. Cómo. Los métodos, los cuales dependerán del tipo de objetivos que se están trabajando.

Para finalizar, a modo de ejemplo de cómo llevar a cabo la planificación para en un Programa de EpS se recomienda revisar el Plan para la Educación en Salud en la Escuela de la Región de Murcia 2005-2010, disponible en <http://www.educarm.es/templates/portal/ficheros/websDinamicas/26/ipinf42.pdf>.

Referencias

Álvarez, Roberto. Temas de Medicina General Integral, Volumen I Salud y Medicina. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2001.

- Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, 2006. Plan para la Educación en Salud en la Escuela de la Región de Murcia 2005-2010. Informe 42 Intervenciones de educación para la salud en la etapa de Educación Infantil y Primaria. Disponible en <http://www.educarm.es/templates/portal/ficheros/websDinamicas/26/ipinf42.pdf>
- Cordero, A. y Bobenrieth, M (1981). Planificación Educativa en Atención en Salud *Bol Of sanü Pamm* 91(6), 484-498. Disponible en <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v91n6p484.pdf>
- Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN) (2004). Enfermería y Educación para la Salud. Aula Virtual. Disponible en http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/aula/aula_acredit_eps_oct04.pdf
- Gairin, J. (2010). La evaluación del impacto en programas de formación. *REICE* 8.(5), http://www.rinace.net/reice/numeros/arts/vol8num5/art1_htm.htm
- Gallego, J., Granizo, C. y Febrel, M. (2004). Escuelas Promotoras de Salud. La experiencia en Aragón. En Educación para la Salud: La Alimentación. Caracas, Venezuela: Laboratorio Educativo.
- OMS (1978), Declaración de Alma Atá. Disponible en <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- OMS (1986), Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Ginebra, Disponible en <http://webs.uvigo.es/mppsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>
- OMS. (1958), Informe del Comité de Expertos en Formación del Personal de Sanidad para la educación Sanitaria Popular. OMS. Serie de Informes Técnicos, No. 156. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_156_spa.pdf
- OMS/Ministerio de Sanidad y Consumo. (1998) Promoción de la Salud. Glosario. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) (1996). Guía Metodológica de Comunicación Social en Nutrición, Disponible en <http://www.fao.org/docrep/003/x6957s/X6957S00.htm#TOC>
- Redondo, P. (2004). Introducción a la Educación en Salud. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. Quinta Unidad Modular. Universidad De Costa Rica, Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública. Disponible en <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/quinta.pdf>
- Venegas, P. (2006) Planificación educativa. Bases metodológicas para su desarrollo en el Siglo XXI. San José, Costa Rica: UNED-
- Walker, R. (2006). Educación en salud y humanización. *ARS Médica* 12, No.12 Disponible en <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica12/EducacionSalud.html>
- Zamora, M. (2013). El Enfoque de Marco Lógico (EML) y la Planificación Educativa. Universidad Latinoamericana de Ciencia Y Tecnología (ULACIT) Maestría En Currículum y Docencia Universitaria. Disponible en http://www.ulacit.ac.cr/files/careers/121_maravanessazamora.pdf

4 — Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y la Salud

Vanessa Miguel, Jaqueline Panvini y Mariano Fernández

4.1 TIC y las Herramientas de la Web 2.0

El desarrollo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) ha cambiado la manera cómo generamos, almacenamos, buscamos, procesamos, compartimos y debatimos la información. La salud y la educación son de las áreas más impactadas por los cambios ocasionados por la emergencia de internet y las TIC, desarrollándose nuevas prácticas que pueden permitir la mejora de las condiciones de vida y de salud de las comunidades. Entre éstas podemos encontrar la telemedicina o cuidado de la salud a distancia (Wootton, Patil, Scott, y Ho, 2009), que ha permitido la disponibilidad de recursos de asistencia médica especializada, diagnósticos y monitoreo a distancia; apoyando también la formación y actualización del personal de salud que vive en lugares apartados atendiendo a sus comunidades. El desarrollo y la sustentabilidad de los proyectos de telemedicina se relacionan con el acceso al asesoramiento de expertos y con que se responda a las necesidades de educación continua del personal de salud, aún en entornos de bajos recursos económicos (Wootton y Bonnardot, 2010). El avance rápido de las TIC y su uso a través de dispositivos inalámbricos e interconectados permite la unión del mundo real y el virtual, gracias a las facilidades de acceso y utilidades de los sistemas de información, incluyendo el área de la salud y la educación (Jardines Méndez, 2006).

Para explicar el impacto de las TIC en las diferentes áreas del campo de salud, Fernández (2003) identificó tres ámbitos de acción principales: En lo técnico – administrativo, en la gestión del conocimiento y en la educación. Para este autor, el uso de las TIC puede también mejorar la práctica sanitaria y la gerencia de servicios de salud, en áreas como: a) la investigación aplicada, incluyendo la recolección de decisiones basadas en evidencia, b) evaluación y control, a fin de contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de los servicios y c) comunicación, promoviendo el intercambio de conocimientos y opiniones en niveles comunitarios e individuales.

Fernández (2013) definió la salud 2.0 como “una forma integral de asistencia médica y sanitaria centrada en el ciudadano o en el individuo; en la que los actores involucrados (pacientes, profesionales, administradores, proveedores) participan de forma activa empleando las redes sociales y las herramientas de la web 2.0, para mejorar la calidad de vida de las comunidades”. Para comprender mejor este concepto es importante revisar los siete principios que según O’Reilly (2005), sustentan la web 2.0:

1. La World Wide Web como plataforma.
2. Aprovechar la inteligencia colectiva. En el entorno de la Web 2.0, los usuarios ya no sólo pueden navegar por los contenidos sino pueden aportarlos.

3. La gestión de la base de datos como competencia básica.
4. El fin de las actualizaciones de versiones del software. Gracias al paso del software cerrado con derechos de uso al software como servicio gratuito, ejecutándose sobre la propia Web.
5. Modelos de programación ligera con énfasis en la reducción de la complejidad
6. El software no limitado a un sólo dispositivo. Actualmente un número cada vez mayor de dispositivos móviles, como teléfonos, tabletas e iPods, mantienen a los usuarios conectados.
7. Experiencias enriquecedoras del usuario, con interfaces con apoyo gráfico que permiten la interactividad.

Son múltiples las herramientas Web 2.0 que pueden utilizarse en el área de educación y salud, las cuales pueden agruparse en (Miguel y Fernández, 2013):

1. *Sistemas de gestión de contenidos* (Content Management Systems, CMS) y sistemas de gestión de aprendizaje (Learning Managment Systems, LMS), las cuales son herramientas que permiten crear y gestionar sitios web completos, como por ej, la plataforma MOODLE (Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment) y las que prestan servicios de publicación y colaboración tipo Blogs (ilustradas en el cuadro 4.1) y Wikis, cuyo ejemplo más emblemático es la wikipedia (<https://www.wikipedia.org>).
2. *Sistemas manejadores de intercambio de archivos*, los cuales permiten a los usuarios crear, compartir y almacenar información en repositorios organizados mediante etiquetas de contenidos creadas por ellos mismos. Incluye utilidades para crear y gestionar fotos (Flirck, Instangram, Picasa), vídeos (YouTube, Vimeo), documentos (Scribd), mapas (Google Map), presentaciones (SlideShare, Prezi), música (LastFM), calendarios (Google Calendar), archivos en general (Dropbox, 4share, Box, Google Drive).
3. *Sistemas de agregación o recuperación de información*, los cuales permiten la recopilación y posterior recuperación de la información. Entre ellos se encuentra el etiquetado (Tag) de recursos (folcsonomía) y la sindicación (RSS). Esta última permite la suscripción a los recursos que sean de nuestro interés (blog, wiki, vídeo, presentación, etc.) y su posterior visualización a través de agregadores.
4. *Redes Sociales*. Aplicaciones diseñadas para soportar redes sociales que favorecen la comunicación y la colaboración, permitiendo crear comunidades virtuales de personas que comparten intereses comunes, tales como Ning, Elgg, Facebook o Twitter. Un ejemplo de sus usos en educación y salud se muestran en el Cuadro 4.2.

Cuadro 4.1: Ejemplos de Blogs de Salud

Blogs
Fitness revolucionario http://fitnessrevolucionario.com/
Mi dieta cojea
Blog de Nutrición y dietética http://midietacojea.com/
Dermapixel
Blog de dermatología cotidiana
http://www.dermapixel.com/
Alimenta tu bienestar
http://alimentatubienestar.es/
Blog de Farmacia
http://www.blogdefarmacia.com/
Vitónica
http://www.vitonica.com
Medciencia
http://www.medciencia.com/

Cuadro 4.2: Ejemplos de Usos de las Redes Sociales en Educación para la Salud.

Red Social	Usos
Facebook y Ning	Para compartir materiales educativos propios o seleccionados Responder dudas Humanizarnos ante nuestros pacientes Compartir ideas y buenas prácticas Creación de Redes Tablón de anuncios Consultas Realización de trabajos en forma conjunta Tutorías Desarrollo de grupos especializados o profesionales Desarrollo de tareas de investigación Espacio para interactuar a través de muchos recursos en un sólo entorno
Twitter	Promover la interacción Compartir recursos como enlaces Debatir ideas Explicar actividades Conectarse con otros profesionales de la salud y docentes Seguir portales y personas que aportan información relevante Seguir a asistentes a foros o conferencias Discutir conceptos utilizando # “hashtag” Determinar conocimientos previos Desarrollo de habilidades de selección y síntesis de información Rastrear acontecimientos de actualidad
Edmodo Microblogging para ambientes educativos	Crear grupos y subgrupos Crear y valorar tareas Comunicación con alumnos y otros docente
Google+	Posibilidad de crear videoconferencia en tiempo real (hang out) Colaboración a través de los círculos Compartir publicaciones
Pinterest	Creación de tableros de diferentes temáticas Selección de contenidos Lluvia de ideas Motivación

(Modificado de Miguel y Fernández, 2013)

Para Gabarrona y Luque (2012) las redes sociales y las herramientas 2.0, como YouTube, Facebook, Twitter, blogs, wikis, etc. permiten empoderar a los pacientes para que busquen ayuda

Cuadro 4.3: Funciones esenciales de la Salud Pública y Aplicaciones de la Web 2.0

Funciones esenciales de la Salud Pública	Aplicaciones de la web 2.0
Promoción de la Salud: Creación de hábitos Saludables.	Uso de social media. Creación de comunidades virtuales de salud para la promoción hábitos.
Monitorización, evaluación y análisis del estado de salud de la población. Vigilancia epidemiológica.	Inteligencia en salud pública a través de internet: Análisis de búsquedas en internet. Sistemas de información geográfica 2.0
Capacitación y desarrollo de los recursos humanos en salud Pública.	Comunidades de práctica.

(Tomado de Fernández, 2013)

online, encuentren información sobre aspectos relacionados con su salud o la de las personas de su entorno, formen redes con otras personas con inquietudes o problemas similares o generen sus propios contenidos. Para estos autores la difusión de información sobre salud en plataformas de vídeo online presenta como ventajas su bajo costo, su potencial para hacer llegar información a un amplio sector de la población y el hecho de facilitar la interacción con los usuarios pero presenta como desventaja que puede ser difícil para el usuario valorar la calidad de sus contenidos, ya que en muchos casos no puede identificarse al autor de los vídeos, no se citan fuentes y se muestran opiniones personales como si fueran hechos. Para ilustrar la potencialidad de los videos como fuente de información en salud se hizo una consulta sobre videos disponibles en youtube.com sobre salud online y sobre cáncer y se obtuvieron 73,900 resultados y 5,790,000 respectivamente (16 de febrero de 2014). En la Tabla 4.3 se esquematizan como algunas aplicaciones de la web 2.0 pueden utilizarse para actividades relacionadas a la salud pública.

4.2 TIC y la Información en Salud

Aunque el uso de las TIC ha permitido el acceso a través de internet de una gran cantidad de información en salud, para el usuario no experto esto puede también significar un riesgo por el acceso a información de poca calidad, sesgada o errónea. Para orientar al público en general, como resultado final de la investigación “Elaboración de guías prácticas para el uso responsable de la información obtenida en Internet con finalidades sanitarias” realizada por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona bajo la coordinación del Departamento de Web Médica se elaboró el “Decálogo de la Información sobre Salud en la Web: qué tenemos que saber” (2008). Este decálogo es una guía donde ofrecen unas recomendaciones prácticas que proporcionen al usuario un conjunto de orientaciones básicas que deben tenerse en cuenta al obtener información sanitaria en la web, a fin de utilizar de forma adecuada y responsable la información sanitaria obtenida en Internet (ver Cuadro 4.4).

Como respuesta a inmensas cantidades de información disponible en internet ha surgido lo que se ha denominado curación de contenidos, término que es la traducción más común de la acción ejercida por el Content Curators, usuarios expertos buscan y seleccionar los informaciones relevantes en un área, para lo cual pueden apoyarse en herramientas tales como Pearltrees (<http://www.pearltrees.com>), Parper.li (<http://paper.li>) y Scoop.it (<http://www.scoop.it>). Un ejemplo del uso de la misma para la curación de contenidos en las áreas de la salud pública y de procesos educativos con implementación de las TIC y son <http://www.scoop.it/t/salud-publica> y <http://www.scoop.it/t/educacion-y-tic> respectivamente. Los aspectos más importantes de la curación de contenidos se pueden ilustrar en una infografía disponible en el siguiente enlace <http://www.trecebits.com/2013/09/10/>

Cuadro 4.4: Decálogo para el uso de las webs de salud

qué debemos saber

- Internet es una fuente de información muy útil sobre temas de salud y constituye una interesante herramienta complementaria de orientación para el público en general y pacientes.
- Es conveniente mantener siempre una actitud vigilante ante la información de salud en Internet ya que existen webs que pueden presentar mensajes confusos, curas milagrosas o verdades a medias.
- Desconfíe de los productos infalibles o efectivos para una amplia gama de dolencias, con "ingredientes secretos" o "antiguos remedios", así como de promociones especiales, obsequios o rebajas para la obtención de tratamientos.
- No deben adquirirse por Internet medicamentos que requieran receta médica, recuerde que está prohibido. Para el resto de medicamentos deben seguirse las recomendaciones de las autoridades sanitarias.
- Antes de ofrecer información personal o sobre su salud debe asegurarse de conocer y comprender adecuadamente cuál será la utilización que se realizará de sus datos.
- Cuando visite una web con información sanitaria debería poder responder a preguntas como: ¿quiénes son los responsables de la web?, ¿cuál es la fuente original de la información?, ¿aparecen profesionales sanitarios identificados?, ¿está actualizada?, ¿quién financia la web?, ¿se especifica cómo contactar con los responsables?, ¿los contenidos publicitarios están claramente diferenciados?
- Antes de realizar cualquier pago por Internet debe asegurarse que la transacción es segura y cuáles son los términos del servicio que se va a obtener.
- Si ha sido víctima o ha detectado algún fraude en alguna web notifíquelo a las autoridades sanitarias y/o a las asociaciones de consumidores.
- En los sitios web que disponen de aplicaciones relacionadas con el correo electrónico, chats, foros y blogs, valore los términos de uso y las cláusulas legales que ofrecen estos servicios para conocer su utilidad y limitaciones.
- Ante cualquier duda sobre la información obtenida en Internet y antes de tomar decisiones que puedan afectar su salud o la de sus familiares, consulte siempre con su médico, farmacéutico, personal de enfermería u otros profesionales de la salud que le aconsejarán adecuadamente.

(Tomado de http://www.guiasinfosalud.es/doc/guia_diptico.pdf)

[todo-sobre-la-curacion-de-contenidos-infografia/](#)

4.3 eSalud y eLearning

La electronicHealth, e-Health, eHealth; o eSalud es un término asociado a la provisión de servicios de salud en íntima relación con la tecnología. Eysenbach (2001) la definió como “un campo emergente en la intersección de la informática médica, salud pública y las iniciativas privadas, en referencia a los servicios de salud y la información entregada o mejoradas a través de Internet y las tecnologías relacionadas. En un sentido más amplio, el término caracteriza no sólo un desarrollo técnico, sino también un estado de ánimo, una manera de pensar, una actitud y un compromiso para las redes y el pensamiento global, para mejorar la atención de la salud a nivel local, regional y mundial mediante el uso de tecnología de información y comunicación”. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) (2011) la ciber salud o eSalud: “consiste en el apoyo que la utilización costo-eficaz y segura de las tecnologías de la información y las comunicaciones ofrece a la salud y a los ámbitos relacionados con ella, con inclusión de los servicios de atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitaria, así como la educación, los conocimientos y las investigaciones en materia de salud”. (p. 1-2). Entre los componentes que se establecen como principales destacan (OMS, 2011):

1. Registro médico electrónico (o historia clínica electrónica)

2. Telesalud (incluida la telemedicina).
3. mSalud (o salud por dispositivos móviles): es un término empleado para designar el ejercicio de la medicina y la salud pública con apoyo de los dispositivos móviles, como teléfonos móviles, tabletas, dispositivos de monitoreo de pacientes y otros dispositivos inalámbricos. En este sentido son destacables las Aplicaciones Médicas Móviles (Med-Apps o simplemente Apps, aplicaciones de software para proporcionar servicios de salud y gestionar la información del paciente
4. eLearning (incluida la formación o aprendizaje a distancia). El uso de las TIC para educación en salud, se ha complementado con el desarrollo de soluciones tecnológicas como las aplicaciones que permiten al personal de salud el acceso a espacios para la formación y actualización desde lugares que cuenten con conectividad a internet
5. Educación continua en TIC.
6. Estandarización e interoperabilidad, lo cual requiere del uso de estándares para una gestión integrada de los sistemas de salud en todos los niveles desde cualquier dispositivo.

En el ámbito de elearning y la educación continua en TIC se destacan los Entornos Virtuales de Aprendizaje (EVEA) que se definen como un proceso o actividad de enseñanza-aprendizaje que se desarrolla través de Internet fuera de un espacio físico y temporal permitiendo ofrecer una diversidad de recursos para apoyar la enseñanza considerando los diferentes estilos de aprendizaje. Representan un paradigma diferente al de la educación tradicional, ya que centra sus procesos en el estudiante, lo invita a construir conocimiento a partir de sus propias ideas, experiencias o expectativas para satisfacción de sus necesidades y en su contexto; además de permitirle investigar con métodos propios para obtener resultados positivos con intenciones dirigidas a la resolución de problemas.

La educación continua en salud, para la formación y la reducción del aislamiento laboral es una aplicación concreta de las TIC en beneficio del personal de salud. La difusión de materiales y programas de educación distancia a través de soportes basados en las TIC (ya sea Internet o soportes electrónicos de almacenamiento), permite al personal salud, especialmente los que están en lugares remotos o aislados, continuar su formación y actualizar sus conocimientos. Un beneficio indirecto es la reducción de la sensación de aislamiento profesional en zonas rurales, remotas o aisladas (Crespo, 2007).

UNESCO (2013) presentó el documento “Enfoques Estratégicos sobre las TICs en Educación en América Latina y el Caribe” donde se destacan en relación a las TIC y nuevas prácticas educativas los siguientes aspectos: personalización, foco en los resultados de aprendizaje, ampliación de los tiempos y espacios para el aprendizaje, nuevas experiencias de aprendizaje, construcción colaborativa de conocimientos y la gestión del conocimiento basada en evidencia. La UNESCO ha identificado también varios principios de éxito para integrar a las TIC a la educación: liderazgo y respaldo por parte del gobierno y la administración pública, planificación educativa detallada y con objetivos claros y no anecdóticos, elección del tipo de tecnología acorde a objetivos y capacidades previas, entrenamiento en TIC de los recursos humanos involucrados, calidad y diversidad cultural en los contenidos y aplicaciones específicas para los nuevos entornos educativos, política y regulación de las TIC en educación y cooperación transparente entre los actores involucrados.

También se recomienda conocer los tipos de tecnologías para interacción, antes de elaborar una estrategia de instrucción para un modelo de educación en entorno virtual. Pueden ser de tipo de presentación de información como una presentación en Power Point, interactivas como el uso de chats y colaborativas como la escritura colaborativa de wikis (Velasco, 2012). Algunas de las principales técnicas de trabajo colaborativo, que pueden ser mediadas por TIC son: trabajo en parejas, lluvia de ideas, votaciones, valoración de decisiones, pro y contras, debate y foro, discusión de pequeños grupos, controversias estructuradas, grupos de investigación, simulaciones y juegos de rol, estudio de casos y trabajo por proyectos. Más recientemente se ha incorporado el

uso de las redes sociales como medio de integración de estrategias didácticas utilizando las TIC.

El uso de las redes en los procesos de enseñanza-aprendizaje ha permitido identificar tres modelos básicos reconocidos: 1. Las aulas virtuales como redes para complementar cursos tradicionales presenciales, 2. Las redes informáticas y los medios de comunicación para facilitar las interacciones entre estudiantes, docentes y materiales, de metodología colaborativa y 3. Los cursos en red. Hay que hacer notar que las nuevas tecnologías, las redes sociales y la revolución de la Web 2.0 están transformando e innovando el modelo de salud, centrándolo más en el ciudadano en conjunto con la información recibida por parte de profesionales y pacientes que interactúan en las redes sociales especializadas en las diferentes áreas (Fernández, 2013).

Teorías modernas socioculturales del aprendizaje integrado a los EVEA generan nuevos contextos desde una estructura de acción tecnológica, dan pie a nuevos umbrales de representación del conocimiento e influyen en los marcos de pensamiento y desarrollo del individuo (Suárez Guerrero, 2003). Entre estos nuevos enfoques destaca el Conectivismo, donde el aprendizaje es definido como un proceso que ocurre en ambientes difusos, sin control del individuo, como un conocimiento aplicable y que puede residir fuera del individuo y estar enfocado en conectar conjuntos de información especializada a través de las conexiones que le permiten aprender más y que tienen mayor importancia que el estado actual del conocimiento. Es la integración de principios explorados por las teorías del caos, redes, complejidad y auto-organización (Siemens, 2004). Se fundamenta en principios relacionados con la era digital, la interrelación de individuos a través de redes, nodos, fuentes de información, las habilidades de ver conexiones entre áreas, ideas y conceptos, la crítica y la toma de decisiones (Del Moral, Cernea y Villalustre, 2010). Aunque el punto de partida es el individuo, el conocimiento se genera a través de la red y su alimentación por un conjunto de individuos. Al conectivismo se le atribuyen implicaciones en otros aspectos de la vida como la administración y el liderazgo, la información y los medios, lo organizacional y el diseño de ambientes de aprendizaje.

La construcción de un modelo de enseñanza aprendizaje en entorno virtual para personal de salud representa una puesta en práctica de un nuevo tipo de relaciones e interacciones entre profesores y alumnos, una revisión de las teorías de la educación, sin obviar la formalidad del diseño de instrucción ni tomar a la ligera los procesos, por creer que la tecnología lo sustituye o lo soluciona todo. También es una tarea compleja que depende de factores como el acceso asequible a las mismas, las habilidades suficientes para su uso y el desarrollo de aplicaciones para estos nuevos modelos educativos

Referencias

- Crespo, E. (2008) Guía para el análisis del impacto de las tecnologías de información y comunicación en el desarrollo humano. Tesis de maestría. Escuela Universitaria de Ingeniería Técnica de Telecomunicaciones, Universidad Politécnica de Madrid. España
- Del Moral, E., Cernea, D. y Villalustre, L. (2010) Objetivos del aprendizaje 2.0: una nueva generación de contenidos en contextos conectivistas. RED Revista de Educación a Distancia, N 25. <http://www.um.es/ead/red/25/>
- Gabarróna, E. y Fernández, L. (2012). eSalud y vídeos online para la promoción de la salud. Gac Sanit. 2012; 26:197-200 - Vol. 26 Núm.3 DOI: 10.1016/j.gaceta.2012.03.004. Disponible en <http://gacetasanitaria.elsevier.es/es/esalud-videos-span-class-elsevierstyleitaliconline-span-articulo/S0213911112001355/>
- Eysenbach, G. "What is e-health?" Journal of Medical Internet Research 3.2 (2001): e20.
- Fernández, A. y Oviedo, E. (2010), Salud electrónica en América Latina y el Caribe: avances y desafíos, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea], <http://celac.cl/publicaciones/xml/5/41825/di-salud-electronica-LAC.pdf>

- Fernandez, M. (2003) Desarrollo de un ambiente virtual de Aprendizaje en Salud Pública. disertación Aplicada (tesis Doctoral) ,Nova Southeastern University.
- Fernández Silano M. (2013) Salud 2.0. Impacto de las Tecnologías de la Información Y la Comunicación sobre la Información en Salud. En: Echezuría Marval L, Fernández Silano M, Rísquez Parra A, Rodríguez-Morales A. Editores. Temas de epidemiología y salud pública. Caracas, Venezuela: EBUC.
- Hudson, H. (2006) From rural village to global village. Telecommunications for Development in the Information Age. Lawrence Earlbaum Associates.
- Jardines Méndez, JB (2007) Educación en red: mucho más que educación a distancia. Experiencia de las universidades médicas cubanas. Educ Med Super. [en línea]. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412006000200007&lng=en&nrm=iso
- Miguel, V. y Fernández, M. (2013). Redes Sociales y Colstrucción del Conocimiento. En A.B Martínez y N. Hernández (Compiadoras) “Comunidades Virtuales de Aprendizaje”. Caracas, Venezuela. Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico, Universidad Central de Venezuela.
- OMS/OPS (2011), Estrategia y Plan de Acción sobre eSalud. Washington DC. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14573&Itemid=
- O'Reilly T. (2005). What Is Web 2.0. Design Patterns and Business Models for the Next Generation of Software. Disponible en <http://oreilly.com/web2/archive/what-is-web-20.html>
- Siemens, G. (2004). Connectivism: A Learning Theory for the Digital Age. <http://www.elearnspace.org/Articles/connectivism.htm>
- Suárez Guerrero, C (2003) Los entornos virtuales de aprendizaje como instrumento de mediación. Revista electrónica de la Universidad de Salamanca [en línea] Vol 4. Disponible <http://www.usal.es/teoriaeducación/rev>
- UNESCO (2013). Enfoques Estratégicos sobre las TICs en Educación en América Latina y el Caribe. Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe (OREALC/UNESCO Santiago), Chile. Disponible en <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/images/ticsesp.pdf>
- Velasco, R. (2012) Antes de empezar – Manual del Cursos Educación Expandida. <http://www.slideshare.net/ravsirius/antes-de-empezar-cursos-educacin-expandida?from=embed>
- Wootton, R. y Bonnardot, L (2010) In what circumstances is telemedicine appropriate in the developing world? Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports 1(5):37. doi: 10.1258/shorts.2010.010045.
- Wootton, R., Patil, N.G., Scott, R, E, y Ho, K. (2009). Telehealth in the developing world Wootton, , The Royal Society of Medicine Press Limited, Londres.

5 — Diseño y gestión de proyectos de EAN

Luisa Saravia

5.1 Introducción

Un proyecto de educación alimentario nutricional (EAN) es un emprendimiento planificado consistente en un conjunto de actividades (en general educativas, como talleres, actividades grupales, elaboración de materiales educativos, entre otras) interrelacionadas y coordinadas con el fin de alcanzar objetivos específicos dentro de los límites de un presupuesto y un período de tiempo dados. Es, por lo tanto, la unidad operativa dentro de un proceso de planificación y constituye el eslabón final de dicho proceso. Está orientado a la producción de determinados bienes y servicios como medio para satisfacer necesidades básicas, construir capacidades, modificar condiciones de vida o introducir cambios en los comportamientos en los estilos de vida, en los valores o en las actitudes que sustentan al grupo de población al cual se dirige. Si bien, en general, todos los proyectos sociales tienen un componente educativo importante, aquellos proyectos cuya intervención es netamente educativa como los de EAN, tienen algunas características propias que los diferencian de otro tipo de proyectos sociales.

El diseño de proyectos consiste en un proceso integrador que vincula los contenidos de un proyecto, sus metas, estrategias, productos, actividades y recursos, con el contexto en el que tiene lugar el problema a resolver y, al final, con la imagen a futuro que se quiere conseguir si se llevan a cabo las actividades propuestas y se obtienen los resultados previstos. Es también una herramienta clave que facilitará las mejores formas de implementación, una vez aprobado el proyecto y obtenido el financiamiento para su puesta en funcionamiento.

Si bien en algunas ocasiones los términos política, plan, programa y proyecto se usan como sinónimos o se confunden, con la finalidad de aclarar los conceptos que se manejarán en esta oportunidad, se definirán de la siguiente manera:

La política es un conjunto de decisiones, principios y normas que orientan la adopción de medidas encaminadas a alcanzar objetivos y metas concretas, con la finalidad de legitimar y ejercer poder para satisfacer determinadas necesidades de un país, sector, institución u organización. Los países no suelen tener políticas exclusivas de EAN, las acciones que se vinculan a ésta en general, se encuentran comprendidas entre las leyes vinculadas al derecho alimentario y a las políticas de salud y nutricionales.

Un plan es la suma de programas que quieren alcanzar los objetivos comunes de las políticas.

Los programas son instrumentos de planificación para organizar los objetivos y metas trazadas en los planes generales de desarrollo, que quedan establecidos como reflejo de las políticas de los países, de las diferentes regiones, instituciones u organizaciones; se constituyen por un conjunto de proyectos que persiguen los mismos objetivos y por lo tanto, permiten la

implementación del programa. Establecen prioridades de intervención, identificando y ordenando los proyectos, definiendo el marco institucional y asignando los recursos a utilizar. Un programa debe representar la expresión operacional de los planes y las políticas de un país; como tal, su contenido e identidad deberían surgir del consenso y la negociación entre entidades formales y no formales del país, desde el nivel nacional, hasta los niveles locales.

5.2 Las instituciones y las Organizaciones y su relación con los proyectos

Una vez diseñado el proyecto de EAN, para la puesta en marcha del mismo, el profesional o el equipo de trabajo responsable de su implementación, deberá obtener los recursos (humanos, materiales y financieros) para su puesta en funcionamiento. Estos recursos podrán provenir de la institución en la cual el profesional o el equipo se desempeñan, de una organización vinculada a la temática del proyecto alimentario nutricional y de mejora en los estilos de vida, de una empresa privada que destina fondos para la implementación de proyectos en diferentes áreas, entre otros.

Parte del éxito en obtener el financiamiento del proyecto dependerá del conocimiento previo que tenga el profesional o equipo responsable del diseño, de la institución u organización a la cual será presentado y de cuánto se reflejen las características de dicha institución en la formulación del proyecto. Por lo tanto, a la hora de diseñar un proyecto que proponga una intervención, se debe analizar primero el marco en el que se producirá y desarrollará la misma.

Para que un determinado proyecto sea sostenible, el entorno (la institución u organización) tiene que ser consistente con los requerimientos para su gestión; pero también impone demandas sobre el proyecto, para que sea armonioso con el entorno. Los impactos son sostenibles si perduran en el tiempo, aún en ausencia de las intervenciones que los generaron. Para que los impactos de los proyectos sean sostenibles, la institución u organización tiene que apoyarlo y los impactos tienen que ser consistentes y mantenibles en las dinámicas múltiples del entorno. La sostenibilidad, entonces, depende de determinadas características y comportamientos del entorno y del proyecto, y de la armonía entre los dos. En el caso específico de proyectos de EAN, en donde lo que se buscará es el cambio en los comportamientos alimentarios y en el estilo de vida de las personas, la sostenibilidad del proyecto es fundamental para asegurar que el nuevo comportamiento se mantenga en el tiempo.

Se debe conocer los procedimientos de operación de las instituciones/organizaciones financiadoras por lo que es necesario informarse al respecto conociendo cuáles son sus expectativas en cuanto al contenido del proyecto, cuál es su calendario (cuál es el mejor momento para presentar el proyecto), ya que estos aspectos, entre otros, pueden ser influenciados para favorecer el financiamiento del proyecto.

5.3 Factores determinantes del resultado de los proyectos

Para que el proyecto se desarrolle en forma exitosa se recomienda que no sea impuesto o decidido fuera de la institución u organización que lo adoptará. Esto implica que si el mismo es formulado por un equipo externo a la misma, éste debe tener un conocimiento profundo de las necesidades institucionales y negociar con la institución u organización su puesta en funcionamiento. Si por el contrario, el proyecto surge de un equipo de la propia institución u organización, sus posibilidades de implementación son mayores pero igualmente será necesario negociar con las autoridades y el resto de los integrantes su puesta en funcionamiento.

Por otra parte es altamente aconsejable que los destinatarios del proyecto participen de la formulación del mismo, desde la etapa de diagnóstico y hasta la evaluación final del proyecto. Si las personas que van a recibir los beneficios del proyecto no entienden la pertinencia de los mismos en ese momento de su vida, o si no sienten la necesidad de mejorar algunos de

los aspectos de su cotidianeidad que el proyecto intenta cambiar, el fracaso del mismo es casi seguro. Los proyectos que involucran cambios en los estilos de vida necesitan que esos cambios sean percibidos por la población destinataria como realmente necesarios; en caso contrario, es probable que el proyecto no llegue a buen fin.

Asimismo deben existir una serie de condiciones que faciliten su implementación futura. Se considera que si estas condiciones facilitadoras no se dan, o están presentes únicamente al momento de iniciarse el proyecto, deberán hacerse esfuerzos para crearlas durante la implementación del mismo para así asegurar la sostenibilidad del proyecto. Las condiciones son:

- Apoyo del nivel de decisión

El apoyo de la autoridad de la institución u organización en la que se enmarca el proyecto es esencial para ponerlo en práctica ya que facilita la coordinación intersectorial, asigna los recursos materiales y humanos, permite el efecto multiplicador y da continuidad en el tiempo. Todos estos aspectos son determinantes de la efectividad de la acción para el logro de los objetivos propuestos. Cuando se trata de un proyecto de carácter nacional, se requiere de decisiones que involucran a diversos sectores, necesiéndose de planes o programas que cuenten con el respaldo del Gobierno.

- Institucionalidad de base

La existencia de instituciones de salud, educación, agricultura, sociales y otras, de reconocido nivel técnico y con políticas estables respaldando la acción, facilitará la implementación de proyectos de mayor cobertura y continuidad, especialmente si dichas instituciones cuentan con personal con la formación y motivación necesarias. También será necesario que exista una necesidad sentida de cambio, si la adopción de un enfoque nuevo así lo requiere, y apertura para el aprendizaje, es decir, deseo de innovar y tomar riesgos en busca de resultados. Por otra parte, si los múltiples niveles de la institución u organización se ven involucrados en las etapas de diseño, implementación, monitoreo y evaluación se facilitará la aceptación y puesta en funcionamiento del proyecto.

- Financiamiento

Como toda intervención, la implementación de un proyecto necesita de recursos económicos para el diagnóstico, programación, ejecución y evaluación de las acciones realizadas. Los principales costos se refieren a personal, material e insumos para el desarrollo de las acciones, los que requieren continuidad en el tiempo, para lograr resultados efectivos. Confeccionar un presupuesto requiere del equipo responsable de la planificación del proyecto, la capacidad para calcular los recursos necesarios en personal, locales o planta física, maquinaria, equipos y útiles, transporte, costos de administración, etc. Dependiendo de la magnitud del proyecto, de los requerimientos de la entidad financiadora y de los conocimientos del equipo responsable, puede ser necesario contar con un profesional idóneo (contador, economista o ingeniero, por ejemplo) que colabore en el armado del presupuesto. Los integrantes del equipo, por su parte, deberán tener muy claro los objetivos que se persiguen, los productos que se pretenden alcanzar, las actividades previstas y los materiales necesarios para facilitar el trabajo del experto.

5.4 Etapas de la Programación

En el análisis del proceso de gestión de un proyecto de características educativas, sociales o de salud (no un proyecto de inversión que incluye otra serie de etapas vinculadas a la inversión propiamente dicha), pueden distinguirse distintas fases en el ciclo de acción: los momentos de formulación o diseño, la sanción o aprobación, la ejecución y seguimiento y la evaluación. En

ellas se movilizan recursos y se hace uso de metodologías específicas. En cada fase se deben realizar acciones diferenciadas pero a la vez articuladas, coordinadas y convergentes para el logro de los objetivos. En éstas intervienen múltiples actores con diferente capacidad decisoria, ya sea como agencias con competencia política o técnica o como participantes con distinto grado de responsabilidad, involucramiento o continuidad en la acción. La gestión del proyecto consiste en dar unidad y coherencia al ciclo de acción.

Los proyectos educativos tienen, por consecuencia, un conjunto de productos, resultados e impactos y es responsabilidad de la gerencia que éstos sean coherentes con la concepción y los fines del proyecto asegurando su eficacia y efectividad.

5.4.1 Diseño del Proyecto

El diseño de proyectos consiste en un proceso integrador que vincula los contenidos de un proyecto, sus metas, estrategias, productos, actividades y recursos, con el contexto en el que tiene lugar el problema a resolver y, finalmente, con la imagen a futuro que se quiere conseguir si se llevan a cabo las actividades propuestas y se obtienen los resultados previstos. Para que un proyecto esté bien diseñado y formulado debe explicar lo siguiente:

- Razones por las que se necesita realizar el proyecto (fundamentación)
- A qué fin contribuirá el logro de los objetivos del proyecto (finalidad)
- Qué se espera obtener del proyecto en caso de que tenga éxito (objetivos)
- A quién va dirigido el proyecto (beneficiarios directos e indirectos)
- Qué debe producir el proyecto para crear las condiciones básicas que permitan la consecución del objetivo (productos)
- Con qué acciones se generarán los productos (actividades)
- Qué recursos se necesitarán para obtener el producto y lograr el objetivo propuesto (insumos)
- Quién ejecutará el proyecto (responsables y estructura administrativa)
- Cómo se ejecutará el proyecto (metodología)
- En cuánto tiempo se obtendrán los productos y se lograrán los objetivos previstos (cronograma)
- Cuáles son los factores externos que deben existir para asegurar el éxito del proyecto (prerrequisitos).

El proyecto debe, además, responder a las siguientes preguntas:

QUÉ	se quiere hacer	Naturaleza del proyecto
POR QUÉ	se quiere hacer	Origen y fundamentación
PARA QUÉ	se quiere hacer	Objetivos, propósitos
CUÁNTO	se quiere hacer	Metas
DÓNDE	se quiere hacer	Localización física
CÓMO	se va a hacer	Actividades, tareas, metodología
CUÁNDO	se va a hacer	Cronograma
A QUIÉNES	va dirigido	Destinatarios o beneficiarios
QUIÉNES	lo van a hacer	Recursos humanos
CON QUÉ	se va a hacer	Recursos materiales Recursos financieros

Un proyecto surge de la identificación de una situación que se desea modificar: el problema que se propone solucionar. Un problema social es una condición que se establece como tal por un número considerable de personas como una desviación de las normas sociales habituales. Un problema alimentario nutricional en una población es un estado de malnutrición por déficit (desnutrición infantil o materna, carencias específicas por ausencia de algunos nutrientes en la

dieta, por ejemplo) o de malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad en diferentes grupos de edad, enfermedades no transmisibles asociadas a la dieta, entre otros) causado por distintos factores económicos (como el acceso y la disponibilidad de alimentos), de salud y comportamentales (como malos hábitos alimentarios). La identificación del problema se inicia con el reconocimiento de una tensión entre lo que se está observando o viviendo y lo que se considera que debe ser y puede ser. Esta tensión, incomodidad o inconformidad genera un problema a quienes la experimentan. A su vez, la manera en que se interpreta y se define va a influenciar las decisiones sobre sus vías de solución y condicionar las alternativas que se consideran para su solución.

Por lo tanto, lo primero para diseñar el proyecto es determinar el problema que se va a tratar y establecer su magnitud. Para ello es necesario realizar una evaluación inicial o diagnóstico de situación.

5.4.1.1. Diagnóstico

Efectuar un diagnóstico implica realizar una descripción y un análisis preciso y lo más objetivo posible de la situación que se desea modificar, el cambio del comportamiento alimentario o del estilo de vida que se entiende que la población necesita adquirir o modificar. El diagnóstico intentará ser realista considerando que se deberá tomar en cuenta para su realización, datos y fuentes confiables que sean posibles de ser modificadas. El diagnóstico proporciona los elementos necesarios para la toma de decisiones sobre la orientación que se dará al proyecto, para la jerarquización de actividades y para crear la línea de base que permitirá su evaluación posterior. Identifica y especifica el nivel del problema y en tal sentido, al momento de formular el proyecto, se podrán fijar objetivos y metas más concretas.

La información juega un papel muy importante en todas las fases de la formulación e implementación del proyecto por lo que es fundamental que sea relevada adecuadamente en la etapa del diagnóstico.

La información es necesaria para la formulación e implementación de las acciones a todos estos niveles:

- Para iniciar y conseguir el apoyo para la ejecución del proyecto.
- Información para el conocimiento de los factores que afectan la situación social, sanitaria y alimentaria a nivel comunitario, familiar e individual.
- Información para la identificación de las mejores opciones de diseño y las mejores estrategias de intervención.
- Información sobre experiencias previas en el país y en la región.
- Percepciones, reacciones y proposición de la comunidad sobre las posibilidades de acciones de cambios en su situación de salud y nutrición.
- Información para la identificación de “cuellos de botella” antes y durante la implementación de los procesos.
- Costos y costo-efectividad de las estrategias.

Recolección de la información

La identificación de los problemas sólo es posible si se puede obtener un cuadro preciso de la situación existente, que permita decidir lo que debe hacerse y medir más adelante los cambios producidos por el proyecto. Este cuadro preciso debe estar cuantificado de forma que cuando se instrumenten las acciones del proyecto, sea posible volver a medir los resultados obtenidos para compararlos con la situación inicial.

Una clasificación gruesa de las fuentes de información y las opciones más recomendadas en cada una de ellas dividen estas fuentes en los niveles del hogar, comunidad y contexto nacional.

A nivel del hogar, la información recolectada es necesaria para la mayoría de los pasos del diseño e implementación de los proyectos, principalmente para conocer las percepciones y

proposiciones de los beneficiarios y actores. Para recolectar esta información se recomienda un buen equipo de trabajadores comunitarios motivados e informados.

A nivel comunitario, el tipo de información dependerá del enfoque en la planificación que el proyecto vaya a utilizar. La planificación basada en la comunidad se basará más en la capacidad de ésta para diagnosticar su situación.

En las comunidades en que las personas están bien informadas y entrenadas para analizar críticamente su realidad e implementar la gestión para la resolución de los problemas, los sistemas de monitoreo y promoción del crecimiento podrían, en teoría, ser una buena fuente de información sobre los problemas de la comunidad. Para esto es necesario además que existan vínculos consolidados y de credibilidad entre el nivel comunitario y los niveles administrativos del proyecto.

En las comunidades en las que las actividades de desarrollo sean incipientes y en las que todavía no haya un sistema de monitoreo de crecimiento funcional, se recomienda más pensar en sistemas de información comunitarios basados en el seguimiento y la evaluación de las necesidades básicas de la comunidad, apoyados con la asistencia técnica de otros grupos que participen en diagnósticos comunitarios, selección de indicadores y acciones posibles con base en la información.

A nivel nacional las fuentes de información pueden ser múltiples: oficinas centrales de estadística, unidades de planificación, centros de investigación, universidades, sistemas de vigilancia sanitaria y de alimentación y nutrición, agencias no gubernamentales, agencias internacionales. Entre los problemas más graves de la información proveniente de estas fuentes está el retardo de su difusión y el poco nivel de análisis al que esta información es sometida antes de su uso.

Otra fuente importante de información son las encuestas nacionales que recolectan información sobre varias áreas de interés, pero principalmente sobre indicadores socioeconómicos e indicadores de salud, alimentación y nutrición.

A los efectos de la recolección, se puede agrupar la información en relación a:

- Información básica
- Descripción de la situación problema
- Descripción del comportamiento de la población afectada por el problema y sus causas
- Definición de la situación institucional
- Información básica: algunos aspectos a investigar, dependiendo del tipo de problema a solucionar y de las características de las respuestas que se pretenden ofrecer a través del proyecto, son:
 - El territorio geográfico
 - La situación socioeconómica (niveles de ingreso económico, ocupación y vivienda, escolaridad)
 - La situación ambiental (saneamiento, agua, disposición de la basura)
 - Las instituciones de acción social (públicas y privadas), organizaciones barriales de la zona
 - Los servicios de salud
 - Los servicios de alimentación y las instituciones que brindan asistencia alimentaria
 - El estado de salud y nutricional de la población
 - La producción de alimentos
 - Los programas sociales, educativos, sanitarios, alimentario-nutricionales disponibles para la población
 - Las organizaciones no gubernamentales (ONGs) con actividades vinculadas a lo social, la salud, la educación, la nutrición, entre otras.
 - Los recursos humanos capacitados.
- Situación problema: Los problemas son vacíos, carencias, necesidades o dificultades que

se perciben mediante el conocimiento de la realidad, los cuales demandan una propuesta para calmarla o resolverla; esta respuesta a los problemas es el proyecto. Del problema se necesita conocer:

- Naturaleza del problema:
 - de salud
 - ambiental (falta de agua potable, poca higiene, etc.)
 - hábitos y prácticas alimentarias inadecuadas, etc.
- Magnitud del problema
- Población afectada: morbi-mortalidad, grupos vulnerables
- Causas directas e indirectas del problema
- Actividades previstas para enfrentar el problema (desde los servicios de salud, las organizaciones barriales)
- Comportamiento de la población frente al problema y sus causas. Factores que predisponen, posibilitan y refuerzan
- Formas de comunicación (familia, vecinos, barrio, etc.)
- Formas de organización local, existencia de dirigentes y líderes
- Situación institucional
- Política y normas existentes para enfrentar el problema
- Recursos concedidos o disponibles (humanos, financieros, materiales, tiempo)
- Instituciones y recursos de la comunidad

En función del número y la magnitud de los problemas relevados, puede ser necesario establecer prioridades que permitirán buscarles soluciones a través de diferentes tipos de proyectos. Este ordenamiento de problemas de acuerdo a las posibilidades de solución es recomendable trabajarlo junto a la institución u organización que lo financiará y, por supuesto, con la comunidad que será la beneficiaria del proyecto.

Fuente de los datos

Es conveniente precisar en el momento en que se identifiquen los datos necesarios, las fuentes que proveerán dichos datos. Las fuentes de información comprenden:

- Personas del lugar que pueden dar información sobre los problemas de salud, la situación socioeconómica y educativa de la población, otro tipo de problemas, causas del problema, recursos y necesidades de la comunidad, expectativas e intereses.
- Datos rutinarios procedentes de los sectores sanitarios, educativos y otros, que ofrezcan detalles sobre el estado de salud y nutricional de la población, la asistencia a los centros de atención primaria de la salud, la inscripción escolar, los índices de asistencia y abandono, así como los resultados escolares.
- Encuestas de salud y nutrición y datos de vigilancia del estado de salud y nutricional que dan información actual y prevista sobre la naturaleza y extensión de los problemas de salud, malnutrición y de enfermedades comunes, así como de seguridad alimentaria.

En algunos casos la fuente de los datos son parte del sistema de información de las instituciones, en otras habrá que desarrollar métodos para establecer fuente de datos propios del proyecto.

Cuando se usan datos ya existentes en las instituciones o se obtienen de publicaciones de organismos reconocidos, se estaría recurriendo a fuentes secundarias de información. Estos datos son recopilados por gestores, frecuentemente para otros fines. Se trata de datos ya relevados, que pueden ser utilizados directamente o pueden ser procesados de tal manera que resulten útiles para los procesos de evaluación y monitoreo.

Las fuentes primarias de información son las que se recolectan directamente en la comunidad, se trata de datos obtenidos de primera mano, por los que están gestionando el proceso de

implementación del proyecto, por medio de procesos de recopilación que ellos mismos diseñan y gestionan.

En general se recomienda que, siempre que sea posible, en los procesos de diagnóstico y análisis de problemas se tomen las fuentes secundarias, pues se puede economizar los esfuerzos y los recursos de recopilación de datos.

Interpretación o análisis de la información

La información sobre la situación recolectada debe ser registrada y procesada de tal manera que permita identificar los problemas existentes, quiénes son los afectados, cuántos son, dónde están y cuáles son los factores causales de los problemas detectados. Se debe además, agregar el análisis de la información correspondiente a los programas y proyectos en marcha en organismos gubernamentales y no gubernamentales, cuyos efectos constituyen antecedentes que deben ser considerados antes de adoptar una decisión respecto a la realización de nuevas intervenciones.

Para establecer que existe un problema es necesario comparar la información encontrada con criterios preestablecidos, habitualmente patrones o estándares de referencia utilizados en el país.

El resultado de dicho análisis establecerá el marco de referencia inicial a partir del cual se realizará la planificación, debiendo tenerse en cuenta los alcances de la intervención tratando de actuar coordinadamente con otras instituciones o profesionales de manera de lograr un mayor impacto.

Un diagnóstico eficaz es la base de la formulación de un grupo de objetivos que, si se logran, deben tener un impacto importante en los comportamientos de salud de la población contribuyendo a resolver el problema.

5.4.1.2. Planificación

Planificar es aplicar un proceso que conduce a decidir acciones, cómo hacerlas, en que tiempo, con qué medios y cómo evaluarlas. Es definir y plantear en forma encadenada el camino que va a conducir a la obtención del cambio deseado.

El trabajo de planificar es fundamentalmente “de escritorio” y es el momento en que se describe cómo se desarrollará el proyecto y se justifica su implementación. A medida que se va planificando se va escribiendo el documento en el que se plasmarán las intenciones a llevar adelante.

El proceso de formulación varía según los requerimientos de las instituciones y organizaciones a las cuales se les presentará el proyecto, y de acuerdo al carácter del mismo. A continuación se describen una serie de pasos que pueden guiar la elaboración y diseño de proyectos. Este esquema debe utilizarse con flexibilidad y creatividad, adaptándolo a las exigencias de cada caso concreto.

a) Resumen Ejecutivo

Aunque es lo último que se prepara en la fase de diseño, la información general o resumen ejecutivo del proyecto es una breve descripción que identifica claramente los objetivos, el costo, la duración y la entidad promotora del proyecto.

Algunas instituciones u organizaciones proveen un formato específico, otras simplemente sugieren que se elabore un resumen; en cualquier caso, es absolutamente necesaria la presentación de este componente, pues permite visualizar de una manera ágil y fácil la radiografía del proyecto.

Algunos contenidos de este resumen pueden ser:

- **Título del proyecto:** Es el nombre con el que se identifica el proyecto, el cual debe reflejar brevemente lo que se va a hacer, el resultado de la acción y la localización del mismo.
- **Fecha:** Fecha de presentación del proyecto.
- **Organización solicitante:** Identificar la institución, organización, equipo de trabajo o profesional solicitante o promotora del proyecto y responsable de la ejecución. Mencionar

el nombre, dirección, teléfono, dirección de correo electrónico y número de personería jurídica u otro número que identifique a la entidad o profesional

- Personal responsable del proyecto (si es diferente al de la organización solicitante): Nombre, dirección, teléfono, dirección de correo electrónico, número de documento de identidad.
- Ubicación geográfica del proyecto (si corresponde): Especificar la sede del proyecto.-
Objetivo general del proyecto: Estipular brevemente qué se va a realizar en el proyecto y cuáles son los resultados esperados.
- Costo total del proyecto: Cuántos son los desembolsos totales en los que se incurrirá, discriminando los aportes de cada una de las fuentes de recursos, y si éstos son donaciones, préstamos o autogenerador.
- Duración del proyecto: Tiempo total estimado para su ejecución.

EJEMPLO

RESUMEN EJECUTIVO DEL PROYECTO

1. *Título*
2. *Fecha*
3. *Organización solicitante*
4. *Persona responsable del proyecto*
5. *Ubicación geográfica del proyecto*
6. *Objetivo general del proyecto*
7. *Costo total del proyecto*
 - *Aporte local*
 - *Otros aportes*
 - *Aporte solicitado*
8. *Duración del proyecto*

b) Denominación del proyecto

Se indica en forma sintética y mediante un título, aquello que se quiere hacer. Se debe hacer referencia a la institución responsable de la ejecución del proyecto y, en aquellos casos en que el que ejecuta no es el mismo que el que patrocina, se debe indicar también el organismo patrocinante. La finalidad es identificar el proyecto e indicar el marco institucional desde el cual se realizará.

EJEMPLO

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS POBLADORES DE LOCALIDAD DE XXX

Proyecto a ser presentado ante la FAO

c) Descripción del proyecto Se debe realizar una descripción más amplia del proyecto, definiendo y caracterizando la idea central de lo que se pretende realizar. Se pretende que la persona que desea conocer el proyecto obtenga una idea exacta acerca de lo fundamental del mismo.

EJEMPLO

La idea central del proyecto es mejorar la calidad de vida de los pobladores de la localidad XXX.

Para ello se debe trabajar junto con la comunidad para fortalecer las organizaciones locales, mejorar el modo de producción y comercialización de los agricultores de la zona y promover un estilo de vida saludable en las familias.

d) Fundamentación o justificación

Consiste en explicar las maneras como el proyecto solucionará o aliviará el problema planteado, llenará los vacíos, suplirá las carencias y resolverá las necesidades detalladas; en síntesis, qué busca el proyecto y cuál es su contribución. En la fundamentación del proyecto hay que presentar los criterios y las razones que justifican la realización del mismo. Se deben describir tres aspectos esenciales:

- La prioridad y urgencia del problema para el que se busca solución.
- Justificar por qué este proyecto es la propuesta más adecuada o viable para resolver el problema.
- El impacto esperado en el corto, mediano y largo plazo, los factores multiplicadores, así como también la forma como el proyecto servirá a los diferentes beneficiarios.

En la fundamentación deben explicitarse los siguientes puntos:

- Antecedentes:

La formulación de antecedentes implica especificar el origen (dónde y cómo) y las motivaciones que indujeron a plantear el proyecto. Como se vio, el proyecto es la solución de a un problema; en tal sentido se debe comenzar por estipular la necesidad, vacío o carencia detectada en el sector o grupo.

- Marco conceptual:

Es el respaldo teórico, conceptual y filosófico que establece la dirección del proyecto. El marco conceptual es la ideología que prima sobre el proyecto.

- Marco referencial nacional:

En qué forma el proyecto que se va a realizar se inscribe en el objetivo, las políticas, planes y programas nacionales o macroeconómicos.

- Marco referencial particular:

El proyecto que se está formulando, cómo encaja o concuerda con los objetivos y programas institucionales y organizacionales, así como también, la relación de este proyecto con otros previamente realizados por la organización. De igual forma el marco referencial particular debe enmarcar el proyecto con políticas, programas y proyectos de los niveles gubernamentales, regionales y municipales, al igual que con los de otras instituciones no gubernamentales.

- Identificación, naturaleza y urgencia del problema que se pretende resolver:

Estos aspectos surgen del diagnóstico realizado previamente y se debe explicitar con toda claridad cuál es el problema y sus consecuencias. La metodología seguida para identificar,

priorizar, analizar y definir el problema debe ser presentada en esta fase de la formulación del proyecto.

En algunas ocasiones, cuando el proyecto no se plantea con el conocimiento cabal del problema que se pretende resolver, solo se conocerán datos generales acerca de la población y sus problemas. En estos casos, una de las primeras actividades que debe plantearse el proyecto es realizar un diagnóstico a fondo de la situación y para ello debe disponerse del tiempo y los recursos para realizarlo. El equipo de trabajo deberá plantearlo y justificarlo ante la entidad financiadora.

- Qué prioridad se le concede a la solución del problema:

Se deben considerar las razones técnicas (necesidades, problemas y magnitud de los mismos) que dan lugar a la realización del proyecto y las razones políticas (declaraciones de políticas, planes existentes, programas ya aprobados) que justifican el mismo.

- Recursos internos y externos asignados para la solución del problema:

Permite visualizar cuáles son las prioridades de la institución en relación a la solución del problema.

Se debe tener presente que la justificación debe convencer a aquel a quién se presente el proyecto; que éste es viable institucional y jurídicamente, explicando por qué hay seguridad de su éxito y que se cuenta con algunos elementos necesarios para llevarlo a cabo, es decir, una ventaja comparativa.

EJEMPLO

- *Datos sobre generales sobre la localidad*
- *Características sociodemográficas de sus pobladores.*
- *Características de morbi-mortalidad de la región, grupos vulnerables.*
- *Estado nutricional de la población.*
- *Disponibilidad de alimentos en la zona.*
- *Hábitos alimentarios de los pobladores.*
- *Instituciones y organizaciones que están trabajando en la región.*

e) Marco Institucional

Cuando el proyecto se formula en una institución que será responsable de su ejecución, pero éste será presentado para su financiamiento a otra entidad diferente a la que formula el proyecto, será necesario indicar la naturaleza de la organización, situación jurídica y administrativa, instalaciones y servicios, personal, etc.

EJEMPLO

- Datos de la empresa responsable del proyecto, por ejemplo:*
- *Asesoramientos realizados con anterioridad*
 - *Resultados obtenidos*
 - *Experiencia en situaciones similares a la del proyecto*

f) Objetivos

Un objetivo es la situación que se desea obtener al final del período de duración del proyecto, mediante la aplicación de los recursos y con la realización de las acciones previstas. Debe ser un enunciado claro y preciso de lo que se espera obtener como resultado de las actividades a desarrollar y son el punto de partida que guía el proceso. Los objetivos describen los efectos y el impacto que se pretende con un proyecto y determinan los insumos, actividades y productos necesarios para conseguirlos.

La buena formulación del objetivo general y de los objetivos específicos es la garantía para elaborar un buen proyecto, ya que en torno a los objetivos, se da coherencia al conjunto de actividades que componen el proyecto, costos, estrategias, tiempos, etc.

Características de los objetivos:

Un objetivo correctamente formulado debe:

- Basarse en el diagnóstico de la situación social, sanitario y alimentario nutricional y en las necesidades e intereses de la población objetivo.
- Ser claro y preciso, de tal modo que explique claramente la meta que se pretende alcanzar. Debe ser comprensible aún para personas ajenas al proyecto y definir claramente la población beneficiaria en términos de edad, sexo, ubicación, estado nutricional, etc.
- Establecer el tiempo en el que se espera lograr la meta, esto es, señalar si se piensa alcanzarla en seis meses, un año, dos años, etc. Cuando se plantean distintas sub-metas que se alcanzarán en diversos períodos de tiempo, conviene dejar establecido dicho período en su formulación.
- Ser realista, tomando en cuenta los recursos institucionales, humanos, económicos y de tiempo disponibles. La magnitud de la intervención dependerá estrechamente de estos factores, a los que deben sumarse las situaciones inesperadas, no siempre posibles de prever desde el punto de vista presupuestario y de tiempo.
- Ser evaluable o medible a través de indicadores cuantitativos como números, porcentajes, etc. En los proyectos educativos, el cuantificar los cambios comportamentales que se pretenden alcanzar, a veces no es sencillo. Sin embargo, el equipo responsable del proyecto, en base a un diagnóstico preciso de la situación problema y de las características de la comunidad o grupo de personas a las que irá dirigido el mismo, y a la experiencia de otras intervenciones similares implementadas en poblaciones parecidas, deberá establecer esos indicadores cuantitativos que permitirán una medición de los resultados alcanzados.

Clasificación de objetivos:

Objetivos generales o terminales o de impacto o a largo plazo: son aquellos que contribuyen a un propósito general, a alcanzar un “estado deseado de las cosas”. Indican resultados esperados para cuyo logro es necesario haber alcanzado otros más específicos. Son más amplios, menos precisos, favorecen situaciones que resultan difícilmente evaluables y cuantificables. Son los que enmarcan el problema específico y no serán resueltos por el proyecto, pues el alcance de éste es menor a la dimensión del problema. Sin embargo, los resultados del proyecto contribuirán, junto con otros, a su solución oportuna.

EJEMPLO

Contribuir a mejorar la calidad de vida de los pobladores de la región rural XXX, mediante el fortalecimiento de las organizaciones locales, la promoción de mejoras en el modo de producción y comercialización de los pequeños y medianos productores agropecuarios, y la promoción de estilos de vida saludable y hábitos alimentarios a través de la red de escuelas rurales, como medio de alcanzar a las familias y a la comunidad.

Objetivos específicos, intermedios, de proceso o a corto plazo: refieren a las modificaciones que podrán producirse de la situación considerada como problema, a partir de la obtención de los resultados previstos. Es el resultado esperado al final de la ejecución del proyecto. Son objetivos más concretos, operativos, alcanzables por el proyecto y cuantificables. No admiten más de una conducta a alcanzar y deben especificar los cambios necesarios para alcanzar los objetivos generales. Son más puntuales y más precisos. Su determinación es relativamente simple, toda vez que el problema específico del proyecto haya sido, también, acertadamente definido. El cumplimiento de los objetivos específicos permitirá alcanzar el logro del objetivo general.

EJEMPLO

Al finalizar el proyecto se contará con:

- *Organizaciones locales con un buen estado de organización y gestión.*
- *Pequeños productores y vecinos de la zona con una mejor disponibilidad de hortalizas y plantas medicinales y aromáticas.*
- *Escolares con un adecuado estado nutricional.*
- *Maestros capacitados en nutrición y alimentación.*
- *Pobladores de XXX con hábitos alimentarios adecuados.*

Metas: es la forma de cuantificar los objetivos. Las metas establecen cuánto se hará para lograr el objetivo, dónde se realizará y cuándo se llevará a cabo.

EJEMPLO

Al finalizar la primera etapa del proyecto:

- *Se habrá conformado una Comisión Pro Desarrollo de XXX.*
- *El 75% de los maestros rurales de las escuelas de la región XXX tendrán conocimientos en nutrición y alimentación.*
- *El 75% de los maestros rurales de las escuelas de XXX tendrán conocimientos del cultivo de huertas orgánicas y plantas aromáticas y medicinales.*
- *El 50% de los pobladores de XXX conocerán acerca del cultivo de huertas orgánicas y plantas medicinales y aromáticas.*

Al finalizar la segunda etapa del proyecto:

- *La Comisión Pro Desarrollo de XXX habrá establecido redes de apoyo con al menos dos instituciones estatales.*
- *El 50% de los maestros capacitados en nutrición y alimentación habrán implementado en sus escuelas un proyecto transversal de nutrición y alimentación.*
- *40% de las escuelas rurales de XXX habrán implementado el cultivo de hortalizas y plantas aromáticas y medicinales en forma orgánica.*
- *30% de los pobladores de XXX habrán implementado el cultivo de hortalizas y plantas aromáticas y medicinales en forma orgánica en sus hogares.*

Al finalizar la última etapa del proyecto:

- *El 100% de las escuelas participantes del proyecto dispondrán de un plan de menú escolar nutricionalmente adecuado.*
- *En el 75% de los hogares en los que se implementó el cultivo de hortalizas y plantas aromáticas y medicinales se estarán consumiendo al menos cuatro hortalizas diarias.*
- *El 90% de los escolares de las escuelas participantes del proyecto tendrán un estado nutricional normal.*

g) Beneficiarios

Los beneficiarios del proyecto son aquellos que, directa o indirectamente, van a recibir los resultados del mismo. Corresponden a una parte o al total de la población que se encuentra afectada por aquella situación problema que se pretende modificar.

Son beneficiarios directos o grupos objetivos aquellos para los cuales ha sido pensada la intervención; e indirectos los que obtienen un beneficio sin haber sido explícitamente considerados como beneficiarios.

Dependiendo de las características del proyecto, la población destinataria podrá ser seleccionada antes de la realización del diagnóstico, en cuyo caso éste se desarrollará sobre sus necesidades, creencias, hábitos, entre otros, o bien, luego de realizado el mismo, y en este caso los beneficiarios se elegirán de acuerdo a los resultados del diagnóstico.

En ambos casos, una vez que se ha definido la población con la que se realizará la intervención, será necesario contar con información respecto a su situación social, de salud y de alimentación y nutrición y sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas, todos ellos indispensables para determinar la orientación que se dará al proyecto y permitir su evaluación posterior.

EJEMPLO

Son beneficiarios directos del proyecto:

- *Los escolares de la región XXX.*
- *Los pobladores de la región XXX involucrados en el proyecto.*

Son beneficiarios indirectos del proyecto:

- *Los maestros de las escuelas involucradas en el proyecto.*
- *La totalidad de los pobladores de XXX.*

h) Productos

Los productos son el primer nivel de resultados a los que se llega por el hecho de haber realizado con éxito las actividades. Además, son la condición previa para el logro de los objetivos y metas. La generación de productos depende casi exclusivamente de la realización de las actividades.

Los productos que pueden obtenerse en proyectos de tipo educativo pueden ser de dos tipos:

- **Resultados materiales:** cantidad de talleres realizados, número de materiales educativos diseñados, entre otros.
- **Servicios prestados:** personas capacitadas, por ejemplo.

Para un buen diseño de proyectos, los productos deben cumplir algunos requisitos:

- Que su realización pueda comprobarse, tanto en lo que se refiere a la cantidad como al tiempo de consecución.
- Que estén ordenados según una secuencia temporal lógica.
- Que su realización sea esencial para conseguir el objetivo propuesto.
- Que sean realizables con los recursos disponibles.

EJEMPLO

- *Comisión pro desarrollo de XXX fortalecida.*
- *Pobladores capacitados en desarrollar huertas orgánicas y cultivo de plantas medicinales y aromáticas.*
- *Maestros capacitados en nutrición y alimentación*
- *1 huerta demostrativa en una escuela de la zona.*
- *1 huerta demostrativa en un predio de un vecino de la zona.*
- *Escuelas con proyectos transversales de nutrición y alimentación.*
- *2 diagnósticos del estado nutricional de los niños (uno realizado al inicio del proyecto y el segundo al finalizar el mismo).*
- *2 diagnósticos de los hábitos alimentarios de los pobladores de la región YYY (uno realizado al inicio del proyecto y el segundo al finalizar el mismo).*
- *Escuelas con planes de menús saludables.*
- *Un material didáctico sobre nutrición y alimentación dirigido a maestros.*
- *2 recetas, uno de plantas aromáticas y el segundo de hortalizas.*
- *Etc.*

i) Estrategias

Así como el problema específico se refiere a por qué ejecutar el proyecto y el objetivo específico a para qué hacerlo, la estrategia tiene que ver con quién realizará el proyecto (la o las instituciones y, dentro de ellas el departamento o programa); dónde se desarrollará (ámbito geográfico) y cuándo se ejecutará.

Significa hacia dónde orientar la acción, se refiere al “cómo” o a las vías para realizar las actividades. Una clasificación u ordenamiento práctico es el siguiente:

Elaboración del plan de trabajo

Determinar las distintas actividades y la forma en que se van a desarrollar para alcanzar los objetivos: un taller, una reunión, una charla, una demostración, un cursillo, entre otras.

Determinar todos los recursos: humanos (técnico, administrativo, auxiliar), materiales (equipos, medios audiovisuales, alimentos), transporte, financieros, tiempos necesarios.

Las **actividades** son todas las acciones que, llevadas a cabo en forma encadenada durante el desarrollo del proyecto, conducen a la obtención de resultados concretos. Deben establecerse en términos de acción y no de resultados. Permiten estimar mejor los recursos materiales, humanos y financieros y el tiempo que demandará.

Tienen que ver con qué hacer, o sea el conjunto de tareas que es necesario realizar para alcanzar los productos finales del proyecto. Aunque no necesariamente una determinada actividad responde a un único producto final o viceversa, conviene recordar que siempre habrá correspondencia entre unas y otros, es decir no podrá existir un producto final sin una o más actividades detrás y ni una actividad que no se oriente al logro de uno o más productos finales definidos por el proyecto.

*EJEMPLO**META*

Se habrá capacitado a un 75 % de los maestros rurales de las escuelas de la región XXX en nutrición y alimentación.

ACTIVIDADES

- *Realizar un diagnóstico acerca de los conocimientos previos de los maestros en relación a la alimentación y la nutrición.*
- *Planificar las actividades educativas a desarrollar.*
- *Elaborar el material de apoyo para las actividades.*
- *Desarrollar el cronograma de las actividades educativas.*
- *Ejecutar las actividades.*
- *Evaluar las actividades.*

Cronograma

Representa secuencialmente la forma en que se organizan las actividades del programa facilitando su organización y ejecución.

EJEMPLO

Actividades	Mes1	Mes2	Mes3	Mes4	Mes5	Mes6	Mes7	Mes8
Diagnóstico conocimientos maestros	X							
Planificar actividades		X						
Elaborar material		X						
Diseñar cronograma		X						
Ejecutar actividades			X	X	X	X	X	
Evaluar actividades								X

j) Determinación de costos del proyecto

Todo proyecto requiere, para su realización, una serie de recursos que permitan obtener los productos y lograr los objetivos. Cuando se elabora un proyecto suelen distinguirse tres tipos de recursos: humanos, materiales y financieros.

- **Humanos:** para ejecutar cualquier tipo de proyecto, hay que disponer del personal adecuado y capacitado para realizar las actividades previstas. Esto supone especificar la cantidad de personal, la calificación requerida y las funciones a desarrollar.
- **Materiales:** son las herramientas, equipos, instrumentos, infraestructura física, entre otros, necesarios para llevar adelante el proyecto.
- **Financieros:** se realiza una estimación de los fondos que se necesitan para la ejecución del proyecto para establecer la estructura financiera del proyecto.

Sin embargo, para asegurar un buen diseño del proyecto en la parte financiera, es necesario establecer un calendario financiero. Se trata de establecer, en cada actividad y en cada momento

o fase del proyecto, cuáles son los recursos financieros necesarios.

Para ello debe elaborarse un listado de actividades que permita realizar la lista de recursos que serán necesarios para ejecutar cada actividad.

Es conveniente clasificar las actividades en el tiempo de la forma siguiente:

- Actividades de diagnóstico
- Actividades de planificación
- Actividades de diseño
- Actividades de preparación
- Actividades de ejecución
- Actividades de evaluación

Los verbos correspondientes a cada actividad (que indican la acción que debe emprenderse para su cumplimiento) servirán de guía lógica y cronológica de la secuencia de acciones para llevar adelante un proyecto: diagnosticar, planificar, diseñar, preparar, ejecutar y evaluar.

Los recursos se agruparan en los siguientes rubros básicos:

- Horas de técnicos
- Viáticos
- Equipamiento
- Materiales
- Local

Con estos antecedentes se desarrolla el cuadro de costos de acuerdo a los siguientes pasos:

Paso 1: Lista de recursos necesarios para la actividad: se genera el listado de recursos necesarios para dar cumplimiento a la actividad propuesta. Paso 2: Lista de recursos disponibles (situación sin proyecto): se extrae de la lista generada en el paso anterior, todo aquello que está disponible en algún lugar, generalmente en la institución asociada al proyecto. Así queda definida la lista de recursos institucionales. Paso 3: Lista de recursos del proyecto (situación con proyecto) es, sencillamente, el listado que queda, luego de sacar los rubros que forman la lista de recursos institucionales (Paso 2). Esta lista es la base para determinar los costos del proyecto y se le llama lista de recursos del proyecto.

Esta lista de recursos se transforma en el cuadro siguiente:

Cuadro previo de costos del proyecto

Actividad	Horas técnico	Viáticos	Equipos	Materiales	Local
Diagnóstico					
Planificación					
Diseño					
Preparación					
Ejecución					
Evaluación					

Con los recursos dispuestos en el cuadro anterior, la secuencia a seguir para elaborar el cuadro de costos definitivo consiste en: Identificar en forma específica los recursos necesarios para la actividad en cuestión, si es una actividad educativa: salón y sillas.

Cuantificar los recursos: un salón y 50 sillas, si participan 50 personas.

Valorar dichos recursos: el alquiler de cada silla versus la compra. En los proyectos de las áreas de la nutrición y la alimentación, muchas veces el recurso humano es el más estratégico y seguramente tendrán el mayor peso en el costo total final.

Así, si el proyecto se refiere a una consulta nutricional, un taller relativo a la nutrición o una conferencia sobre un alimento, es necesario contabilizar tiempos para cada actividad de las indicadas en el cuadro anterior.

Si se tiene en cuenta el dicho: “Un problema bien planteado, está en un 90 % resuelto”, se le debe asignar más horas a las primeras actividades que a las últimas. En general una conferencia lleva una hora y su preparación llevará de 3 a 10 horas o más, dependiendo del tema y de su profundidad.

Luego de cuantificar y valorar cada recurso se estará en condiciones de presentar el cuadro final siguiente:

Cuadro de costos

Nº	Rubro	Cantidad	Unidad	Precio/unidad \$	Total \$	%
1	Equipo de trabajo	246	horas	257	63.222	89
2	Viáticos	78	boleto	35	2.730	3,9
...	Papelería
				Total	70.827	100

5.4.2 Ejecución

Una vez aprobado el proyecto por la institución y obtenidos los recursos para su financiamiento, se procede a ejecutar el mismo. Esta etapa comprende la organización y desarrollo del plan de trabajo, la dirección, seguimiento y monitoreo del mismo. En la fase de ejecución se realizan las diferentes tareas o actividades planificadas para obtener los resultados que lleven al logro de los objetivos.

La ejecución es el núcleo en la gerencia de los proyectos, es la fase en la que se transforman los recursos en resultados esperados. El objetivo de la ejecución del proyecto es lograr su propósito.

La gerencia social se trata de un campo de conocimientos y de prácticas que propone asegurar que las políticas, los programas y los proyectos sociales respondan de manera valiosa, eficaz y eficiente a problemas importantes para la comunidad, promoviendo así el logro de un desarrollo social, equitativo y sostenible. Por desarrollo social se entiende un proceso dinámico, multidimensional, que conduce a mejoras sostenibles en el bienestar de los individuos, familias, comunidades y sociedades, en un contexto de justicia y equidad.

La gerencia social se fundamenta en la propuesta de que la esencia de la gerencia en los ámbitos públicos radica en la generación de valor público a través de la entrega de servicios y a la ejecución de programas y proyectos.

El enfoque en el valor público brinda a la gerencia social un enfoque estratégico que prioriza la respuesta a los ciudadanos y el mantenimiento de su confianza y legitimidad a través de la buena entrega de productos o servicios. Implica que importan los resultados que los servicios, proyectos o programas causen entre las poblaciones objetivo, pero también importan los procesos aplicados para generar dichos resultados, ya que las relaciones y los procesos que se establecen entre las organizaciones responsables por una creación de valor público y las comunidades generan valor en sí mismos.

La gerencia social deriva de la naturaleza particular de los problemas que se propone superar o evitar y de las características de las organizaciones e instituciones del medio. Los problemas sociales tienen las siguientes características:

- Los problemas sociales son complejos; resultan y se asocian con múltiples dinámicas y causas entremezcladas. Esta complejidad hace que no sea sencillo formular el problema de manera precisa ni proponer fácilmente acciones para enfrentarlo. Como consecuencia, las políticas, planes, programas y proyectos sociales suelen tener múltiples objetivos, a veces inconsistentes entre sí y hasta contradictorios, siendo que unas actividades respondan a unos objetivos, y otras a otros.

- Los problemas sociales son dinámicos, es decir, cambian a lo largo del tiempo. Esto obliga a que los programas y proyectos sociales tengan objetivos móviles, que requieren reformulación de manera continua con el fin de seguir siendo pertinentes y relevantes. El aprendizaje que tienen las instituciones u organizaciones, los gestores y directivos involucrados en los proyectos sociales, influye también en este proceso de redefinición de los objetivos.
- Los objetivos de las políticas, programas y proyectos sociales se refieren a mejoras en las condiciones y calidad de vida de los individuos, las familias y las comunidades. Actúan sobre personas individuales y sobre las relaciones entre personas. Como tal, tienen una naturaleza que no cabe cómodamente en los compartimentos sectoriales que caracterizan las instituciones y organizaciones del ámbito social. La coordinación intrainstitucional e intraorganizacional resulta así necesaria.
- Los cambios en lo social requiere que la población objetivo “ponga de su parte” para que se generen los logros deseados. Dicha población no puede recibir pasivamente los servicios sociales, sino que tiene que interactuar con los servicios o las intervenciones para poder generar el cambio deseado.

Estas características constituyen desafíos para la generación de valor para los ciudadanos en los ámbitos de las políticas, planes, programas y proyectos sociales. La gerencia social propone enfrentar dichos desafíos, y por lo tanto, tiene las siguientes características:

- Es adaptativa, pues debe reformular de manera continua las acciones a realizar para responder a objetivos múltiples y móviles, así como a un mejoramiento de las metodologías en uso. Obedece además a la necesidad de ser lo suficientemente flexible para poder adaptar a las reacciones de los usuarios y beneficiarios con los que interactúa. La adaptabilidad responde también a la existencia de diferentes visiones por parte de un número significativo de actores que constantemente interactúan y negocian entre sí. Finalmente, la adaptabilidad es también necesaria para responder a problemas que muestran una dinámica permanente de cambio.
- Es integral, pues debe considerar la complejidad e interrelación de los problemas sociales. Así, los proyectos sociales deben buscar capturar la integralidad del problema que enfrentan, considerando las diversas dimensiones y causas que en él intervienen.
- Promueve la participación y la concertación de objetivos y prioridades entre actores que tienen diversas visiones del problema y de las soluciones, así como distintos grados de poder.

La ejecución del proyecto comprende que quien lo gestione, el gerente, persiga los siguientes objetivos:

- La obtención de resultados, de manera que las actividades desarrolladas puedan tener el impacto esperado en las poblaciones objetivos.
- Seguimiento para asegurar que los resultados producidos sean los mismos que se identificaron en la fase de diseño y que son los que tienen una mayor repercusión sobre el problema principal.
- La generación de valor, lo cual, en el caso de la gerencia social, supone satisfacer las demandas sentidas e importantes de los beneficiarios.
- Lograr que el proyecto tenga sostenibilidad.
- La gestión y control de todos los recursos de forma tal que se aseguren que los resultados del proyecto se obtengan de manera oportuna y eficaz en función de los costos.

Las funciones principales del gerente durante la ejecución del proyecto son:

- Monitorear el medio ambiente: se trata de identificar y mantenerse actualizado sobre las

cuestiones y tendencias externas a la institución u organización en la que se desarrolla el proyecto, ya sea en la administración pública o en el medio ambiente político, social y económico y su relación con las políticas y prioridades del organismo financiador del proyecto.

- Interpretar: el gerente tiene que interpretar adecuadamente todos los datos sobre el medio externo e interno de forma tal que le permita identificar oportunidades de largo plazo, generar una visión de futuro, dar a conocer a los subordinados las políticas, prioridades, cuestiones y tendencias de la organización y la manera en que estas orientaciones serán incorporadas en las actividades y productos de sus unidades.
- Representar el proyecto, lo que implica explicar, promover y defender sus actividades ante personas y grupos externos y frente a las autoridades de la institución u organización que lo desarrolla.
- Coordinar: supone desempeñar funciones de vinculación e integración de las actividades de las diversas unidades del proyecto y de ellas con otras actividades de la institución. Mantiene la estructura y el flujo del sistema protegiendo su continuidad.
- Conducir la unidad de trabajo: lo que implica asignar responsables de realizar las actividades y tareas planificadas, vigilar el progreso del proyecto comparándolo con la planificación, hacer los ajustes necesarios en correspondencia con los problemas observados.

Las actividades que se lleven a cabo en la etapa de ejecución, en términos generales, dependen de los alcances y complejidad del proyecto. Cuando es un proyecto pequeño, en general todo el personal está involucrado en la planificación, pero puede pasar que sea un proyecto de mayor alcance, donde las personas encargadas de ejecutar el programa hayan contribuido poco en su formulación. En esos casos es necesario un plan de capacitación donde fundamentalmente se busque que los involucrados:

- Interpreten el programa, en términos de objetivos, estrategias, actividades, de manera de obtener mayor eficacia que con una mera distribución de materiales escritos
- Desarrollen o refuercen las competencias necesarias (información, conceptos, habilidades, entre otros)
- Generen entusiasmo y compromiso con el programa. Esto tiene mejores resultados en una base de persona a persona que tan sólo distribuyendo una guía impresa.

En relación a los beneficiarios o participantes del programa, podrá ser necesario realizar difusión a nivel de las instituciones o de la comunidad si es que la participación en el mismo no es obligatoria. Aquí son importantes las coordinaciones interinstitucionales, barriales, comunitarias cuyos miembros constituyan parte de la población objetivo a la que se desea llegar.

5.4.3 Evaluación

La evaluación es el proceso que procura determinar periódicamente y de manera sistemática y objetiva, la pertinencia, eficacia, eficiencia e impacto de un proyecto, a la luz de sus objetivos. Es una actividad gerencial externa e interna que analiza las relaciones de los procesos y recursos con los resultados e impactos.

El propósito de la evaluación es determinar la pertinencia y logro de los objetivos y la eficiencia, efectividad, impacto y sostenibilidad del proyecto. Una evaluación debe proporcionar información que sea creíble y útil, para permitir la incorporación de la experiencia adquirida en el proceso de adopción de decisiones.

Evaluar un proyecto de social, en este caso de EAN implica asumir una posición, tomar partido respecto de lo que es adecuado o inadecuado: hacer público (al nivel que sea) un juicio de valor. La evaluación instala una reflexión sobre lo que está bien o mal, sobre lo que debe

cambiar o mantenerse, lo necesario y lo innecesario.

El concepto de evaluación engloba implícitamente la idea de la existencia de una alternativa. En ausencia de opciones no es posible evaluar ya que siempre se tiene la posibilidad de no realizar el proyecto, en cuyo caso la evaluación se realizaría comparando dos opciones: llevar a cabo el proyecto y no ejecutarlo. En cualquier caso, siempre hay razones para comparar lo que se pretende hacer con otros usos alternativos de los recursos disponibles.

La evaluación permite formular de forma explícita las distintas alternativas (técnicamente viables y lógicamente diseñadas) y ayuda a discernir entre ellas.

Los instrumentos de evaluación de los cambios producidos en los beneficiarios serán los mismos utilizados en el diagnóstico, que establece la línea de base para la comparación de los resultados. Si no hay evaluación previa, no se pueden medir los cambios. Es por eso que la evaluación debe incluirse durante las etapas iniciales de la planificación de los programas o proyectos y debe ser una parte continua del proceso.

Tipos de evaluación:

- Evaluación en curso
- Evaluación terminal
- Evaluación a posteriori

La utilización de los distintos tipos de evaluación dependerá, en gran parte de los objetivos del proyecto, el tiempo de duración y el tipo de proyecto.

La **evaluación en curso, continua o formativa** es el análisis de la validez, eficiencia y efectividad de una actividad y sus resultados. Esta evaluación se realiza durante la implementación del proyecto y es hecha en intervalos previamente determinados. Mide en qué medida la ejecución coincide con el diseño y cómo se están utilizando los recursos. Puede incluir los procesos de monitoreo, supervisión y auditoría. Este tipo de evaluación podrá ayudar a los responsables del proyecto a realizar ajustes en los objetivos, en las estrategias de implementación o en otros aspectos.

La **evaluación terminal o de resultados** se realiza a la conclusión o poco antes de finalizar el proyecto. Este tipo de evaluación, además del análisis de las actividades y resultados, deberá proporcionar las bases para decidir sobre acciones futuras como extensión de la experiencia a otras áreas, necesidad de realizar una segunda fase del proyecto, entre otros. Se debe destinar un tiempo específico en el cronograma del proyecto para su realización ya que, en general, su implementación lleva tiempo. Sus resultados deben plasmarse en un informe final del proyecto que se presentará a la entidad financiadora y a la institución u organización en la que se desarrolló el proyecto.

La **evaluación a posteriori o de impacto** se realiza después de tiempo de finalizado el proyecto, cuando se espera tener el desarrollo total de los beneficiarios que éste pretendía alcanzar. Esta evaluación analizará el impacto del proyecto sobre la población beneficiaria, determinado los efectos residuales del proyecto, una vez transcurrido un tiempo de concluido el proyecto. La evaluación de impacto es fundamental en los proyectos de EAN ya que es la única forma de saber si realmente la población beneficiaria adoptó los comportamientos esperados. A pesar de las ventajas de poder realizar este tipo de evaluaciones de impacto, que no siempre es posible de realizar porque no se prevén a la hora del diseño y formulación de los proyectos, se debe tener en cuenta que muchas veces ya no hay posibilidades de reacción o ajuste por parte del equipo que gestionó el proyecto. En esta situación la evaluación se convierte en un aprendizaje que no puede ser aplicado inmediatamente pero que debe ser tenido en cuenta en futuras intervenciones.

Al evaluar un programa o proyecto se considera:

- El logro de los objetivos específicos en términos del impacto sobre el problema. Habitualmente debe expresarse en indicadores cuantitativos como números o porcentajes.
- El cumplimiento de las distintas actividades planificadas para alcanzar cada objetivo específico, permitiendo estimar la participación de cada una en el éxito o el fracaso de logro de la meta final.
- El costo-efectividad del programa realizado, para determinar los cambios efectivamente logrados en relación al costo y si la estrategia escogida representó la alternativa más económica.

Indicadores

Los indicadores son un índice o un reflejo de una situación dada. Se les definen como variables que sirven para medir los cambios, actúan como un instrumento entre un objetivo y los medios para verificar que dicho objetivo sea logrado.

Son expresiones no ambiguas de fenómenos con características tanto cuantitativas como cualitativas. Los indicadores deben describir los fenómenos de tal manera que pueden ser comparados y contrastados en diferentes momentos del tiempo, en diferentes lugares o contextos y en diferentes escenarios. Por esto mismo, los indicadores tienden a tomar una naturaleza cuantitativa, pues la cuantificación facilita la agregación y la comparación.

Constituyen instrumentos para el seguimiento y la evaluación de las actividades que se ejecutan en el marco del proyecto para alcanzar los resultados comprometidos, cualquiera sea el nivel de éstos. Es decir que se deben definir indicadores y metas de logro del objetivo específico y, también, de los productos finales y de los impactos del proyecto.

Los indicadores seleccionados deberán ser:

- Prácticos, fáciles de recolectar e interpretar ya que el costo de recopilar datos y producir información a ser sintetizada por el indicador debe ser razonable y de acuerdo a los recursos disponibles.
- Tan objetivos y precisos como sea posible, para que pueda ser interpretado de manera clara, de tal forma que sea plenamente entendible por diversos actores, en diferentes momentos.
- Numéricamente medibles.
- Tan específicos como sea posible, en relación a los cambios que el programa trata de promover.- Relevantes, que reflejen elementos o fenómenos que forman parte de lo que se busca entender.
- Su definición debe incluir la definición de las fuentes de información o de los métodos de recopilación de datos para su elaboración.

Al identificar y definir indicadores es importante que simultáneamente se elaboren los métodos y técnicas para obtener los datos. Este proceso permitirá a la vez establecer el grado en que se pueden verificar dichos indicadores.

Una vez que se definió un indicador, se debe someter el mismo a un análisis para asegurar que su definición aclare:

- El plazo de tiempo para el cual se va a medir o describir el fenómeno.
- Los espacios o ámbitos incluidos en la medición o descripción.
- Las poblaciones, organizaciones o grupos incluidos en la medición o descripción.
- Si el indicador se trata de una proporción o porcentaje, se debe especificar qué grupos, poblaciones u organizaciones se está analizando como parte (o numerador) de qué grupo más amplio (o denominador).
- En caso de estar indicando elementos cualitativos del fenómeno, incluir las especificaciones o estándares que se desean indicar o medir.

En los proyectos sociales se suele presentar alguna resistencia a la definición o uso de indicadores de efectos e impactos, pues los indicadores pueden resultar limitados para el análisis de fenómenos complejos, cualitativos y multidimensionales. No obstante, los indicadores no tienen ninguna limitación intrínseca para describir fenómenos cualitativos o complejos. Igualmente, se debe reconocer que aquellos indicadores que miden exclusivamente las dimensiones cuantitativas o fácilmente observables de los fenómenos que se pretenden entender, resultan insuficientes para muchos de los análisis necesarios para apoyar la gestión del proyecto. Es muy probable que un determinado efecto o impacto no se pueda resumir en un solo indicador; cada efecto o impacto podría necesitar más de un indicador para representar su dinámica.

EJEMPLO

META:

- Se habrá capacitado a un 75% de los maestros rurales de las escuelas de la región YYY en nutrición y alimentación.

INDICADOR:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de maestros rurales capacitados en nutrición y alimentación}}{\text{N}^\circ \text{ de maestros rurales de la región YYY}} \times 100$$

META:

- Se habrá capacitado a un 75% de los maestros rurales de las escuelas de YYY en el cultivo de huertas orgánicas y plantas aromáticas y medicinales.

INDICADOR:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de maestros rurales capacitados en huerta orgánica y plantas medicinales}}{\text{N}^\circ \text{ de maestros rurales de la región YYY}} \times 100$$

META:

- Se habrá capacitado a un 50% de los pobladores de YYY en el cultivo de huertas orgánicas y plantas medicinales y aromáticas.

INDICADOR:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pobladores rurales capacitados en huerta orgánica y plantas medicinales}}{\text{N}^\circ \text{ de pobladores de la región YYY}} \times 100$$

META:

- La Comisión Pro Desarrollo de YYY habrá establecido redes de apoyo con al menos dos instituciones estatales.

INDICADOR:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de instituciones con la que la Comisión estableció redes de apoyo}}{\text{N}^\circ \text{ de instituciones con la que la Comisión estableció redes de apoyo}} \times 100$$

META:

- El 50% de los maestros capacitados en nutrición y alimentación habrán implementado en

sus escuelas un proyecto transversal de nutrición y alimentación.

INDICADOR:

Nº de maestros que implementaron proyectos transversales en sus escuelas

————— x 100

Nº de maestros capacitados

Etc.

Evaluación económica de proyectos

La evaluación económica de proyectos compara sus costos y beneficios económicos con el objetivo de emitir un juicio sobre la conveniencia de ejecutar dichos proyectos en lugar de otros.

El proceso de evaluar implica identificar, medir y valorar los costos y beneficios pertinentes de distintas y múltiples alternativas de proyectos para lograr los objetivos propuestos, a los efectos de establecer cuál de ellos es más conveniente ejecutar.

Para identificar los costos y beneficios pertinentes de un proyecto primeramente debe definirse la llamada “situación base” o “situación sin proyecto”; para ello el evaluador debe establecer que es lo que sucederá durante el horizonte de evaluación en el caso de que no se ejecute el o los proyectos que se considerarán en la situación con proyecto.

El análisis socio-económico combina o relaciona los beneficios económicos o sociales del proyecto con los costos incurridos en su ejecución. Este análisis forma parte del componente evaluativo de la fase de diseño del proyecto y sus técnicas, en general, se utilizan para comparar proyectos.

Todo proyecto implica costos. Cuando los resultados y costos del proyecto pueden traducirse en unidades monetarias, su evaluación se realiza utilizando la técnica del Análisis Costo-Beneficio (ACB). Así sucede en los proyectos económicos. En la mayor parte de los proyectos sociales, en cambio, los productos no pueden ser valorados en moneda, por lo que la técnica más adecuada es el Análisis Costo-Efectividad (ACE). La particularidad del ACE radica en que los costos, en cada una de las opciones presentadas, deben ser comparados con la potencialidad de alcanzar más eficientemente los objetivos (evaluación ex-ante), o con la eficiencia o sea, la diferencial real que las distintas formas de implementación han mostrado en la consecución de sus metas (evaluación ex-post).

Hay un solo caso en que la evaluación no se justifica y es cuando ya existe la decisión política irrevocable de realizar determinado proyecto, y se dispone, al mismo tiempo, de información relevante y confiable que indica el camino óptimo para la ejecución, dadas las restricciones existentes.

5.5 Preguntas útiles para chequear la correcta formulación del proyecto

Una vez finalizada la formulación del proyecto, resulta conveniente responder una serie de preguntas que permiten revisar la adecuada formulación de la propuesta.

- ¿La situación-problema seleccionada sobre la cual se va intervenir, es la más conveniente acorde a los recursos humanos y materiales de que se podrían disponer?
- ¿La información con que se cuenta, es suficiente, confiable y utilizable?
- ¿Están bien definidos los beneficiarios, tanto sean directos como indirectos?
- ¿Tienen una relación lógica los objetivos generales y los específicos? ¿La realización de los objetivos específicos, contribuyen al logro de aquellos objetivos generales?
- ¿Están bien definidas las metas?

- De realizarse las actividades seleccionadas, ¿se obtendrán los productos previstos? Y de ser así, la obtención de estos productos, ¿contribuirá al logro de los objetivos específicos?
- ¿Es realmente viable realizar la intervención en el tiempo estipulado? Asimismo, ¿cada actividad es realizable en el tiempo establecido en el cronograma?
- En cuánto a los recursos, ¿está bien definido cada rubro?, ¿son suficientes los recursos?, ¿el calendario en cual van a ser desembolsados es el adecuado o van a existir vacíos en algún momento?
- Los indicadores de evaluación, ¿están bien definidos?

Por último se recomienda revisar la coherencia interna del documento del proyecto para asegurar su comprensión plena por quienes estén involucrados en el mismo.

5.6 Bibliografía

- Ander Egg, Ezequiel, Aguilar, María José. Cómo elaborar un proyecto. ICESA, Humanitas, Buenos Aires, 1992.
- Banguero, Harold, Quintero, Victor. Los proyectos sociales I. Publicación IFL, Cali, 1991.
- Caliendo, Mary Alice. Nutrition and Preventive Health Care. Estados Unidos: University of Maryland, 1981.
- Castro, Hilda y Raffalli, Susana. Lineamientos para el diseño y la gerencia de programas de seguridad alimentaria y nutricional. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), Guatemala, 1998.
- Cohen, Ernesto, y Franco, Rolando. Evaluación de proyectos sociales. Buenos Aires: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES/ONU), Centro Interamericano de Desarrollo Social (CIDES/OEA). Grupo Editor Latinoamericano, 1988.
- Consulta de expertos de la FAO sobre educación en nutrición para el público. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Roma, 1995.
- Dornell, T. Los actores sociales o sujetos de la actuación profesional: instituciones, organizaciones y grupos. Taller de Proyectos para la Inserción Laboral, Licenciatura en Nutrición, Universidad de la República, Montevideo, 2004
- Drummond, MF. Principles of Economic Appraisal in Health Care. Oxford University Press, New York, 1980.
- Fontaine, Ernesto R. Evaluación Social de Proyectos. Instituto de Economía, Ediciones Universidad Católica de Chile, 1997.
- Gallardo, Leonel, y Praun, Alexandra. Diagnóstico de la Educación Alimentario Nutricional a nivel institucional y a nivel de la comunidad. Guatemala: Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), 1982.
- Ginestar, Ángel. Pautas para identificar, formular y evaluar proyectos, Organización de Estados Americanos (OEA), Asociación Argentina de Evaluación, Centro Interamericano de Cooperación y Capacitación (CICAP). Buenos Aires, 2001.
- Guía para capacitar a personal local encargado de alimentación a grupos materno infantil y escolar. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Roma, 1987.
- Greene, W.H., y Simons-Morton, B.G. Educación para la salud. México, D.F.: Nueva Editorial Interamericana S. A., 1988.
- Ismail S., Immink M., Nantel G., Mejora de los programas de nutrición: Un instrumento de análisis para la acción. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Roma, 2003.

- La alimentación y la nutrición en la gestión de programas de alimentación de grupos, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Roma, 1995.
- López, O, González Cravino, S, Proyectos de inversión pública: documento base y orientaciones metodológicas, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Centro Interamericano de Tributación y Administración Financiera – OEA, Montevideo, 1996
- Manejo de proyectos de alimentación y nutrición en comunidades. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Roma, 1995.
- Martínez Nogueira, R. Los proyectos sociales: de la certeza omnipotente al comportamiento estratégico. Serie Políticas Sociales N°24, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Naciones Unidas, Chile, 1998.
- Mokate, Karen. Convirtiendo el “monstruo” en aliado: la evaluación como herramienta de la gerencia social. Documentos de Trabajo del INDES (Instituto Interamericano para el Desarrollo Social), BID, 2003
- Mokate, Karen. Curso de Monitoreo de los Programas Sociales (material de clase), INDES, BID, 2007
- Monterrey Gutiérrez, Pedro. Fundamentos de la gerencia de proyectos en nutrición. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición, 2001; 15(1): 55-61
- Murray C. Cuantificación de la carga de enfermedad: la base técnica del cálculo de los años de vida ajustados en función de la discapacidad. Boletín de la OPS, Vol. 118, N°3, marzo 1995.
- Murray C, López AD. Cuantificación de la discapacidad: datos, métodos y resultados. Boletín de la OPS, Vol. 118, N°5, mayo 1995.
- Murray C, López AD, Jamison DT. La carga global de enfermedad en 1990: resumen de los resultados, análisis de sensibilidad y orientaciones futuras. Boletín de la OPS, Vol. 118, N°6, junio 1995.
- Murray C, Kreuser J, Whang W. El análisis de la efectividad en función del costo y la elección de políticas: la inversión en los sistemas de salud. Boletín de la OPS, Vol. 119, N°1, julio 1995.
- Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Unidad de Políticas Sociales, Fortalecimiento del Área Social. Manual de formulación y evaluación de proyectos sociales, Uruguay, 1994
- Olivares, S., Soto D., y Zacarías, M. Nutrición, prevención de riesgos y tratamiento dietético. Chile: CONFELANYD, 1989.
- Phillips Cery, Thompson Guy. What is a QALY? What is. . . , Hayward Medical Communications, Hayward Group plc. UK, 2003.
- Pineault, Raynald, y Davelny, Carole. La planificación sanitaria. Barcelona: Editorial Masson, 1995.
- Rosenberg Hernán, Métodos de evaluación previa de proyectos de cooperación técnica, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol.120, N°3, marzo de 1996.
- Saravia, Antonio. Los proyectos de investigación y transferencia de tecnología agropecuaria. Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), Costa Rica, 1995.
- Serra Majem, Ll., Aranceta Bartrina, J. Nutrición y Salud Pública. Barcelona: Masson S.A., 2006.
- Sulbrandt, J. Introducción a la Gerencia Social. INDES, BID, 2002.
- World Bank. World development report 1993: investing in health. Oxford University

6 — Modelos de comportamiento en salud y cambio de comportamiento

Luisa Saravia, Ana Laura Meroni, Ana Ibáñez

Hoy en día existe acuerdo general sobre la importancia de los estilos de vida en la causalidad de los problemas de salud prevalentes. También hay acuerdo unánime sobre la importancia del cumplimiento de las recomendaciones y prescripciones del personal de salud. Se ha señalado la necesidad de poner en marcha programas de educación sanitaria con el fin de prevenir la morbilidad y mortalidad derivadas de los hábitos insanos, fomentar la salud de las personas y contribuir a su restauración cuando se ha perdido. El objetivo último de estos programas es modificar los comportamientos de la población en sentido favorable de la salud.

Si bien se arribaron a consensos sobre la necesidad de cambiar los comportamientos insanos prevalentes, no lo hay en cambio sobre como hacerlo, es decir, sobre como estructurar y desarrollar el proceso de acción educativa para que sea eficaz en el logro del objetivo que se le ha asignado.

Para explicar la forma en que las personas se comportan frente a las situaciones de salud y enfermedad, diferentes disciplinas de las ciencias sociales como la psicología social, la sociología, la antropología, la psicología, la economía, la medicina y las ciencias de la comunicación, han intentado desarrollar modelos teóricos que intentan explicar los mecanismos a través de los cuales se pueden modificar los comportamientos de salud. Se han desarrollado más de veinte modelos que se encuentran descriptos en la bibliografía existente.

En esta oportunidad se mencionarán siete modelos, que responden a diferentes teorías y que han sido los más usados. Estos modelos son:

1. Modelo de creencias en salud
2. Modelo PRECEDE
3. Modelo basado en la política económica
4. Modelo pragmático.
5. Modelo de etapas del cambio o transteórico del cambio.
6. Teoría del aprendizaje social.
7. Teoría de acción razonada.

6.1 El Modelo de Creencias en Salud

El Modelo de Creencias de Salud fue uno de los primeros modelos adaptado a las teorías de las ciencias del comportamiento para analizar los problemas de salud. Actualmente, más allá de las críticas que ha recibido por sus debilidades, sigue siendo uno de los modelos más reconocidos y utilizados en aplicaciones de comportamientos de salud.

La teoría psicosociológica expresada en este modelo se basa en numerosas investigaciones experimentales publicadas en la literatura durante los años 1950 y 1960, que sugieren que

las creencias de los consumidores y los pacientes influyen de forma sustancial, en la toma de decisiones en relación con la aceptación de las medidas preventivas recomendadas por las autoridades sanitarias y en cooperación con los planes terapéuticos propuestos por el personal de salud. Estas creencias en salud han sido incorporadas a los diversos modelos psicológicos ideados para explicar las decisiones tomadas por el paciente en relación con la promoción y restauración de su salud.

La idea fundamental del modelo sostiene que las cosas reales y los eventos reales no tienen efecto directo sobre las decisiones. Las percepciones de estos objetos y eventos es lo que es importante.

El modelo pone de relieve las **creencias**; una creencia es algo que se acepta como verdad, sin tomar en consideración si en realidad es o no es verdad en términos objetivos. Las creencias se componen de:

- Un elemento cognoscitivo (por ejemplo, qué podría suceder).
- Un elemento afectivo (por ejemplo, qué tan profundamente importa las consecuencias de lo que podría suceder).

Según el modelo original, que el individuo siga o no las recomendaciones preventivas del personal de salud está en función de las siguientes percepciones:

- La **susceptibilidad personal** a la enfermedad que se pretende prevenir, es decir, la percepción que posee la persona de tener un riesgo de enfermarse. Cuando ya existe una enfermedad diagnosticada, esta dimensión se reformula incluyendo la percepción subjetiva sobre probables recaídas, la aceptación de la enfermedad y la susceptibilidad de enfermarse en general.
- La **gravedad probable de la enfermedad**, la cual alude a los sentimientos personales sobre la seriedad del problema de salud. Este aspecto no solo incluye la evaluación clínica de la enfermedad, sino también las consecuencias sociales de la misma (repercusiones sobre la familia, relaciones sociales o trabajo).
- Los **beneficios potenciales** de la medida preventiva recomendada (eficacia en prevenir o reducir la susceptibilidad personal a la enfermedad o su gravedad).
- Las **barreras o dificultades** encontradas en la adopción de las medidas preventivas recomendadas (costo económico, molestias físicas o emocionales, incomodidad).

Los hallazgos revelados por distintos estudios realizados sobre la aplicación de este modelo, han señalado a la **percepción de las barreras para la acción**, como el predictor individual de las conductas en salud más poderoso en comparación con el resto de los distintos elementos que conforman este modelo.

El modelo contempla la necesidad de algún tipo de estímulo a la acción o detonante para que la nueva conducta se ponga en marcha. Estos estímulos harían salir a la luz las percepciones, es decir, harían consecuente al individuo de sus opiniones, sentimientos e intenciones en relación con la medida preventiva recomendada. El modelo asume también que diversas variables sociodemográficas y estructurales pueden influenciar las creencias y percepciones del individuo. Se considera, no obstante, que estas variables no ejercen una influencia directa sobre la conducta, sino que su efecto lo ejercen indirectamente, a través de las percepciones y motivaciones.

El modelo original ha sido posteriormente revisado para incluir en él otras variables que diversas investigaciones han demostrado que son importantes en la toma de decisiones sobre la aceptación o no de medidas preventivas, o para hacer factible la aplicación del modelo a la predicción del cumplimiento, por parte del paciente, de las recomendaciones terapéuticas prescritas por el médico. Entre las nuevas variables incluidas en el modelo, están las siguientes:

- La motivación general sobre las cuestiones de salud.
- La resusceptibilidad a la enfermedad.
- La confianza general de la persona en el personal de salud y en la asistencia sanitaria.

- Las características de la relación personal de salud – paciente.
- La percepción de autoeficacia, aspecto que fue originalmente desarrollado por Albert Bandura en la Teoría Cognitiva Social (Teoría del Aprendizaje Social) e integrado al modelo en 1988; el mismo alude a la confianza que tiene la persona sobre su capacidad de llevar adelante una conducta con éxito.

En cuanto a los estímulos a la acción, se ha podido constatar que los estímulos internos (los síntomas por ejemplo) son muy importantes en el cumplimiento de los regímenes terapéuticos. También lo son los consejos y recomendaciones del personal de salud, tanto para la adopción de conductas preventivas como para la cooperación en caso de enfermedad.

La teoría psicosociológica expresada en el Modelo de Creencias en Salud con sus modificaciones subsiguientes, pone el énfasis principal en las percepciones que el individuo tiene de la realidad y en las preferencias personales sobre el tema en cuestión. Se trata pues de un modelo subjetivo, que mira fundamentalmente a los elementos internos del individuo y que explica la modificación de las conductas en base a estrategias que inciden fundamentalmente sobre sus percepciones y preferencias. Al medio ambiente físico y social en que vive inmerso el ser humano y que se sabe que influye de forma importante en las conductas de salud, lo tiene apenas en cuenta.

El Modelo de Creencias en Salud ofrece las siguientes guías generales que se aplican a una amplia variedad de situaciones de la educación para la salud:

- Proporcionar a los que aprenden una evaluación realista de los riesgos asociados con un pobre comportamiento de la salud.
- Ayudar a los que aprenden a desarrollar un punto de vista realista de su susceptibilidad a la amenaza de la salud en cuestión.
- Ayudar a los que aprenden a tener confianza en la eficacia de la práctica de la salud recomendada.
- Ayudar a los que aprenden a corregir cualquier punto de vista exagerado que pueda tener los riesgos y dificultades que contenga al comportamiento recomendado.
- Proporcionar datos recordatorios frecuentes de la necesidad y oportunidad para ciertas acciones de la salud. Además de un patrón de creencias predisponentes, un individuo a menudo debe estar libre de problemas que lo distraigan, tener dinero suficiente y en general, estar de un humor receptivo. Cuando prevalecen estas condiciones, una señal de recordatorio es la chispa que se necesita para iniciar la acción.
- Animar a las personas a dar un alto valor a su salud.
- Ayudar a la gente a reconocer su propio poder para cambiar su vida.

Este modelo ha sido efectivo para afrontar las enfermedades masivas y graves, cuyo elevado grado de peligrosidad, su amenaza vital y sus efectos inmediatos, genera en las personas gran temor. También ha sido eficaz en aquellos problemas de salud cuya solución requiere medidas sencillas, efectivas y de bajo costo (económico y/o social). Contrariamente, en las enfermedades no transmisibles relacionadas con los estilos de vida, el uso de este modelo no ha sido tan eficiente, ya que las repercusiones de los hábitos insanos son observadas a largo plazo y no siempre es clara la asociación de estos comportamientos con los consecuentes problemas de salud, siendo poco útil la amenaza como elemento motivador para inducir cambios en las conductas.

Otras de las debilidades que se han identificado en este modelo, refieren al hecho que las creencias de salud compiten con otras creencias y las actitudes personales, las cuales también pueden estar ejerciendo influencia sobre el comportamiento individual. A su vez, en las investigaciones desarrolladas por la psicología social sobre el cambio de comportamiento, no se ha demostrado que la formación de creencias siempre antecede a un cambio de comportamiento;

contrariamente, la formación de una creencia puede seguir un cambio de comportamiento.

6.2 El Modelo PRECEDE

Uno de los modelos más amplios del comportamiento en salud lo presenta Lawrence Green y colaboradores con el título PRECEDE, una sigla que significa “**pre**disponer, **re**forzar y **hacer posible las causas en el diagnóstico y la evaluación educativa**”. Este modelo va más allá de un mero análisis del comportamiento, ya que busca proporcionar una guía comprensiva de planeación para la preparación y ejecución de programas.

Las actividades organizadas de educación para la salud están basadas en el deseo de intervenir en el proceso de mantener un adecuado comportamiento en salud o de interrumpir un patrón de comportamiento que se asocia a un aumento en el riesgo de enfermedad, incapacidad o muerte.

El modelo PRECEDE se aplica en varias situaciones de la educación para la salud. Ha servido como un modelo exitoso en la evaluación de casos clínicos, como una guía útil en el desarrollo de programas de educación para la salud a nivel local, como guía para la revisión de proyectos de salud materno infantiles, como herramienta de análisis para políticas de educación para la salud a nivel nacional e internacional, y como marco teórico para el desarrollo de educación para la salud en los currículums de formación de los futuros profesionales de la salud.

El modelo PRECEDE lleva a pensar en forma deductiva, empezando por las consecuencias finales y trabajando hacia atrás hasta llegar a las causas originales del problema. Este proceso consta de siete fases:

- **Fase 1:** Se comienza apuntando a la calidad de vida de las personas valorando los problemas generales de la gente en los grupos de pacientes, estudiantes, trabajadores o consumidores. El tipo de problema social que experimenta una comunidad es un buen termómetro de la calidad de vida del grupo.
- **Fase 2:** Se identifican los problemas específicos de salud que podrían estar contribuyendo al problema social detectado en la fase 1. Usando los datos disponibles y generando otros con métodos de investigación apropiados, el educador para la salud ordena los diversos problemas sanitarios y elige el problema que merece más recursos de educación para la salud.
- **Fase 3:** Consiste en la identificación de los comportamientos de salud relacionadas que podrían estar conectadas con el problema sanitario elegido en la fase dos. Como la intervención se realizará sobre estos comportamientos, es esencial que estén específicamente identificados y cuidadosamente ordenados. Los factores económicos, genéticos y ambientales que influyen la salud son no comportamentales, pero deben ser reconocidos por el poder que tienen. Si los educadores para la salud son concientes de estas fuerzas serán más realistas en las limitaciones de sus programas.
- **Fase 4:** Tomando como base las investigaciones en los comportamientos en salud, se han identificado tres tipos de factores que pueden afectar el comportamiento sanitario: factores predisponentes, factores posibilitadores y factores reforzadores. Los factores predisponentes son las actitudes, creencias, valores y percepciones personales que facilitan las motivaciones personales para el cambio. Los factores posibilitadores son las barreras creadas por fuerzas o sistemas sociales. Las habilidades y los conocimientos requeridos para que un comportamiento deseado ocurra son un ejemplo de los factores posibilitadores. Los reforzadores son aquellos relacionados con los conocimientos recibidos de otros cuyo resultado puede ser o animar o desalentar el cambio de comportamiento. La cuarta fase es entonces, el identificar y categorizar los factores que parecen tener un impacto directo en el comportamiento seleccionado en la fase 2.
- **Fase 5:** En este punto el educador debe decidir en cuál factor de los citados debe focalizarse la intervención. La decisión se basa en la importancia relativa y en los recursos disponibles

para influenciarlos.

- **Fase 6:** Es el desarrollo e implementación del programa. Si el educador tiene presente las limitaciones de los recursos disponibles, del tiempo y de sus habilidades, las intervenciones educativas apropiadas serán casi evidentes a partir del diagnóstico de los factores predisponentes, posibilitadores y reforzadores. Solo resta la selección adecuada de las combinaciones de intervenciones y una valoración de los recursos y problemas administrativos.
- **Fase 7:** Es la evaluación, que es considerada como una parte integral y continua de todo el esquema. Los criterios de la evaluación surgen naturalmente del procedimiento de diagnóstico; por ejemplo, en el inicio del proceso se debe enfatizar en la importancia de fijar objetivos programáticos y comportamentales claros para que los estándares de aceptabilidad sean definidos antes de la evaluación.

El modelo PRECEDE enfatiza dos proposiciones: una, que la salud y los comportamientos en salud son causados por múltiples factores y, dos que como la salud y los comportamientos en salud son causados por diversos factores, los esfuerzos para afectar estos comportamientos deben ser multidimensionales.

6.3 Modelo basado en la Política Económica

La salud, como los demás recursos, está desigualmente distribuida, con una minoría rica que, en general goza de buena salud, y una mayoría pobre, en general con bajo nivel de salud. Las actividades de educación sanitaria dirigidas al individuo contribuirán a incrementar estas desigualdades, ya que, independientemente de su valor, es probable que sean más eficaces en los grupos de mayor nivel socioeconómico, pues éstos son más sensibles a la educación sanitaria, y el medio ambiente en que viven es más favorable al cambio.

Los comportamientos insanos prevalentes en los países capitalistas serían consecuencia de las presiones y valores sociales prevalentes influenciados y modulados por las corporaciones multinacionales cuyo interés principal es ganar dinero, y a las que la salud pública les interesa bien poco. Para subsanar esta situación el modelo propugna que los educadores para la salud dediquen sus esfuerzos no sólo a transformar al individuo sino también a estudiar la manera de controlar la creciente y desmesurada potencia de ciertos grupos industriales que tienen una extraordinaria influencia sobre la salud de la población.

Según el modelo, los educadores sanitarios, además de estudiar y comprender los mecanismos psicológicos que llevan al individuo a adoptar o cambiar su conducta de salud, deberán también investigar y comprender las fuerzas económicas y políticas que modelan el medio ambiente social e influyen sobre la salud.

De la misma forma, las acciones educativas la deberán ejercer, no sólo a nivel del individuo y medio ambiente más inmediato (familia, amigos y grupos sociales organizados) sino también a nivel del medio ambiente social más general. Se trata de influir sobre la opinión pública y sobre los políticos que toman las decisiones para que corrijan los factores del medio ambiente que son contrarios a la adopción de hábitos saludables por el individuo.

Quizás la objeción más importante que puede hacerse al modelo teórico basado en la política económica está en las dificultades insalvables con que se encuentran sus mismos promotores para intentar explicar por qué los mismos hábitos insanos que afligen a las sociedades capitalistas, castigan también, y de una forma cada vez más intensa, a los países no capitalistas en los que en teoría el medio ambiente social está controlado.

La segunda objeción importante que puede hacerse a este modelo es que las evaluaciones recientes efectuadas en los países que han adoptado la estrategia de cambio en los estilos de vida, están demostrando que las acciones educativas emprendidas hace unos años han sido

extraordinariamente eficaces en la reducción de la ingesta de grasa saturadas de origen animal, y en la disminución de la prevalencia del hábito tabáquico en hombres y mujeres.

6.4 Modelo Pragmático

De lo analizado anteriormente, parecen claros los siguientes aspectos:

- La modificación duradera de los comportamientos humanos es una tarea extremadamente compleja y difícil, fundamentalmente porque estos comportamientos están profundamente anclados en la cultura y periódicamente son revalorizados y reforzados por el medio ambiente físico y socioeconómico.
- El medio ambiente físico, psicosocial, cultural y socioeconómico influyen de forma importante sobre los comportamientos de salud que adopta la población. En consecuencia, las estrategias educativas que sólo inciden sobre el individuo (el Modelo de Creencia en Salud, por ejemplo) no sirven para la educación para la salud de adultos en la comunidad, ya que el medio ambiente opone una extraordinaria resistencia al cambio en todos los casos, pero, en especial cuando se trata de modificar hábitos fuertemente arraigados como son los hábitos de salud.
- Los modelos de comunicación persuasiva que sólo inicien sobre el individuo y no tienen en cuenta las contingencias ambientales, y sobre todo el papel del medio ambiente físico y social, no sirven para modificar los comportamientos de salud de la población adulta.
- Se hace pues, necesario adoptar un enfoque multifactorial de la educación sanitaria y la promoción de salud que no sólo incida sobre el individuo, sino también sobre el medio ambiente. Este enfoque contiene aportes de los modelos basados en la comunicación persuasiva y del enfoque crítico. Con diferentes nombres es el adoptado por los educadores para la salud y por las administraciones sanitarias, las cuales, al desarrollar las campañas o programas de promoción de salud, no sólo inciden sobre el individuo mediante comunicaciones persuasivas informativas y motivadoras, sino también inciden sobre las leyes, sobre el medio ambiente físico, psicosocial, sociocultural y socioeconómico, con el fin de convertirlo en favorable al cambio de conducta que se busca.

Este modelo sostiene que el cambio de conducta se logrará una vez que se haya producido el cambio de actitud en sentido favorable. Se basa en la comunicación persuasiva y las contingencias situacionales.

La comunicación simple que sólo suministra información, no es útil en la educación sanitaria de adultos. La modificación de los comportamientos insanos sólo puede conseguirse mediante la comunicación persuasiva, la cual no sólo suministra información (conocimientos), sino que también aporta la motivación necesaria para la modificación de las actitudes, de tal forma que el sujeto pueda pasar a la acción. En otras palabras, la comunicación simple sólo aporta conocimientos. La comunicación persuasiva modifica, además, las actitudes, y deja abierto el camino para los cambios de los comportamientos.

Al comunicarse las personas comparten una información con otra persona o grupo de personas. En el caso de la persuasión, se intenta además, hacer compartir una actitud (una opinión, un sentimiento y una intención), que deje abierto el camino a la acción (cambio de conducta). El cambio de comportamiento a partir de esta fase, ya es posible, pero, el que realmente tenga lugar, no sólo depende de la actitud, sino también de las contingencias situacionales.

Los modelos de la comunicación simple (transmisión de informaciones) tienen dos fases: la transmisión y el descifrado de los signos.

Los modelos de la persuasión (modificación de actitudes y comportamientos) añaden un tercer aspecto: la aceptación y utilización de los signos por los que los reciben.

El objetivo de la educación para la salud es la modificación del comportamiento en sentido favorable para la salud. El Modelo Pragmático plantea tres etapas para lograr el cambio en el

comportamiento sanitario de las personas. Estas etapas son:

a) Suministro de la información:

La información es uno de los elementos básicos de la acción educativa. Pero la información sola no es suficiente para que el individuo pase a la acción, siendo necesario que previamente cambien las actitudes como consecuencia de la motivación.

Ofrecer una información válida no es sencillo. La información, para ser válida en educación sanitaria, debe ser veráz, completa, clara y comprensible. Para que sea eficaz y recordada, la información debe ser dada repetidamente y a través del mayor número de fuentes posibles.

b) Cambio de actitudes:

En esta etapa, el sujeto cambia sus actitudes como consecuencia de la motivación contenida en el mensaje persuasivo. Se le conoce también como proceso de aceptación-rechazo, ya que, después de esta etapa, el sujeto ha aceptado la información (ha cambiado sus opiniones, sentimientos e intenciones) y está predispuesto a la acción.

En el contexto de la educación para la salud, la actitud es una predisposición mental adquirida y duradera que incita a comportarse de una forma determinada frente a un determinado tema de salud.

El conjunto de las reacciones de un individuo frente a un estímulo (objeto, persona o situación) se resume en tres componentes principales: cognitivo, afectivo y conativo (intención). El conjunto de lo que se sabe del estímulo, como se lo percibe, que significancias y características se le atribuye, constituye el componente cognitivo de la actitud. La segunda dimensión de la actitud, concierne a los sentimientos o reacciones emocionales frente al estímulo en cuestión. La tercera dimensión de una actitud incluye todos los planes, decisiones e intenciones relativas a las acciones a emprender frente al estímulo.

Como los tres componentes de la actitud son el resultado de las mismas experiencias, es normal que estén estrechamente ligados.

Las actitudes vienen determinadas, principalmente, por lo vivido por el individuo, y pueden considerarse como el resultado de lo que el individuo ha aprendido sobre los más diversos aspectos de vida y de la sociedad a través de las diferentes experiencias sufridas desde su nacimiento.

Las actitudes de salud de la población se adquieren también de esta forma. Las experiencias propias, las de las personas cercanas (del propio grupo familiar o social), las de personas relevantes y dignas de imitación (personajes famosos), y las comunicaciones especialmente de los medios de difusión de masas, de la relación equipo de salud-paciente, son las fuentes principales de las actitudes de salud de los individuos, grupos y colectividades. Muchas de estas actitudes serán positivas; otras serán negativas. Estas actitudes negativas de salud son las que pretende modificar la educación para la salud, sin lo cual, el individuo no pasará a la acción.

Las actitudes no son estables durante toda la vida del individuo, sino que son modificables por el aprendizaje. La comunicación persuasiva es el instrumento más utilizado para modificar las actitudes de educación para la salud, pero para que el cambio de actitud persista, es preciso repetir periódicamente los mensajes persuasivos, para, de esta forma, sostener el cambio de actitud conseguido.

c) Modificación del Comportamiento:

Para las acciones de medicina preventiva y educación para la salud no basta modificar las actitudes para que el individuo pase a la acción. Los mensajes educativos que sólo informan y motivan (y, en consecuencia, cambian la actitud), no se traducen, en la mayoría de los casos, en cambios de conducta por parte de los receptores.

6.5 Modelo de etapas del cambio o modelo transteórico del cambio

Las etapas del cambio o el modelo transteórico del cambio, fue publicado inicialmente en 1979 por Prochaska; este modelo surge de las experiencias de trabajo desarrolladas por Prochaska y DiClemente, con personas que deseaban dejar de fumar o se encontraban en tratamiento por la adicción a las drogas y el alcohol. Posteriormente también se aplicó dicho modelo a otros comportamientos de salud como son los cambios en la alimentación.

El modelo transteórico del cambio se basa en el supuesto que el cambio de conductas de salud no es un acto único, contrariamente, es visto como un proceso por el cual los individuos transitan con distintos niveles de motivación o de "preparación" para cambiar, y en función de estos se deben planificar las estrategias a desarrollar.

Las etapas del cambio de las personas con enfermedades crónicas identificadas en este modelo son:

- **Precontemplación:** la persona no es consciente del problema de salud o no ha pensado en la necesidad del cambio, probablemente esta no sea capaz de visualizar las ventajas del cambio a conductas saludables, maximizando sus desventajas.
- **Contemplación:** la persona es consciente del problema y manifiesta su intención de cambiar en los próximos seis meses.
- **Preparación para la acción:** la persona tiene la intención de tomar medidas y actuar dentro del próximo mes.
- **Acción:** la persona lleva adelante un plan de acción específico para modificar el comportamiento.
- **Mantenimiento:** la persona continúa con las acciones de cambio de comportamiento en el tiempo.
- **Terminación:** la persona alcanza un cambio sostenible, tiene cero la tentación y la capacidad de resistir a una recaída.

Las acciones propuestas para cada una de las etapas son las siguientes:

En el caso de aquellas personas que están en la etapa de **precontemplación**, estas no se encuentran preparadas para la acción, por lo que se sugiere concientizar sobre la necesidad de un cambio de conducta, ofreciendo información personalizada sobre sus riesgos y beneficios.

En la etapa de **contemplación**, se recomienda motivar a las personas para iniciar el cambio e incrementar la confianza en sí mismos sobre sus capacidades para llevar adelante el mismo, así como brindar información sobre los recursos existentes que pueden contribuir en el logro del mismo.

Aquellas personas que se encuentran en la etapa de **preparación para la acción** generalmente han elaborado un plan para el cambio de conducta, a estas se las debe apoyar en la planificación de dicho cambio, en el establecimiento de metas realistas, en la solución de los problemas y en el desarrollo de conocimientos y habilidades que incrementen su autoeficacia.

Las personas que se encuentran en la etapa de **acción** están llevando adelante el cambio, por lo que se debe acompañarlas en la acción brindando información sobre las estrategias más útiles, prácticas y satisfactorias. También es importante considerar el contexto y el apoyo social, de manera que favorezcan los cambios de conducta.

En la etapa de **mantenimiento**, la persona viene ejecutando la nueva conducta al menos seis meses, en este caso es importante apoyarla en la resolución de los problemas que se presentan, recordando la decisión del cambio, reconociendo sus logros y esfuerzos y acompañando en el caso de recaídas.

En el proceso ideal, la persona avanza por las distintas etapas sin retroceso, sin embargo las recaídas son frecuentes en los cambios de comportamiento relacionadas con la salud; frente a esta situación, es importante que el sujeto mantenga la intención de cambio hasta convertir la

nueva conducta en un hábito.

Las investigaciones desarrolladas en relación a este modelo a demostrado que los medios de comunicación masivos son efectivos en las dos primeras etapas (precontemplación y contemplación), sin embargo en las etapas siguientes (preparación, acción y mantenimiento) las mejores herramientas para favorecer el cambio son el apoyo social y la comunicación interpersonal.

6.6 Teoría del Aprendizaje Social o Teoría Cognitiva Social

La Teoría de Aprendizaje Social es el resultado de una investigación separada por Rotter (1954) y Albert Bandura (1977), posteriormente es denominada como Teoría Cognitiva Social ya que Bandura puso énfasis en el aspecto cognitivo.

La Teoría de Aprendizaje Social se basa en dos supuestos:

- La mayor parte de la conducta humana es aprendida.
- Gran parte del aprendizaje es asociativo y simbólico.

A partir de estos supuestos, tras décadas de investigación estableció su teoría basándose en un modelo de aprendizaje llamado **reciprocidad triádica del funcionamiento humano**.

Este modelo establece que el aprendizaje, y por ende el comportamiento humano, es producto de la influencia de tres dimensiones: los factores personales (procesos cognitivos, emociones, etc.), la conducta y las condiciones del ambiente. Estos factores interaccionan constantemente a través de un proceso de **determinismo recíproco** o de **causalidad recíproca**. Este hecho implica que el comportamiento no es un estricto producto del ambiente y la persona, o las condiciones ambientales tampoco son consecuencia de la persona y la conducta; sino que las tres dimensiones interactúan entre sí de manera dinámica y continua, por lo que cualquier cambio introducido en una de estas repercutirá sobre las otras.

Según la Teoría Cognitiva Social, las condiciones del entorno influyen sobre la conducta mediante un proceso de simbolización, o sea, los hechos transitorios tienen un efecto duradero sobre la conducta de la persona, ya que la información que transmiten son transformados en símbolos.

Bandura establece que se puede aprender de distintas maneras: por ejecución directa, por ejecución vicaria (a través de terceras personas) u observación, a través de la auto-gestión del refuerzo que se suministra directamente a la persona, o por la combinación de estas formas.

En el caso del refuerzo vicario la persona observa a un tercero y se refuerza por comportarse de una manera apropiada o inapropiada; este modo de aprendizaje también ha sido llamado **modelo social o el aprendizaje por observación**. En el caso del refuerzo de la autogestión, la persona mantiene registros de su comportamiento premiándose o reforzándose cuando esta es correcta. Este tipo de refuerzo se relaciona con el concepto de auto-control, ya que contempla el concepto de que las personas pueden obtener el control de su propio comportamiento mediante el control de la misma.

Existen otras construcciones en torno a esta teoría que también pueden ser empleadas en situaciones de aprendizaje de las conductas de salud:

- **Capacidad de conducta**, esta hace alusión a los conocimientos y las habilidades que debe poseer una persona para llevar adelante un comportamiento determinado.
- **Las expectativas**, refiere a los resultados esperados por las personas de determinada conducta, y a los valores asignados a la misma. La persona le asigna cierto valor al resultado esperado de una acción y probablemente esta lleve adelante la conducta necesaria para obtener dicho resultado.
- **La autoeficacia**, es entendida como la confianza que posee una persona en la propia capacidad para realizar con éxito una determinada acción, la cual ha sido aceptada.

6.7 Teoría de acción razonada

La Teoría de la Acción Razonada fue diseñada para explicar todos los comportamientos volitivos (voluntarios) de las personas, y no sólo las conductas de salud.

El propósito de esta teoría no solo es predecir el comportamiento de las personas en circunstancias definidas, sino también entenderlo. La misma parte del supuesto que todos los comportamientos de transcendencia social se encuentran bajo el control voluntario; a su vez plantea que la intención de una persona para llevar adelante una conducta específica es el determinante inmediato de dicha conducta. Esta intención se encuentra en función de dos factores:

1. La actitud hacia el comportamiento, esa esta positiva o negativa.
2. La influencia del entorno social (normas generales subjetivas) sobre el comportamiento.

La **actitud hacia el comportamiento** está determinada por las creencias evaluativas de la persona sobre el resultado que obtendrá por llevar adelante dicha conducta en un tiempo y contexto definido. Es decir, las actitudes se encuentran en función de las creencias. Si un individuo considera que la ejecución de cierta conducta le permitirá obtener los resultados esperados, tendrá una actitud positiva hacia la realización de la misma; contrariamente, si la persona cree que por llevar a delante la conducta obtendrá resultados negativos presentará una actitud desfavorable ante esta.

Estas creencias que constituyen el fundamento de la actitud de una persona hacia la conducta se conocen como las **creencias de comportamiento**.

En relación a las **norma sociales o subjetivas**, se halla determinada por las creencias normativas de una persona sobre la importancia que tiene para terceros la ejecución de esta conducta, y por la motivación de esta persona para cumplir con los deseos de otros. Es decir, si la persona debe cree que para la mayoría de estas personas es significativo que realice la conducta, y además de esta presión social, la persona también debe estar motivado para cumplir con estos otros. Las creencias vinculadas a las normas subjetivas de una persona se llaman **creencias normativas**.

Bibliografía

Bandura A. Autoeficacia: como enfrentamos los cambios de la sociedad. Bilbao: Desclé De Brouwer; 1999.

Contento et al., Nutrition Education and Implications, Journal of Nutrition Education, Vol. 27, Number 6, Nov.-Dec., 1995.

Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behaviour: Reading, MA. Beverly Hills: Sage, 1978.

Greene, Lawrence, W. et al., Health Education Planning. A diagnostic approach, Mayfield Publishing Company, California, 1980.

Greene, Walter, H., Simons-Morton, Bruce, G. Educación para la salud. Interamericana – Mc Graw-Hill, México, 1988.

Prochaska JO, Di Celmente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1983; 51(3):390-395.

Rosenstock MI. Health belief model: explaining health behavior through expectancies. In: Glanz K, Lewis F, Rimer B, eds. Health behaviour and health education: Theory,

research and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 1990.p.161-186.Salleras Sanmartí, Luis, Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Editorial Diaz de Santos S.A., Madrid, 1985.

7 — La entrevista en la práctica profesional del nutricionista

Ana Ibáñez y Luisa Saravia

7.1 Introducción

La entrevista es una relación con características específicas que se establece entre dos o más personas. En el tema que convoca, lo singular de esta relación consiste en que uno de los integrantes de la misma es un técnico, que debe actuar en ese rol, y él o los otros, son usuarios, que necesitan de su intervención técnica.

El nutricionista es el profesional capaz de evaluar el estado nutricional de la población a nivel colectivo e individual, administrar programas de alimentación, nutrición y educación, realizar investigaciones en estas áreas e integrarse a equipos multiprofesionales para incidir significativamente en la situación alimentario-nutricional mediante acciones de prevención, promoción y atención.

Dentro de las funciones profesionales que debe llevar a cabo el nutricionista se encuentra la atención nutricional a los usuarios en situación de hospitalización o ambulatoria, con el objetivo de promover, recuperar y/o mantener su adecuado estado nutricional a través de un tratamiento integral.

La entrevista es una de las técnicas que este profesional utiliza para cumplir su objetivo durante la consulta. La relación del nutricionista con el usuario se inicia en la primera entrevista. Este primer encuentro es capital, debido a que, a menudo, la calidad de la relación que se crea condiciona el éxito del tratamiento. Es fundamental considerar que el nutricionista no sólo utiliza sus conocimientos de nutrición con el entrevistado, sino que esta práctica se produce a través de su propio comportamiento en la entrevista.

Durante la misma, se obtienen los datos necesarios para definir la solución a la problemática planteada por el usuario y éste obtiene una respuesta a su problema. El nutricionista, desde esta perspectiva de su rol, transforma, a través de la elaboración científica como método, las prácticas alimentarias cotidianas del ser humano en conocimiento, al mismo tiempo que utiliza sus conocimientos científicos.

El estudio de la entrevista como técnica ha reducido su proporción de arte y ha acrecentado su manejo y efectividad como técnica científica. Se puede enseñar y aprender a realizar entrevistas sin tener que quedar librado a un don o una virtud imponderable del profesional.

La entrevista, en cuanto técnica, tiene sus propios métodos y recursos que implican al mismo tiempo ampliar y aplicar los conocimientos.

El propósito de este capítulo será el estudio de la entrevista como técnica y en particular la entrevista en la práctica profesional del nutricionista.

7.2 Consulta, Anamnesis y Entrevista

Muchas veces, cuando se hace referencia a la entrevista se manejan como sinónimos consulta y anamnesis. Sin embargo, desde el punto de vista técnico existen diferencias importantes que deben ser valoradas.

La **consulta** es la solicitud de asistencia profesional. Como ejemplo, solo el hecho de que el usuario se dirija o concrete telefónicamente una cita con el nutricionista constituye el acto de pedir asistencia profesional —consultar— sin que necesariamente haya un contacto personal entre el técnico y el usuario.

La **anamnesis** es la recopilación de datos, previamente consignados como necesarios y previstos en extensión y detalle, de forma que permitan obtener una síntesis de la historia de la persona. Incluye antecedentes y situación actual familiar y social, considerando, además, tanto los aspectos de salud como de enfermedad.

La anamnesis puede realizarse en forma impersonal, mediante un formulario autoadministrado o completado por el profesional o personal auxiliar, aunque una anamnesis personalizada conlleva la utilización adecuada, por parte del nutricionista, de los fundamentos que rigen la entrevista.

Existen varias formas de realizar una anamnesis alimentaria; las más usadas son:

- El modelo típico que consiste en la investigación de la alimentación habitual con la distribución horaria por tiempo de comida.
- El recordatorio de 24 horas basado en el recuerdo por parte del usuario de los alimentos consumidos en un día del pasado inmediato representativo de su alimentación habitual.
- La frecuencia de consumo de alimentos, en este caso el encuestador debe tener una idea de pesos y medidas de uso corriente y de composición habitual de las preparaciones para poder traducir en unidades de medida lo que el encuestado expresa con palabras o gestos.
- El diario de dieta es el registro, por parte del encuestado, de todos los alimentos consumidos en unidades de medida o medidas caseras.

La **entrevista** es una técnica de investigación científica, es un instrumento fundamental, no solo del método clínico sino también de la metodología de trabajo del nutricionista. En su calidad de técnica, implica una zona de intersección interactiva entre la ciencia y las necesidades prácticas. Es así que en la entrevista se logra la aplicación de conocimientos científicos y, al mismo tiempo se obtiene y se posibilita llevar la vida diaria del ser humano al nivel del conocimiento y la elaboración científica. La aplicación de conocimientos técnicos posibilita el realizar entrevistas en condiciones metodológicas más estrictas, convirtiéndolas en instrumentos científicos con lo cual, el “arte de la entrevista» se reduce en función de una sistematización, la que posibilita un mayor rigor en su aplicación y en sus resultados.

En la entrevista el nutricionista escucha y observa al entrevistado siempre en función de ciertos supuestos, y va formulando hipótesis que en su transcurso intentará verificar o rectificar en función de las observaciones subsiguientes.

7.3 La entrevista en la práctica profesional del nutricionista

En la práctica del nutricionista resulta muy útil tomar en cuenta y utilizar los conocimientos de la técnica de la entrevista, ya que su manejo permitirá optimizar la investigación, el diagnóstico y la orientación al usuario.

Parte de los conocimientos de la teoría de la técnica de la entrevista corresponden a los aspectos inherentes a las relaciones interpersonales.

7.3.1 Campo en la entrevista

En la entrevista se configura un campo, una relación que se genera entre el usuario y el nutricionista de la cual dependerá todo lo que en la entrevista suceda. Para estudiar sistemáticamente la entrevista como campo se debe considerar:

- El entrevistado: su actitud frente al entrevistador (**transferencia**) y sus respuestas verbales y no verbales.
- El entrevistador: su actitud técnica y sus sentimientos en relación al entrevistado (**contratransferencia**).
- La relación interpersonal: interacción entre nutricionista y usuario y el proceso de comunicación.

Para el nutricionista, uno de los propósitos fundamentales de la entrevista será crear un ambiente de seguridad, confianza e interés para el usuario. Ese ambiente debe ser aquél en el que el usuario se sienta capaz de ser honesto consigo mismo, asumir riesgos y tomar decisiones que lo afectan.

Esa atmósfera exige que él se sienta aceptado tal cual es, sin que se juzgue si su conducta es buena o mala. En el área clínica un vínculo con estas características se manifiesta como una alianza terapéutica entre nutricionista y paciente. Dicha alianza terapéutica permite desarrollar una relación en el seno de la cual se puede reunir la información necesaria para asistir al usuario y a la vez favorecer la función de educador y motivador del técnico.

Durante la entrevista el nutricionista observa una parte de la vida del entrevistado, que se desarrolla en relación y frente a aquel. La primera regla fundamental a este respecto es tratar de que el campo se configure especialmente por las variables que dependen del entrevistado. Esto permitirá al nutricionista obtener datos fidedignos y orientar en forma apropiada al usuario para un correcto análisis situacional y, por lo tanto, pasible de ser considerado por el mismo. Cuando se habla de análisis situacional se hace referencia a un diagnóstico basado en el modelo biopsicosociocultural de salud-enfermedad. De esta forma se enfocará al usuario y al motivo de su consulta en el contexto de su vida, de su familia, de su trabajo y de la comunidad en la que vive. Se intentará reconocer las alteraciones a nivel bionutricional, psicológico, sociofamiliar y asistencial, de manera de poder hacer un análisis abarcativo que permita orientar las acciones.

Para pensar acerca de la entrevista

En una institución de asistencia médica colectivizada, una paciente mujer, de 45 años, consulta a la nutricionista por su propia voluntad, ya que desea adelgazar.

La nutricionista, de unos 60 años, la recibe con una actitud distante, en su consultorio.

La paciente manifiesta su deseo de disminuir unos 5 kilos de peso que ha engordado en el último año.

La nutricionista evalúa el estado nutricional de la paciente a través de la antropometría y le dice que de acuerdo a su talla, el peso actual de la usuaria es adecuado, por lo que no ve el motivo de la disminución del mismo.

La paciente insiste en que se siente incómoda en ese peso, que la ropa le ajusta, y que su peso habitual es de 5 kilos menos que el actual.

La nutricionista le entrega una dieta preimpresa que, según manifiesta la paciente, “es para morir de hambre”.

La paciente pregunta cuándo debe volver a controlarse y la nutricionista le contesta que no hay necesidad de que se controle, pero que si lo desea, vuelva en un mes.

La paciente pregunta si puede volver en 15 días, lo que la nutricionista acepta.

Frente a esta situación de consulta se observa que la nutricionista no utiliza la técnica de la entrevista para la solución de la problemática planteada por la paciente.

¿Por qué se puede afirmar esto?

En relación al campo, la licenciada en nutrición no favorece que el campo se configure con las variables que dependen de la usuaria.

¿Qué sucede durante la entrevista que permite pensar así?

La licenciada no busca generar un espacio de confianza y seguridad para que la paciente se sienta aceptada tal cual es, por lo tanto, no se podría hablar de alianza terapéutica.

¿Está de acuerdo o no? ¿Por qué?

** Pensamos que:*

Se crea un campo en que la relación interpersonal se manifiesta como una descalificación mutua de los roles de cada uno.

La entrevistadora no escucha las necesidades y demandas de la entrevistada y ésta descalifica a la entrevistadora como profesional, su actitud técnica.

En consecuencia, el proceso de comunicación resulta distorsionado.

7.3.2 Encuadre

Para que el campo de la entrevista se configure por la persona del entrevistado se debe establecer un encuadre de trabajo.

El encuadre consiste en transformar en constantes las variables aportadas por el entrevistador de manera que se manifiesten las características del entrevistado.

El encuadre incluye: la actitud técnica, el rol profesional, los objetivos de la entrevista, el lugar y el tiempo.

El encuadre funciona como una suerte de estandarización de la situación estímulo, de forma que el nutricionista pueda interpretar las actitudes y respuestas del usuario sin tener que especular si éstas se deben a la variación del contexto que le ofrece. Si bien el ideal es poder mantener constantes todas las variables, en las condiciones prácticas de trabajo muchas veces esto no es posible. En particular, el lugar en donde se realiza la entrevista o el tiempo que se le puede dedicar, muchas veces excede al poder de decisión. Sin embargo, no se puede decir lo mismo con referencia al rol del entrevistador, a la actitud técnica que asume, ni a los objetivos que se propone.

El nutricionista es responsable del manejo adecuado de estos aspectos inherentes a su perfil profesional. Por lo tanto, se puede afirmar que, aunque el tiempo y el lugar pueden ser variables del encuadre que no siempre se pueden transformar en constantes, en una entrevista deben permanecer siempre constantes el rol, la actitud técnica que de él deriva y los objetivos. Si esto no fuere así, se habrá desvirtuado la validez de la información obtenida.

La falta de la observancia de esta regla técnica fundamental lleva, a veces, a interpretar erróneamente los datos obtenidos e incluso, por ejemplo, responsabilizar al usuario del no cumplimiento de cierta indicación cuando en realidad tal vez ésta no haya sido realizada en forma adecuada o no consideró los aspectos necesarios.

Cada entrevista tiene un contexto definido (conjunto de constantes y variables) en función del cual aparecen o se ocultan determinados elementos. El entrevistador condiciona en cierta medida los hechos que él mismo va a observar.

Para pensar acerca de la entrevista...

En un servicio de alimentación de una empresa, una de las funcionarias consulta al nutricionista, en el momento del servicio de la comida, sobre la alimentación de su hijo adolescente que practica deportes.

El nutricionista interroga a la funcionaria sobre algunos aspectos de la actividad física realizada por el joven, su edad y sus hábitos alimentarios. Le dice que no encuentra motivos de preocupación en relación al comportamiento alimentario del adolescente.

En el mismo servicio de alimentación, y frente a la misma problemática planteada por la funcionaria, otro nutricionista le sugiere a la madre concretar una consulta para mantener una entrevista con el joven, en su consultorio, a los efectos de poder atender adecuadamente las necesidades del adolescente deportista.

A diferencia de la primera situación, en la segunda se plantea la instauración de un encuadre de trabajo.

La actitud del primer profesional es amistosa y de compañerismo con la funcionaria, mientras que el segundo asume su rol profesional y una actitud técnica frente al problema planteado.

Si bien el lugar y el tiempo en el que se realizan ambas consultas es el mismo, el segundo nutricionista, desde su rol y su actitud técnica, privilegia los objetivos orientadores de su labor. Para esto promueve la creación de un encuadre que permita poder interpretar las actitudes y respuestas del usuario sin tener que especular si éstas se deben a la variación del contexto que se le ofrece.

En ambos casos, no queda claro si la inquietud es del joven deportista o si el interés es de la madre promovido por su contacto laboral con el nutricionista.

7.4 La relación interpersonal entre nutricionista y usuario

7.4.1 Proceso de comunicación

La cualidad de la comunicación que se establezca entre el nutricionista y el usuario es clave en varios aspectos de la relación interpersonal que se genera entre ambos. Por un lado, porque el nutricionista debe promover que el encuentro sea favorecedor de un clima de seguridad y confianza que permita al usuario desplegar los motivos de su consulta, por otra parte, porque el tipo de comunicación que se haya establecido permitirá al profesional conducir el diálogo, graduando y orientando la entrevista.

La comunicación está determinada por la formación social de cada uno de los involucrados en el diálogo. Hay, asimismo, un marco de referencia que proviene de la vida cotidiana. Se manejan códigos que son combinaciones de elementos del lenguaje que implican también una “obligación” de interpretación. El emisor del mensaje (en la entrevista es alternativamente el nutricionista o el usuario), desde lo real, elige un tema que le quiere comunicar a su interlocutor (perceptor), pero es al mismo tiempo, vocero

de temas de otros. El perceptor selecciona el mensaje para orientar sus conductas. El proceso de comunicación depende también de los medios y recursos que se utilicen, del mensaje que se quiera comunicar y del referente —tema al que alude el mensaje, que es versión de una realidad—.

Es importante tener presente que cuando se habla de comunicación se deben distinguir dos aspectos de la misma: un aspecto racional y un aspecto emocional.

La información que se genera en la entrevista entre nutricionista y usuario será escuchada y comprendida por ambos desde sus conocimientos y desde su intelecto. Pero al mismo tiempo y de forma dinámica, será escuchada y comprendida desde sus experiencias afectivas y desde sus emociones. Esto cobra especial relevancia en el momento de hacer las indicaciones al usuario.

Se le debe decir todo lo que pueda ser útil para la futura colaboración con la indicación dietética y todo lo que disminuya la angustia. Hay que tener en cuenta que aún las indicaciones hechas en las condiciones más adecuadas pueden ser mal interpretadas por el usuario, distorsionándolas e incluso negándolas.

El conocimiento del aspecto emocional de la comunicación —y lo que éste implica como fuente de distorsión o mala interpretación de la información recibida por el usuario—, permite al nutricionista manejar adecuadamente la distancia afectiva con el mismo, sin caer en situaciones de enojo con él, o de crítica (aunque no sea manifiesta) a otros colegas o profesionales.

Es necesario entonces siempre tener presente la importancia de lo que se dice desde el rol de nutricionista y sobre todo del modo cómo se dice, realizando una autocrítica de su lugar como emisor y perceptor durante la entrevista.

Para pensar acerca de la entrevista....

En una policlinica de atención a población hipertensa, la nutricionista recibe en la consulta a un hombre de 42 años, que viene a control de su plan de alimentación hiposódico.

Nta.: El siguiente es un extracto de la entrevista:

Nta.: Buenos días, Sr. J.L.B. ¿Cómo ha pasado?

J.L.B.: De la presión estoy igual.

Se observa que el paciente utiliza un código comunicativo que implica que la nutricionista deba interpretar que su indicación no mejoró la situación del paciente.

Nta.: Pero ..., cuénteme que ha estado comiendo desde nuestro último encuentro.

J.L.B.: Y bueno, todo lo que Usted me dijo.

El paciente vuelve a reafirmar el mensaje anterior.

Nta.: Dígame, por ejemplo ayer, ¿qué comió durante el día?

J.L.B.: Bueno, justo ayer fue un día muy especial, porque salimos con un grupo de amigos y, bueno, nos tomamos unos tragos con una picada. Pero eso no tiene mucha sal.

El paciente se apoya en el marco de referencia de su vida cotidiana y como perceptor ha seleccionado del mensaje de la nutricionista. algunos aspectos para orientar su conducta.

Nta.: Sr. J.L.B., no nos entendimos, además de no agregarle sal a las preparaciones, hay una serie de alimentos que son ricos en sodio y por lo tanto Usted no debe consumirlos.

La Nta. hace una revisión de los medios y recursos utilizados en la entrevista anterior; implicándose en el proceso de comunicación.

J.L.B.: Ah, fueron tantas cosas que me dijo Usted la otra vez, que la verdad no me acordaba.

Se ve aquí el aspecto emocional de la comunicación, en este caso, como un obstáculo o resistencia para el entendimiento del mensaje.

El proceso de comunicación no se da exclusivamente a través del lenguaje verbal y por lo general el mensaje no es claro ni explícito. Cuando se habla de comunicación se refiere al fenómeno de que la conducta (consciente o no) de una persona, actúa (en forma intencionada o no) como estímulo para la conducta del otro y, a su vez, esta última actúa en calidad de estímulo para las manifestaciones del primero. Se crea un fenómeno de retroalimentación interactiva, en la que intervienen aspectos conscientes e inconscientes de los participantes.

En este proceso dinámico, no solo la palabra juega un rol de enorme significación sino que también interviene de formarelevante la comunicación no verbal, como ser timbre y tonalidad afectiva de la voz, actitudes, gestos y postura corporal. El entrevistador debe aprender a “escuchar” no solamente lo que se dice de forma explícita, por lo que hay que aprender a observar y comprender el lenguaje corporal.

Si el entrevistado percibe que no se han captado sus preocupaciones en general repite su mensaje en más de una oportunidad durante la entrevista. Sin embargo, en algunas ocasiones recién se logra captar el mensaje cuando el entrevistado se retiró y se está recapitulando la situación.

Los mensajes más importantes pueden esconderse tras frases triviales o bromas. Otro recurso frecuente que utiliza el entrevistado es transmitir sentimientos y preocupaciones actuales hablando del pasado o atribuyéndoselos a otras personas. El hecho de que un usuario enfoque, cambie o eluda un determinado tema tiene significado en la comunicación. Las preguntas o pedidos de información que el usuario hace, comunican sus preocupaciones.

Existen cuatro situaciones en las que se debe pensar que, probablemente, detrás del motivo manifiesto de consulta existen preocupaciones muy importantes para el usuario:

- **Cuando el paciente se muestra exageradamente preocupado por sus síntomas.** Se debe entonces preguntarle explícitamente acerca de lo que piensa, ya que frecuentemente subyacen fantasmas tales como: “igual esto no tiene solución”, “nadie me puede ayudar”, “para qué me voy a privar de lo que me gusta si igual me voy a morir”, etc.
- **Cuando el usuario no presta la atención necesaria al diagnóstico o tratamiento que se le indica.** En esta situación es aconsejable preguntar directamente si

piensa que se lo puede ayudar y de qué manera, o hacerle notar que no está prestando atención. De esta forma se puede deslindar si se trata de algo circunstancial o si el usuario ha realizado la consulta sin motivación personal o se siente desesperanzado frente a su situación.

- **Cuando el usuario manifiesta directamente o deja entrever su insatisfacción con el servicio.** La insatisfacción puede deberse tanto a las condiciones del servicio como a que no surgió el verdadero motivo de consulta y por lo tanto no pudo tenerse en cuenta. También pueden influir las experiencias personales anteriores o de allegados, en dicho servicio u otro similar.
- **Cuando el usuario consulta reiteradamente sin que haya habido cambios que lo justifiquen.** Es aconsejable preguntar entonces sobre cambios en su vida personal que lo puedan estar afectando.

La comunicación tiene lugar cuando el entrevistado provoca en el profesional reacciones emocionales

El nutricionista debe manejar sus expresiones afectivas de forma de mantener el encuadre de la entrevista. De esta manera, el estilo de comunicación que se establezca será indicativa de la personalidad del entrevistado, especialmente de su modalidad para relacionarse con los demás. Poder observar ésto en la entrevista tendrá utilidad tanto para el diagnóstico de la situación del usuario como para establecer estrategias de comunicación a la hora de las indicaciones.

- Existen usuarios que marcan una distancia afectiva con el entrevistador, al grado de parecer por momentos inmovibles. Pueden provocar en el nutricionista una reacción emocional que lo ubique distante e inclusive incómodo frente al entrevistado. No se debe olvidar, sin embargo, que este estilo de comunicación muestra a alguien con dificultad para relacionarse, lo que no implica que no valore al entrevistador.
- Es posible encontrarse con entrevistados que se muestran muy dependientes y son muy demandantes, lo que si bien puede ser en algún aspecto gratificante para el nutricionista, en la medida que le permiten desplegar su deseo de ayudar, son usuarios de difícil manejo ya que se frustran ante el menor sentimiento de no ser atendidos o entendidos.
- **Hay usuarios que necesitan tener todo bajo control y ordenado.** Si bien a veces se dificulta la comunicación con ellos porque preguntan mucho o parecen no tener nunca las indicaciones suficientemente claras, son en general cumplidores a la hora de seguir la prescripción.
- También se presentan **usuarios con personalidades seductoras o dramatizadoras**, que tienden a producir una fuerte identificación en el nutricionista por el gran componente emocional que movilizan. No se debe olvidar que muchas veces tienden, mediante mecanismos inconscientes, a ocultar información (que sienten les perjudicaría) o a exagerar situaciones. Con este tipo de usuarios se debe ser muy cuidadoso en la valoración de la información que se obtenga durante la entrevista.
- **Existen usuarios con una personalidad sufrida o autosacrificada.** Muchas veces minimizan durante la entrevista los problemas o preocupaciones que los aquejan, por lo que hay que escucharlos muy atentamente. Este usuario en general sigue la indicación casi como un castigo merecido, autorestringiendo su plan alimentario.
- Se encuentran a veces **usuarios querellantes, siempre descontentos con la**

situación, que cuestionan directa o indirectamente al nutricionista. La reacción emocional que provocan en el entrevistador es de colocarse en una posición de autodefensa o entrar en la querrela. Ambos sentimientos deben de ser controlados, ya que lo más adecuado con estos usuarios es mostrarles su actitud sin responder a la misma. Por ejemplo, se les podría decir: “lo noto enojado o desconforme”.

- Otro estilo de comunicación que no es sencillo de manejar **escuando el usuario se coloca “en personaje muy importante”**. Este tipo de actitud se puede dar tanto en personas que tienen una profesión del área de la salud u otra, como en cualquier otro tipo de usuario, ya que no responde al conocimiento que el mismo tenga o crea tener sobre el tema, sino a sus características de personalidad. Este estilo de comunicación genera incomodidad e incluso rechazo hacia el entrevistado. Lo que el nutricionista debe tener presente, para manejar en forma adecuada sus reacciones emocionales, es que esta postura no está dirigida a su persona o a su rol profesional, sino que es un estilo de afrontamiento del usuario ante una situación que le produce mucha ansiedad.

La comunicación se realiza en muchas oportunidades a través de un desplazamiento de sentimientos. Esto introduce el tema de la transferencia y la contratransferencia.

La transferencia y la contratransferencia son fenómenos que se dan en toda relación interpersonal y por tanto también aparecen en la entrevista. Manifiestan la parte irracional e inconsciente de la conducta y son, por tanto, aspectos no controlados por la persona.

7.4.2 Transferencia

La transferencia es un fenómeno psicológico por el cual el usuario traslada sin darse cuenta *_inconscientemente_* sentimientos, deseos, situaciones y pautas de sus vínculos pasados a la situación presente de entrevista. Tiende de esta manera a “transformar” las experiencias nuevas en situaciones conocidas y repetitivas.

La transferencia se manifiesta como la asignación de un rol al entrevistador por parte del entrevistado. Este rol atribuido implica la expectativa de una actitud determinada por parte del entrevistador, actitud que no se desprende en general de su rol profesional.

Existen, por tanto, una serie de sentimientos cuyas raíces no son conscientes pero que se manifiestan por las actitudes, conductas y exigencias del entrevistado.

El nutricionista puede ser identificado tanto con una madre nutricia y acogedora como con una omnipotente y castigadora y algunas veces, las características de la consulta pueden favorecer estos tipos de transferencia. No se debe olvidar que la imagen que el usuario tenga del nutricionista “madre” depende desde el punto de vista inconsciente, de sus experiencias infantiles.

Este fenómeno afectivo de origen inconsciente (transferencia) se da como fruto del vínculo entre nutricionista y usuario. Estará teñido especialmente por la personalidad del usuario, por la situación que motive la consulta al profesional, y por el contexto en que ésta se desarrolle.

No es lo mismo para un usuario ser paciente particular que ser paciente mutuo. Así como él se ubicará de manera diferente frente al nutricionista, espera también del nutricionista actitudes diferentes.

Distintas expectativas suscitan una consulta por motivos estéticos que otra por una importante afección orgánica y por lo tanto se esperaran actitudes diferentes del nutricionista, dado que la necesidad que movió originalmente a consultar ubica a la persona en un caso como usuaria y en el otro como paciente.

La edad y el sexo del nutricionista también promueven expectativas en el usuario. En un centro materno—infantil el nutricionista varón suscitara en la paciente embarazada diferentes expectativas que una nutricionista mujer. En cuanto a la edad, en una policlinica de adultos mayores, el usuario esperara cosas diferentes de un nutricionista joven “que podría ser su nieto”, que de una nutricionista que tiene una edad comparable a la de su hija.

Para comprender los aspectos interactivos que se ponen en juego en la relación entre un nutricionista y un usuario, se debe considerar la alimentación desde una dimensión que trasciende la necesidad que tiene el ser humano de alimentarse.

Por alimentación se entiende el acto por el cual las personas obtienen del medio en que viven los alimentos y nutrientes que van a permitir un correcto desarrollo y crecimiento del organismo y la mente. Es un proceso voluntario y, por lo tanto, está influido por factores biológicos, psicológicos, económicos y sociales, entre otros. La alimentación conjuga diferentes aspectos existenciales del ser humano que configuran su identidad como tal.

Desde el punto de vista intrasubjetivo se puede señalar que la necesidad de alimentarse, sustentada en el instinto de autoconservación, está, en el ser humano, entretejida con el deseo. De esta forma, el alimento y el acto de comer están poblados de significados y emociones asociados a las experiencias vinculares, de las cuales el prototipo es la relación madre-bebe, relación en la que el alimento condensa cuidado, vida y amor. Esta significación va a estar presente durante toda la vida del ser humano.

La relación con el nutricionista, mediada por la alimentación y el alimento, quedará entonces inscrita para el sujeto en la historia de sus relaciones afectivas más significativas, mediatizada por la transferencia.

Otro elemento que no se puede dejar de tener en cuenta cuando se considera el tema de la transferencia, es el sentido ambivalente que tiene la consulta a un nutricionista. Cuando se habla de ambivalencia se hace referencia a un doble significado asignado a una situación o persona; doble sentido que es por otro lado antitético, opuesto.

La consulta en general, pero especialmente cuando está enmarcada en un problema de salud-enfermedad, adquiere al mismo tiempo el sentido de ayuda y de amenaza. El nutricionista es entonces aquel que “me puede ayudar o me debe ayudar” (nótese nuevamente como por el fenómeno de la transferencia un mismo sentido puede implicar diferentes expectativas) y también quien “puede matarme de hambre”. En la figura del nutricionista se depositan al mismo tiempo sentimientos de esperanza y de peligro; puede ser alguien que cuida o que castiga.

Al sentido ambivalente de la consulta se le suman las fantasías del usuario. Existen diferentes ideas acerca de lo que es ser ayudado, de lo que es estar sano o estar enfermo. Hay situaciones de entrevista en la que el nutricionista percibe que el usuario no colabora e incluso que se resiste a ser ayudado. En estas situaciones generalmente la consulta estuvo condicionada por motivos ajenos al deseo de ser ayudado profesionalmente.

Consultar al nutricionista puede implicar beneficios secundarios, como por ejemplo, obtener ayuda alimemaria en un programa social. La consulta también puede estar motivada por anhelos frustrados de dependencia o de ser protegido. Es frecuente que este tipo de usuarios no colabore con la entrevista y/o con la indicación, como forma de perpetuar la necesidad de consultar.

7.4.3 Contratransferencia

En la contratransferencia se incluyen todos los fenómenos que se generan en el entrevistador a partir del campo psicológico que se configura en la entrevista.

La contratransferencia sería el efecto psicológico que tiene el usuario en el nutricionista, los sentimientos y pensamientos que le provoca. Es la respuesta intrapsíquica del entrevistador frente a la propuesta del entrevistado.

Así como el entrevistado desplaza pautas de sus vínculos pasados a la situación presente, el entrevistador reacciona desde su historia personal. Es por esto que el entrevistador debe observar no sólo al entrevistado, sino que debe así mismo, realizar una autoobservación. Es importante aprender a observar los propios sentimientos para poder así utilizarlos como instrumento de comprensión de los sentimientos del entrevistado.

No es fácil el manejo de los sentimientos contratransferenciales, sobre todo cuando éstos son de gran intensidad. El paciente que sistemáticamente desatiende las indicaciones del nutricionista, puede provocar en el profesional enojo, desinterés, deseos de no atenderlo o por el contrario podría vivirlo como un desafío a su rol (“a mi no me va a ganar”). Estos sentimientos deben ser transformados por el nutricionista, de elementos perturbadores de la relación, en elementos que le permitan entender al paciente y su reacción frente a la indicación. De este modo el técnico transforma una dificultad en una posibilidad.

Un ejemplo de esta situación son algunos pacientes jóvenes con insuficiencia renal crónica y en plan de hemodiálisis. Es frecuente que durante la entrevista el paciente se muestre enojado con el nutricionista considerando que el plan de alimentación es exagerado. El nutricionista probablemente se sienta descalificado en su rol profesional e impotente en su deseo de ayudar al paciente. Estos sentimientos contratransferenciales deben ser pensados asumiendo que no son autorreferidos sino que expresan la angustia del paciente ante su situación de enfermedad que implica mucho más que restricciones en su alimentación.

Es deseable que el nutricionista maneje la situación comentándole al paciente que su angustia y enojo se deben, probablemente, a que su tratamiento implica no solo un régimen alimentario muy estricto, sino también un plan de hemodiálisis que distorsiona su vida cotidiana.

El adecuado manejo de la contratransferencia permite al nutricionista mantener constante su rol y los objetivos de la entrevista y, por consiguiente, mantener un encuadre de trabajo profesional.

7.4.4 Distancia Óptima

El entrevistador debe actuar disociado, es decir que por un lado debe identificarse con el entrevistado de modo de poder entenderlo y por otro debe permanecer fuera de la identificación y del impacto emocional que la misma conlleva, para poder observar y entender qué ocurre. Este tipo de disociación al que se hace referencia es lo que se llama disociación operativa.

Es necesario poner énfasis en los sentimientos que se ponen en juego en el entrevistador durante una entrevista. Unir lo que se piensa y lo que se vivencia es una tarea que demanda mucho esfuerzo por parte del entrevistador, ya que él mismo se siente afectado por lo que sucede en el encuentro con el usuario.

Aquí surge el concepto de distancia óptima, distancia que está marcando el manejo del afecto por parte del entrevistador como observador participante.

Distancia óptima es aquella distancia afectiva frente al entrevistado que coloca al entrevistador ni tan lejos afectivamente que no pueda entender al usuario, ni tan cerca que se confunda afectivamente con él. Un manejo adecuado de la distancia afectiva permite al nutricionista acercarse al usuario sin dejar de discriminarse y de rescatarse para su función profesional específica.

Una distancia afectiva inadecuada conduce al nutricionista a una atención distorsionada del usuario. El clásico “apuro” que se encuentra en diferentes profesionales señala, desde el punto de vista psicológico, una huída o dificultad para afrontar la relación con el usuario. Implicaría temor a quedar identificado con él y a no poder ayudarlo profesionalmente.

Otra situación frecuente son las entrevistas estereotipadas, en las que se pregunta siempre lo mismo y de la misma forma a los diferentes usuarios, obviando las peculiaridades de cada encuentro. Todo está reglado, previsto y es rutinario. La entrevista como herramienta de trabajo queda convertida en un ritual; no hay casi margen para la creatividad y el intercambio con el usuario. Cuando el entrevistador actúa de esta manera está mostrando su dificultad de conectarse afectivamente con el entrevistado, posiblemente por temores subyacentes.

Para pensar acerca de la entrevista: ANÁLISIS DEL EXTRACTO DE UNA ENTREVISTA

La nutricionista recibe, en la policlínica de la mutualista, a un paciente hombre de 55 años de edad que concurre por primera vez a la consulta nutricional derivado por su médico tratante con el diagnóstico de diabetes tipo II y sobrepeso.

Nta.: Buen día. ¿Por qué viene a consultar?

Al iniciar la entrevista privilegiando los aspectos de la patología del paciente, la nutricionista tiene una actitud por la que, prioritariamente, es ella quién configura el campo de la entrevista.

Una forma más abierta para iniciar la entrevista sería preguntarle al paciente cómo está, permitiendo que el campo se configure, especialmente, por las variables que dependen del entrevistado.

El **paciente** saca un sobre de su bolsillo y coloca los papeles sobre el escritorio.

El paciente como perceptor responde con conductas no verbales.

La **nutricionista** revisa los papeles y lee la derivación del médico con la indicación del tratamiento.

Esta conducta de la nutricionista es reflejo de la contratransferencia frente al lugar de dependencia en que la coloca el médico y la institución.

La aparición de sentimientos contratransferenciales es un momento crítico de la entrevista ya que, del manejo que de éstos haga el profesional dependerá, el desarrollo de la misma.

Nta.: Así que usted es diabético.

La nutricionista como emisor en el proceso de comunicación elige como mensaje principal la patología, siendo vocera de la indicación del médico. Su respuesta contratransferencial es la autodesvalorización de su rol.

Pte.: Eso dicen.

Nta.: ¿Y usted qué piensa?

Pte.: Si usted no sabe, cómo voy a saber yo.

Se vive una situación de desencuentro afectivo en que la comunicación está centrada en el aspecto racional.

El paciente manifiesta una transferencia negativa frente a la nutricionista.

Se ha configurado un campo de inseguridad y desconfianza.

Nta.: ¿Y cómo se siente?

La nutricionista pone de manifiesto los fenómenos de transferencia y contratransferencia de la entrevista.

Pte.: El médico me dijo que no comiera cosas dulces, ni harinas. Lo que más me gusta a mí es lo dulce.

En este momento el paciente vive la entrevista y el rol profesional del nutricionista como amenaza.

Nta.: Cuénteme que otras cosas más le gustan.

La nutricionista intenta conformar un encuadre de trabajo en donde su rol profesional y los objetivos de la entrevista queden establecidos.

Pte.: Y a mí... me gusta todo.

Nta.: Y dígame, frutas y verduras...

Pte.: Ya sabía, ahora voy a tener que vivir a verduritas. Se ríe.

Se empieza a configurar un encuentro afectivo entre nutricionista y paciente, en el cual el humorismo indicaría un mecanismo de defensa que comienza a dejar atrás la ansiedad persecutoria del paciente.

Nta.: Cuénteme, cuando se levanta, ¿qué come?

La nutricionista realiza el recordatorio de 24 horas, investigando tolerancias e intolerancias de alimentos y preparaciones.

El recordatorio de 24 horas es una de las formas de la *anamnesis* alimentaria.

Pte.: Bueno, por algo estoy gordo. ¿Qué va a hacer conmigo?

La comunicación ha quedado francamente abierta a los aspectos afectivos.

La transferencia sobre la figura de la nutricionista es la de una madre omnipotente frente a la que el paciente se siente en total dependencia.

La licenciada realiza adaptaciones en una dieta preimpresa, de acuerdo a la realidad del paciente.

Nta.: Aquí le estoy entregando un plan de alimentación, considerando, como usted me dijo, sus horarios de comidas, los lugares en los que las realiza, y le disponibilidad de alimentos y preparaciones a los que usted tiene acceso en su casa y en el trabajo. Ahora vamos a conversar juntos aquellas modificaciones que usted va a tener que realizar en sus hábitos alimentarios de acuerdo a su enfermedad.

La **nutricionista** y el **paciente** analizan los aspectos del plan de alimentación, discutiendo la viabilidad del mismo.

La nutricionista no asume el rol que transferencialmente le adjudica el paciente sino que le devuelve su lugar de autonomía en la relación. Asume, de esta forma, una actitud técnica adecuada.

Pte.: Ah! No es tan grave. Es casi más de lo que yo como.

La consulta dejó de ser una amenaza para transformarse en una situación de esperanza.

7.4.5 Ansiedad

La ansiedad en la entrevista es un fenómeno de presentación frecuente que se puede manifestar tanto en el entrevistador como en el entrevistado. En una primera entrevista nutricionista y usuario se enfrentan a una situación nueva, que moviliza ansiedades frente a lo desconocido.

La ansiedad del entrevistador es un sentimiento de difícil manejo porque está en la base misma del interés por la investigación

y es motor del conocimiento. Puede llevar al nutricionista a preguntar apresuradamente, sin escuchar al usuario, y también a

rechazar todo elemento del discurso del usuario que considere irrelevante para responder a sus propias inquietudes.

El manejo inadecuado de la ansiedad por parte del nutricionista dificulta la relación con el usuario, y al mismo tiempo, obtura la posibilidad de una investigación eficaz durante la entrevista.

Frente a la ansiedad del entrevistado el entrevistador no debe intentar minimizarla ni disimularla y mucho menos señalarla de forma sancionadora. Se debe respetar al usuario recordando que la situación de consulta genera siempre un monto variable de ansiedad, cuya intensidad depende de la personalidad del usuario, de su edad y de lo que motiva la consulta. Cuando un nutricionista recurre al consejo directo, al apoyo complaciente o a la censura frente a las diferentes manifestaciones de ansiedad del entrevistado (silencio, llanto, verborragia, risa, etc.), está dificultando la comunicación con el entrevistado por un mal manejo de los sentimientos contratransferenciales que le provoca la ansiedad del mismo. La escucha atenta y respetuosa del entrevistado le brinda la oportunidad de adaptarse a la nueva situación y crea un clima de confianza e intimidad entre nutricionista y usuario. Cuando la ansiedad del entrevistado es de tanta intensidad que imposibilita la comunicación, puede resultar un buen recurso un comentario directo tal como “lo noto nervioso” o “posiblemente su silencio se deba a que no sabe por dónde empezar...”, etc. Este tipo de comentarios denotan que el entrevistador observó atentamente al entrevistado e intenta ayudarlo respetando sus sentimientos.

7.4.6 Tipos de Entrevista

La entrevista puede ser de tres tipos: cerrada o dirigida, abierta o no dirigida y semidirigida.

Entrevista cerrada o dirigida

En esta modalidad de entrevista, las preguntas ya están previstas, así como también lo están el orden y la forma de plantearlas.

A medida que el usuario va describiendo el motivo por el cual consulta, el nutricionista construye una hipótesis de trabajo y formula preguntas para obtener la información que necesitara.

Plantea las preguntas comenzando por la ficha patronímica: nombre del usuario, fecha de nacimiento, estado civil, procedencia, actividad laboral, etc. Después interroga sobre el motivo de consulta, enfermedades previas (si corresponde) y los antecedentes familiares (si lo considera necesario). Luego, el nutricionista investigará acerca de la alimentación realizada habitualmente por el usuario, así como otros aspectos relacionados con la temática.

Las respuestas del usuario sirven para reducir el campo de las preguntas siguientes, hasta que el nutricionista llega a un plan de alimentación adecuado a las características del entrevistado.

En esta forma de entrevista, desde las primeras palabras que se intercambian entre entrevistador y entrevistado, el nutricionista toma la dirección de la conversación. Puede suceder que, seguro de su ciencia y autoridad induzca las respuestas del usuario, por el tipo de entrevista que plantea. Puede sugerirlo y que éste exagere o minimice la magnitud de sus respuestas lo cual, evidentemente, es muy perjudicial.

No se debe olvidar que el encuentro entre el nutricionista y el usuario se da enmarcado en el fenómeno de la transferencia. Esto implica que el usuario esté especialmente atento a la actitud y a las palabras del nutricionista. Es por este motivo que cualquier indicio de interés o desinterés del nutricionista por un tema, generará en el entrevistado un deseo de satisfacerlo. Ejemplos de esto pueden ser: no continuar comentando algo que percibe que al nutricionista no le interesa, o por el contrario esplayarse excesivamente en temas que siente que interesan al profesional. Por el contrario, otros ejemplos pueden ser de oposición a la figura del licenciado, evitando temas que le son preguntados directamente, o insistiendo sobre temas que siente que en el nutricionista no despiertan interés.

En la entrevista se genera un vínculo emocional y se establece una relación afectiva. La entrevista dirigida, en particular cuando el diálogo se transforma en un interrogatorio, tiende a evitar esta relación. Es la actitud de escucha del nutricionista la que determinará las posibilidades de expresión del usuario.

En el área de la salud, la entrevista dirigida se apega en un modelo biológico o biomédico, que tiene una concepción mecanicista del proceso de salud—enfermedad. El usuario aparece como un intermediario entre el nutricionista y su padecimiento; el nutricionista se ubica no frente a un ser humano enfermo sino frente a un órgano a tratar.

Un ejemplo para pensar

En una policlínica barrial la nutricionista recibe en su consultorio a una paciente de sexo femenino, de 78 años de edad, jubilada, que vive sola, enviada por el médico geriatra con el diagnóstico de hipertensión arterial.

Nta.: Buenos días Celia. Pase y tome asiento. Soy la nutricionista de lapollclinica. Ahora le voy a realizar una serie de preguntas para elaborar su plan de alimentación. Veo en su ficha que usted es Celia.; nació el 25 de agosto de 1939; vive en la calle Sin Nombre N°111, su teléfono es 2312 3122; cursó Primaria hasta 5º año y es viuda desde hace 2 años.

¿Cuál es su nacionalidad?

C. R.: Griega.

Nta.: ¿Con quién vive?

C. R.: Vivo sola; hasta hace un tiempo vivían conmigo mi hijo, mi nuera y mis dos nietas, pero se mudaron.

(La paciente se pone a llorar).

Este llanto manifiesta la angustia de la entrevistada.

Nta.: Bueno, tranquilícese. Desde que vive sola, ¿quién paga los gastos de la casa?

La nutricionista maneja inadecuadamente la distancia óptima manteniéndose muy alejada emocionalmente de la paciente.

C. R.: Yo.

Nta.: ¿Cuáles son sus ingresos?

C. R.: 6500 pesos.

Nta.: ¿Realiza algún tipo de actividad física? Caminatas, yoga, gimnasia,

C. R.: Sí, yoga en la Casa de los Jubilados, tres veces por semana.

Nta.: ¿Usted conoció a sus padres?

C. R.: Sí.

Nta.: ¿Recuerda si tenían alguna enfermedad como diabetes, presión alta...

En el transcurso de esta entrevista podemos resaltar el inadecuado manejo de la ansiedad de la entrevistadora.

C. R.: Sí, mi padre se hizo diabético de viejo.

Nta.: ¿Tiene hermanos que sufran de alguna enfermedad?

C. P.: (Se produce un largo silencio). No, mis hermanos no tienen ninguna enfermedad.

Este silencio es una manifestación emocional de la entrevistada frente a la ansiedad de la nutricionista. Puede denotar varios significados: ansiedad persecutoria o confusional por parte de C.R. frente a la ansiedad de la nutricionista, resistencia a hablar sobre el tema, oposicionismo, molestia, etc.

Nta.: ¿Usted tiene alguna enfermedad importante o la han operado de algo?

La pregunta de la nutricionista es inductora, ya que valora de forma no precisa algunas enfermedades como importantes, restándole, por ende, importancia a otras.

C. R.: Sí, me vaciaron hace como 30 años, pero nada más. Además, desde que quedé viuda, me sube la presión dos por tres. (Se mueve inquieta en la silla y mira el reloj).

Enmarcadas en el vínculo transferencial, la respuesta de la paciente aparece como un intento de satisfacer los intereses de la nutricionista, restándole importancia a la historia vital de sus enfermedades.

Esta dificultad en la comunicación ha aumentado la ansiedad en la entrevistada.

Nta.: Veo que este tema la pone mal.

C. R.: Si, desde que muri mi marido, ya no encuentro placer en preparar la comida.

Nta.: ¿Pero eso significa que usted está comiendo menos?

C. R.: No. Ahora me estoy alimentando bien, pero me hago comidas sencillas.

Nta.: Siguiendo con las preguntas Celia, ¿Usted toma algún medicamento?

Si bien en la entrevista se genera una relación afectiva, la actitud de no escuchar de la nutricionista determina la imposibilidad de expresión de la paciente.

C. R.: Si, aspirina para los dolores de la columna y unas pastillas rojas que me dió el doctor para la presión.

Nta.: Justo por el tema de la hipertension es que vino a la consulta, para ver de qué manera los alimentos pueden colaborar en el tratamiento. ¿Hizo tratamiento anteriormente en las comidas por algún motivo?

La entrevista dirigida claramente se apoya en un modelo biologicista, desdibujándose la persona del paciente.

C. R.: Si.

Nta.: ¿Quién se lo indicó?

C. R.: Nadie. pero estaba un poco gorda y dejé de comer algunas cosas.

Nta.: Explíqueme un poco más.

C. R.: Si, yo tenía como 20 kilos de más, entonces dejé de comer pan, pastas y cosas dulces.

Nta.: ¿Hoy sigue sin comer estos alimentos?

C. R.: No. Ahora como de todo.

Nta.: Si usted me permite, ahora la voy a pesar y medir...

Es de destacar la importancia de la actitud de la licenciada anunciando a la paciente este segundo momento del encuentro, en el que se pone en juego de forma directa la intervención en el cuerpo de la paciente. Implica la consideración de los aspectos subjetivos que se movilizan y también un posicionamiento ético, al pedir autorización a la usuaria.

Entrevista abierta o no dirigida

Este tipo de entrevista exige gran disposición del nutricionista. Se trata de no plantear preguntas al inicio, de darle tiempo al usuario para exponer, a su modo, lo que le preocupa y el motivo de su visita. Ante todo hay que escuchar. La actitud de escucha del

nutricionista es lo que determinará las posibilidades de expresión del usuario.

La observación y la escucha atentas y activas son los pilares esenciales para cumplir con el objetivo de obtener la máxima información posible y aprender a conocer, a la vez, al sujeto y su situación, es decir, llegar a un tratamiento nutricional pero al mismo tiempo comprender cual es el sentido que tienen para el entrevistado determinados aspectos de su vida, los que ofrece al nutricionista en el momento de la entrevista.

En la entrevista abierta el usuario por lo general responde a muchas preguntas sin que le hayan sido formuladas. Es decir, mucha de la información que el licenciado necesita conocer para asistir adecuadamente al usuario surgirá espontáneamente, sin necesidad de atenerse a un cuestionario. Si bien el nutricionista recibe menos informaciones directas, muchas veces son más precisas y fidedignas que en la entrevista dirigida.

A propósito de alguna información que el usuario no haya brindado y sea necesaria para el nutricionista completar, el licenciado puede recurrir a preguntas sobre dichos aspectos, si le parece necesario, para precisar algunos puntos o completar la información.

En la entrevista no dirigida quien dirige la entrevista es el usuario, el nutricionista solamente la controla. Escucha lo que dice el usuario, prestando especial atención en lo que éste insiste, a lo que apenas alude, lo que omite y lo que evita o rechaza. Debe atender también cómo lo dice, es decir, las reacciones emocionales y la profundidad en los sentimientos.

En este tipo de entrevista subyace un modelo holístico o biopsicosociocultural del proceso salud—enfermedad. No se considera la situación del usuario como ocasionada por una única causa, descubierta la cual se puede efectuar el tratamiento eficaz. Responde a un posicionamiento epistemológico complejo, desde el cual se entiende que todo problema es en realidad una problemática que implica miradas múltiples.

Nos encontramos nuevamente con el ejemplo de Celia para pensar

En una policlínica barrial la nutricionista recibe en su consultorio a una paciente de sexo femenino, de 78 años de edad, jubilada, que vive sola, enviada por el médico geriatra, con el diagnóstico de hipertensión arterial.

Nta.: Buenos días Celia. Pase y tome asiento. Soy la nutricionista de la policlínica. ¿Cómo está?

C. R.: Y, tirando. (Se mueve inquieta en la silla y se queda en silencio durante un minuto). Estoy vieja y hace un año que vivo sola.

Frente a la ansiedad manifiesta de la paciente, la entrevistadora maneja adecuadamente su propia ansiedad, permitiendo un espacio de silencio.

Nta.: Hace un año...

C. R.: Hasta hace un tiempo vivían conmigo mi hijo, mi nuera y mis dos nietos, pero se mudaron. Quedé viuda hace dos años y desde ese momento tengo presión alta.

En esta entrevista en que la nutricionista se interesa por la situación integral de la paciente, surge de manera espontánea el motivo que la lleva a consultar.

Nta.: Cuénteme un poco más.

C. R.: Para peor, desde que falleció mi esposo, ya no encuentro placer en comer, por lo que me hago comidas muy sencillas. Además, la pensión no me da para mucha cosa.

Nta.: ¿Cuáles son sus ingresos?

C. R.: 6500 pesos; fíjese que eso es una miseria, no me puedo dar muchos lujos con la comida.

Nta.: ¿Qué está comiendo?

C. R.: Yo alguna idea de lo que puedo comer tengo, porque dos de mis hermanas también tienen presión.

Se observa que la actitud de escucha de la nutric/onista favoreció la expresión espontánea de la paciente. De esta forma se obtuvieron respuestas a muchas interrogantes que no fueron formuladas y la información resultó más precisa que en la entrevista dirigida.

Nta.: Bueno, cuénteme por ejemplo, que comió ayer...

En esta entrevista, el manejo de la distancia óptima fue adecuado.

Entrevista semidirigida

La entrevista semidirigida combina aspectos de la entrevista no dirigida y de la entrevista dirigida pero, como éstas, tiene su propia metodología y desarrollo. La entrevista semidirigida comienza en forma abierta, permitiendo al usuario expresarse en forma libre, para lo cual el nutricionista estipula un tiempo que corresponde aproximadamente a la mitad del que dispone para la entrevista. La segunda mitad de la entrevista está destinada a preguntas dirigidas que completan la información necesaria.

Con la utilización de la entrevista semidirigida se pretende conocer tanto a la persona que consulta como al padecimiento que la lleva a consultar. En el ámbito de la salud se hablaría de que está orientada por una concepción biopsicosociocultural del proceso de salud - enfermedad.

El inicio de la entrevista pauta el desarrollo posterior de la misma, pues no es posible comenzar una entrevista dirigida y en determinado momento pretender que el entrevistado se exprese libremente, ya que éste estará esperando la próxima pregunta.

El método general de la entrevista debe ser flexible y adaptarse al caso de cada usuario y a la circunstancia en que se realiza la entrevista. No es lo mismo cuando se trata de una persona que cursa un episodio agudo, que en el seguimiento de una dolencia crónica, o en un servicio de urgencia.

Ejemplo de una entrevista semidirigida con Celia

En una policlínica barrial la nutricionista recibe en su consultorio a una paciente de sexo femenino, de 78 años de edad, jubilada, que vive sola, enviada por el médico geriatra, con el diagnóstico de hipertensión arterial.

Nta.: Buenos días Celia. Pase y tome asiento. Soy la nutricionista de la policlinica. ¿Cómo est,a?

C. R.: Y... tirando. (Se mueve inquieta en la silla y se queda en silencio durante un minuto). Estoy vieja y hace dos años que enviudé. (La paciente se angustia).

Frente a la ansiedad manifiesta de la paciente, la entrevistadora maneja adecuadamente su propia ansiedad permitiendo un espacio de silencio.

Nta.: Veo que este tema la pone mal.

La nutricionista tiene en cuenta los aspectos psicosociales de la paciente.

C. R.: Además, hasta hace un tiempo vivían conmlgo mi hijo, mi nuera y mis dos nietos, pero se mudaron. Como para tener bien la presión...Usted es joven y no tiene idea de lo que es llegar a vieja y quedarse sola.

Nta.: Tiene la presión alta...

La entrevistadora maneja adecuadamente los aspectos transferenciales y contratransferenciales, no dejándose interpelar en su rol por el comentario de Celia

C. R.: Yo creo que es de familia, dos de mis hermanas tienen la presión alta. Además somos griegos y nos gusta mucho comer. Fíjese que hace unos años yo pesaba 20 kilos más que ahora.

Nta.: Así que adelgazó 20 kilos...

C. R.: Si, dejé de comer cosas dulces y pan. Además estoy haciendo yoga tres veces por semana en la Casa de los Jubilados.

Nta.: Bueno, cuénteme que está comiendo ahora.

C. R.: Muy sencillo, tengo una pensión de 6500 pesos que no me da para mucho. (La paciente relata sus hábitos de alimentación).

Nta.: ¿Ha tenido o tiene otras enfermedades, además de la hipertensión?

A partir de este momento, la nutricionista comienza a realizar preguntas dirigidas para completar la información dada por la paciente.

C. R.: Bueno, mi padre fue diabético, pero yo siempre tuve el azúcar bien. Hace como 30 años me vaciaron. Tengo además dolores de columna.

Nta.: ¿Está tomando alguna medicación?

C. R.: Si, aspirina para los dolores de la columna y unas pastillas rojas que me dió el doctor para la presión.

Nta.: ¿Hay algún alimento o preparación que a usted no le guste o le haga mal?

C. R.: En general como de todo.

Nta.: Si usted me permite, ahora la voy a pesar y medir...



Usted ha visto los tres videos. Le sugerimos que antes de leer las observaciones que haremos sobre ellos piense:

1. ¿Con cuál de las tres entrevistas se sintió más identificado como usuario y/o como profesional?
2. ¿Cuál considera que, a la luz de los conceptos trabajados en este capítulo, es la más adecuada técnicamente? ¿Por qué?

7.4.7 Planificación de la entrevista

La entrevista es una técnica y como tal, es posible aprender a realizarla. Sin embargo, se debe tener en cuenta que no existe una manera ideal de conducir una entrevista, sino que cada una va a estar moldeada por el entrevistador y el entrevistado. Cuanto mas se practique la técnica, mas se perfeccionará este instrumento de investigación, comunicación y diagnóstico.

Como se habrá observado, uno de los objetivos de este capítulo es situar al lector en un contexto de entrevista que facilite obtener información del usuario referida a su situación de salud-enfermedad, así como de sus hábitos alimentarios (anamnesis) y también acerca de su persona.

Con esta información se puede hacer un diagnóstico del estado nutricional, así como de la situación personal, familiar y social. Ésto permitirá orientar acciones conociendo qué significado tiene el motivo de consulta para el usuario, cual es su estilo de afrontamiento de la situación y como es su soporte familiar y social. De esta forma se sabrá cual es la mejor manera de ayudarlo con el tratamiento que se deba instituir y cual

será la manera mas adecuada para proporcionarle información y educación nutricional.

Al planificar la entrevista, el nutricionista debe determinar de forma clara y concreta el o los objetivos que se plantea, debe tener en cuenta el tiempo que dispone para la misma y debe preveer el lugar para su realización.

La entrevista requiere:

- La observación cuidadosa de la conducta del usuario, incluyendo su actitud respecto al entrevistador.
- Criterio al escuchar.
- Habilidad y capacidad para dirigir las ideas del usuario hacia los puntos que puedan proporcionar datos útiles, así como incrementar su buena voluntad y su capacidad para comunicar información relevante.

La entrevista se inicia con una introducción en la cual el entrevistador y entrevistado se presentan y establecen el primer contacto. Este primer contacto comprende el saludo (darle la mano al paciente), el contacto visual y la presentación. El presentarse y conocer el nombre del entrevistado hace que éste se sienta una persona igual que el nutricionista y no un mímico de cama o una enfermedad.

En este momento se hace también un rápido examen físico a través del contacto visual observando, por ejemplo, el estado nutricional del paciente, su apariencia física (vestimenta, forma de expresarse), su estado de salud bucal y otros aspectos que permiten llegar a una impresión clínica.

Lograr que el usuario se sienta cómodo en estos primeros momentos de la entrevista, conlleva transmitirle el mensaje de que existe interés por él. En estas frases iniciales se jugará el futuro de la entrevista y de la relación con el usuario.

Una muy buena estrategia para conducir correctamente una entrevista es dejar que el usuario hable, respetando sus tiempos y ritmos. El dejar que sea el usuario quien hable, favorece que el nutricionista no tenga que preocuparse por cuál será su próxima pregunta, lo que le permitirá concentrarse, aumentando su capacidad de escuchar, recordar y analizar.

Obtendrá mucho mas información si deja que sea el paciente el que relate con su propio estilo su historia, sin tratar de “dominar” la conversación, escuchando con sentido crítico. No se debe olvidar que el entrevistador debe seguir al entrevistado y no debe liderar la conversación. Esta actitud de escucha requiere un adecuado manejo de su ansiedad como entrevistador.

La mejor estructura que se puede dar a la entrevista es la cronológica; se puede indicar al paciente de lo que se pretende en tal sentido en cuanto a su relato. Relatar en forma cronológica es habitual, así que basta con decirle al entrevistado algo del estilo de: “¿Cómo fue que empezó a sentirse mal?”, y “¿ luego qué pasó?”.

La historia comienza con el aquí y el ahora. Todo lo que el usuario diga tiene valor desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico.

Una vez que la entrevista toma ese hilo conductor se puede desviar y luego volver a ese hilo en el momento que se quiera.

Las intervenciones del entrevistador deben siempre respetar el ritmo del usuario y su nivel de educación.

Para conservar toda la información aportada por el usuario, es preciso anotarla. Ahora bien, el escribir durante la entrevista puede ser muy perturbador para algunos pacientes, por lo que, en estos casos, será necesario darle explicaciones al entrevistado y decirle que se tomarán algunas notas.

Es importante mostrarle al entrevistado que se le da importancia al contexto, es decir,

en qué momento de su vida apareció el primer síntoma, qué sucedió fuera de lo habitual, qué significado le dió el usuario.

Ningún tema es invasivo o incómodo mientras se mantenga un clima de respeto. Muchas veces es el propio entrevistado el que trae el tema dando permiso para seguir ahondando en él; otras veces lo aporta el nutricionista y explora la necesidad o deseo del usuario para tratarlo.

No debe olvidarse que una persona que realiza una consulta a un profesional busca mostrar determinados sentimientos, volcar y compartir algunos hechos o situaciones que son vividas como una preocupación angustiante y que le es útil saber si se corresponden o no con “la normalidad”.

En el decurso de la entrevista se puede preguntar en forma más directa detalles que se quieren saber de la historia de la situación actual. Es el momento de focalizar algunos puntos que pueden ser de interés y que no fueron profundizados por el usuario durante el relato.

Es importante indagar acerca de si conoce familiares o amigos que hayan tenido problemas similares o iguales a los que motivaron la consulta. Ésto permitira saber el significado y los temores acerca de lo que le ocurre, y también ubicar al nutricionista en qué expectativas tiene con respecto a su ayuda profesional, así como las resistencias que se le pueden presentar en relación a los cambios de hábitos que tenga que proponer.

Hay un par de preguntas que deben hacerse siempre al finalizar la entrevista y antes de discutir con el usuario el diagnóstico y la dieta adecuada.

La primera es: “¿desearia Ud. preguntar algo?”; con esta pregunta se le da la oportunidad al entrevistado de exponer sus dudas y muchas veces a través de lo que pregunta aporta datos importantes.

Otra pregunta a hacer, luego de plantear un resumen de los diferentes motivos por los cuales consultó, y si no se tiene muy claro hasta ese momento cual es el problema más importante para el usuario y qué expectativas tiene, es: “¿De que forma piensa usted que lo puedo ayudar?”, o “¿Qué piensa que pueda hacer por usted.?”.

Es importante establecer junto con el paciente sus prioridades y las del nutricionista, para dejar bien claro cual es el problema principal, el que tiene más jerarquía.

Es conveniente hacer un resumen de lo que piensa el nutricionista y un intercambio de ideas para llegar a posibilitar un acuerdo con el usuario en relación al plan a seguir.

Se pasa luego a explicarle cual será el plan de alimentación, buscando relacionarlo con momentos de la vida cotidiana que el entrevistado relató anteriormente. Se debe cuidar el lenguaje haciéndolo accesible para la persona y siempre ser sensibles a la necesidad de información que ella tenga. En este momento se podrá acordar la próxima visita. En el caso de la consulta particular, es aquí cuando se plantea el cobro de los honorarios.

La entrevista debe cerrarse con un saludo y un estrechar de manos. En este segundo saludo (el primero fue al inicio de la entrevista), muchas veces se tendrá la medida del “enganche” con el usuario, si el intercambio ha resultado beneficioso, y si se ha logrado una buena relación.

Una vez que el usuario se retira, sería deseable que el nutricionista dispusiera de un tiempo para analizar lo sucedido durante la entrevista, registrando en la historia del usuario aquellos aspectos relevantes que no pudieron ser anotados durante el curso de la misma, planteando además, las dudas e interrogantes que deberá considerar en la próxima cita.

A continuación se presenta una situación de consulta nutricional en la cual usted deberá realizar la planificación de la entrevista.

En su consulta particular usted recibe una paciente joven que desea adelgazar por motivos estéticos.

Recuerde tener en cuenta:

- los objetivos que se plantea;
- el tipo de entrevista que elige utilizar;
- las estrategias que incluye en el desarrollo de la misma;
- la estructura que le da a la entrevista;
- la recopilación de la información brindada por la paciente;
- la transferencia y la contratransferencia;
- la distancia óptima;
- el proceso de comunicación;
- relaborar el motivo de consulta a la luz de los datos surgidos durante la entrevista;
- el cierre de la entrevista.

7.4.8 Desarrollo de la entrevista

Si bien quien dirige la entrevista es el entrevistado, durante el desarrollo de la misma se utilizan diferentes principios que permiten controlar su curso:

- *Amplitud de mente*: si la entrevista comienza de forma abierta tienen igual oportunidad de surgir diferentes aspectos de la información. Se pueden realizar preguntas que promuevan la explicación del problema del usuario pero sin indicarle el tipo de información que se busca. Frente a esta información, el nutricionista tiene dos tareas: por un lado, identificar los temas de importancia a medida que van surgiendo y por otro investigar sistemáticamente cada uno de ellos.
- Para crear una atmósfera en la que el usuario se sienta libre para comunicarse se emplea el *apoyo*. Consiste en respuestas por parte del entrevistador que muestren su interés y comprensión, así como su deseo de ayuda. En el ámbito de la relación nutricionista-usuario, el apoyo tiene un aspecto terapéutico por sí mismo, como lo tiene la libre expresión de los afectos que promueve.
- El *silencio* es generalmente la mejor actitud cuando un usuario habla fluidamente y de forma concreta acerca de temas relevantes. En el usuario indica una actitud de sensibilidad e interés por parte del entrevistador, lo que promueve la empatía en la relación, favoreciendo la comunicación.
- La *facilitación* es una estrategia que se emplea para lograr que el entrevistado continúe hablando sobre un determinado tema. Esto puede lograrse con un gesto de asentimiento con la cabeza,; diciendo ¿sí?, o diciendo ¿ me explica un poco más?; también repitiendo alguna de las últimas palabras del entrevistado. El silencio atento e interesado es una de las formas de facilitación.
- Un principio que debe regir la entrevista es el de la *oportunidad como modo de evitar la predisposición*. El entrevistador puede sugerir al entrevistado, sin darse cuenta, la respuesta que espera de éste de varias formas: una, con la formulación de preguntas directas; otra, llevando adelante una sola línea de preguntas con exclusión de otros tópicos; una tercera, por el momento y la forma en que realiza sus intervenciones o, por último, con la interpretación precoz. Por todo esto es importante tener presente que se debe fomentar la precisión de la comunicación no

sugiriendo al entrevistado indirectamente respuestas por el contenido, el momento o la forma en que el entrevistador realiza sus intervenciones.

Cuando el nutricionista interviene lo menos posible, o cuando lo hace sus intervenciones son no sugestivas, aparece con mucha claridad la persona del entrevistado con sus dudas, sus temores, sus creencias y sus características psicológicas.

- La *confrontación* es una forma de motivar al entrevistado a hablar de algo que está manifestando de forma no verbal. La expresión del rostro, la postura tensa, los puños cerrados, el moverse continuamente en la silla o mirar reiteradamente el reloj, expresan sentimientos y emociones que es deseable que el usuario pueda manifestar verbalmente. Que el nutricionista de cabida a estos sentimientos mejora la relación con él, ya que favorece un clima de confianza.

En lo relativo al diagnóstico y a la indicación, facilita un adecuado diagnóstico situacional y permite planificar estrategias de acción más ajustadas en relación a las posibilidades y disposición afectiva del usuario.

Otra situación en la que es útil la confrontación es cuando el usuario proporciona datos irrelevantes o circunstanciales que dificultan la investigación en la entrevista. El nutricionista debe indicar, de forma que no parezca molesta ni desinteresada, que le está hablando de ciertos temas pero está omitiendo otros.

- Cuando el entrevistador desea explicar un conjunto de datos o hechos que han surgido durante la entrevista, se utiliza la *interpretación*. Consiste en la inferencia hecha a partir de los datos observados y es, generalmente, parte de la explicación del nutricionista acerca de su plan de acción. En la relación nutricionista-usuario, si las explicaciones son oportunas y persuasivas, no solo pueden llegar a tener valor terapéutico sino que también facilitan la adherencia al tratamiento, ya que promueve el acuerdo mutuo sobre los objetivos del mismo.

Un ejemplo para pensar los *principios* en la entrevista

Al consultorio del nutricionista de un centro de salud, concurre una madre adolescente que está amamantando a su hijo de dos meses de vida.

Nta.: Buenos días. (La nutricionista hace un silencio).

Madre: Vengo a verla porque recién pesaron a mi bebé y aumentó muy poco.

Nta.: Aumentó muy poco...

Madre: Me dijo la enfermera que sólo aumentó 200 grs. desde el mes pasado. Yo creo que es porque le estoy dando solamente pecho. A mi hermano más chico, mi madre al mes ya le estaba dando leche de lata.

El inicio de la entrevista es en forma abierta respetando el principio de la amplitud mental como estrategia para que surjan, con igual oportunidad, diferentes aspectos de la información. El nutricionista utiliza como facilitador el repetir las últimas palabras de la madre “aumento muy poco...”, para que ésta continúe hablando del tema.

Nta.: Así que le estás dando pecho, y tú ¿cómo te estás alimentando?
 # Si bien se utiliza nuevamente el principio de la facilitación, el nutricionista no tiene en cuenta la estrategia de la oportunidad de realizar ciertas preguntas como forma de evitar la predisposición. De esta manera excluye las creencias y temores de la madre que aparecen en las palabras “A mi hermano más chico, mi madre...”

Madre: Yo bien. (Se recuesta en la silla y mece al bebé). El que no aumenta de peso es mi hijo, igual que lo que pasó con mi hermano más chico.

Nta.: Me contaste antes que tu madre le dio leche de lata a tu hermanito cuando tenía un mes...

Madre: (Enderezándose en la silla) Sí, como tampoco aumentó bien de peso, la doctora le dió leche de lata.

Nta.: Y tu mamá, ¿cuánto tiempo amamantó al resto de tus hermanos?
 # El nutricionista emplea la estrategia de apoyo mostrando su interés y preocupación en relación al tema de la abuela.

Madre: Muy poco tiempo, como nosotros éramos tantos en casa, ella se ponía nerviosa y no le salía leche. Yo también me pongo nerviosa y el bebé llora, mi madre ya me dijo que a mí me iba a pasar lo mismo.

Nta.: El que le haya pasado eso a tu madre no quiere decir que también te pase a ti. Tal vez podrías buscar un lugar y un momento a solas con tu hijo y así poder darle el pecho tranquila. Fijate que el mes pasado tu bebé aumentó un kilo, eso quiere decir que tu tenés leche suficiente y que es mejor que continúes con la lactancia, más adelante veremos... Podrías volver en una semana y controlamos nuevamente el peso de tu hijo.

Madre: Ah bueno, si me lo pueden pesar en una semana de vuelta, yo pruebo darle sólo pecho.

El nutricionista utiliza el principio de interpretación a partir de los datos y hechos surgidos durante la entrevista; ofrece a la madre una explicación oportuna y su deseo de ayuda (apoyo) lo promueve un acuerdo mutuo en relación a la indicación.

Volviendo a pensar las entrevistas del video

Entrevista 1

- Entrevista cerrada o dirigida.
- Inadecuado manejo de la distancia óptima: excesiva distancia.
- Transferencia: actitud de desvalorización del rol del licenciado en nutrición.
- Contratransferencia: contractitud de reafirmación del rol (actuación de la contratransferencia).

Entrevista 2

- Entrevista abierta o no dirigida.
- Adecuado manejo de la distancia óptima.
- Transferencia: al inicio la usuaria manifiesta una actitud de desvalorización del rol de la licenciada.

- **Contratransferencia:** la nutricionista logra mantener su rol profesional, su actitud técnica y sus objetivos. No actúa la contratransferencia, lo que favorece que en el curso de la entrevista se vaya modificando favorablemente la actitud de la usuaria.

Entrevista 3

- Entrevista semidirigida.
- Pérdida de la distancia óptima: excesivo acercamiento afectivo de la profesional.
- Pérdida del rol profesional.
- Inadecuado manejo de la contratransferencia: la licenciada se identifica con la usuaria, desvirtuando sus objetivos profesionales y su actitud técnica.

Finalmente, es importante resaltar que ningún tipo de entrevista es en sí misma mejor que otro, sino que su utilización dependerá de la circunstancia en que se realiza, del motivo de la misma y del paradigma que oriente el accionar del profesional. Lo que no se debe olvidar es que cada tipo de entrevista implica, para poder ser considerada un método válido de investigación científica, la aplicación adecuada de diferentes técnicas, la observancia de ciertos principios y el conocimiento y manejo adecuado de los fenómenos psicológicos que se generan en la relación.

BIBLIOGRAFÍA

- Bleger J. Temas de Psicología. Entrevista y Grupos. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1982.
- Cesarco R y col. Aportes Prácticos a la Medicina Psicosocial. Montevideo: Gums Editores, 1990.
- Dörr A. Acerca de la relación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica. Revista Médica de Chile, 2004, Vol.132, N°11. Santiago, 2004.
- Ibáñez A., Saravia L. La entrevista: una herramienta fundamental en la práctica del Nutricionista. Oficina del Libro AEM, Montevideo, agosto de 1999.
- Martínez OC, Marchante MCF, Morales IG. La relación médico-paciente en la actualidad y el valor del método clínico. Medisur, 2010, vol.8, N°5.
- Mason M, Wenberg B y Welsch K. Dietética Clínica. México: Editorial Limusa, 1991.
- Moor L. Elementos de Psicología Médica de la Práctica Cotidiana. Barcelona: Editorial Toray, 1973.
- Pascual P., Induráin S. Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, vol.24, Supl. 2. La comunicación, 2009.
- Ruiz-Moral R., Pérula de Torres L.A. Satisfacción de los pacientes con la comunicación en la consulta e medicina de familia: una comparación de métodos para investigar. Revista Española de Salud Pública, 2011, 85 (3): 317-324.
- Schneider PB. Psicología Aplicada a la Práctica Médica. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1974.
- Zoppi K., Epstein R.M. ¿E la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, vol.24, Supl 2. La comunicación, 2009.

8 — Consejería Nutricional

Jacqueline Panvini, Vanessa Miguel y Mariano Fernández

El personal de salud lleva a cabo constantemente acciones educativas durante su práctica diaria al intercambiar opiniones y hacer sugerencias sobre medidas que contribuyen a preservar la salud y a prevenir enfermedades en los usuarios que acuden a las consultas. Este proceso educativo que acompaña a las medidas terapéuticas se denomina “consejería” y específicamente cuando se trata del tema de la alimentación y sus aspectos relacionados se conoce como Consejería Nutricional.

Su finalidad es contribuir con la toma de decisiones de padres o cuidadores de niños, sobre las conductas nutricionales más adecuadas que garanticen el crecimiento y desarrollo. Estas acciones se fundamentan en el conocimiento de las prácticas alimentarias, la evaluación nutricional y del contexto en el que viven las familias. De parte de los padres o cuidadores se debe conseguir que se involucren en el proceso.

Cualquier oportunidad de contacto entre el trabajador de salud y el usuario es valioso para la consejería nutricional. Se hace a través de un entrenamiento en técnicas para la comunicación y la entrevista, además de los conocimientos sobre la alimentación. La técnica de consejería promueve una conversación abierta, en la se respeten las opiniones, se de apoyo e información útil y que permita al usuario volver a consultar si tiene dudas en la ejecución de las medidas que se le han recomendado.

La alimentación adecuada para cada etapa de la vida del ser humano está relacionada con procesos como la maduración de órganos y sistemas involucrados, con el crecimiento, con factores culturales, socioeconómicos y costumbres. También es considerada como una medida preventiva para la población, en función de mantener la salud y evitar el riesgo de aparición de obesidad y por ende, enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto como son: diabetes tipo II, hipertensión arterial, aterosclerosis, accidentes cerebrovasculares y osteoporosis.

Las guías alimentarias han sido publicadas alrededor del mundo por distintos organismos expertos en la materia e ilustradas en forma de escaleras, pirámides o platos. Los seis grupos básicos de alimentos que deben ser consumidos diariamente son : granos, cereales y tubérculos, vegetales y hortalizas, frutas, lácteos y sus derivados, carnes blancas y rojas, huevo, azúcares simples y grasas.

Medidas preventivas eficaces son: lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, alimentación complementaria adecuada, oportuna, inocua y apropiada, a partir de los seis meses, acompañada por lactancia materna hasta los dos años o más, control periódico del peso, orientación del patrón dietético, evitando las grasas saturadas y trans, el añadido de azúcar o sal, la inclusión de vegetales, frutas y fibra predominantemente y evitar la comida chatarra o de calorías vacías y las golosinas.

Algunas recomendaciones a seguir durante el proceso de introducción de los alimentos son: suministrar un solo alimento a la vez, ofrecer pocas cantidades, utilizar vaso, taza, plato y cuchara, incluir progresivamente cereales, frutas, hortalizas, carnes y queso. A partir del noveno mes: cereales con gluten, granos o leguminosas y yema de huevo. A partir de los doce meses: leche entera de vaca, frutas cítricas, mariscos y clara de huevo. De aquí en adelante, hasta la etapa escolar, los niños deben estar incorporados a la mesa familiar, realizar tres comidas principales y dos meriendas, evitando las comidas monótonas y de acuerdo con la disponibilidad de alimentos en la zona y con el ingreso económico.

En relación con los hábitos, a los niños se les debe dar independencia progresiva para comer solos, en ambientes agradables, con el grupo familiar y desarrollar buenos hábitos de higiene. La presentación de los alimentos debe ser variada en su preparación y su manejo debe ser con pulcritud.

Hábitos de alimentación adecuada y de actividad física regular, fomentados desde la infancia y en el ambiente familiar, contribuyen a promover comunidades más saludables, con mayor expectativa de vida y con un impacto ambiental favorable para futuras generaciones.

MANUAL DE CONSEJERIA NUTRICIONAL

<http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/otrpubs/pdf/Consejeria.nutricional.pdf>

Lactancia materna

La leche humana es el alimento que inmuniza al recién nacido. Durante los primeros seis meses de vida el niño debe tomar únicamente leche materna.

A partir de los seis meses se introducen alimentos sólidos para complementar la lactancia materna hasta los 2 años.

La leche humana contiene los nutrientes adecuados como lo son las proteínas, grasas, azúcares, vitaminas y minerales para la alimentación del niño. Es un producto natural de fácil digestión, que no tiene costos, está siempre disponible y va directo al consumidor, al contrario de las fórmulas infantiles. Así mismo, tiene los componentes inmunológicos para que la madre cuando amamanta, le transmita las defensas a su recién nacido, contra las enfermedades que ella ha padecido. Es un líquido vivo, que se va adaptando a los requerimientos del niño en la medida que éste crece y se desarrolla. La lactancia refuerza el lazo entre la madre y el hijo y promueve un contacto afectivo insustituible. La lactancia materna es un recurso natural renovable.

Las madres pueden comenzar a amamantar en la sala de parto, si es posible en la primera media hora del recién nacido, inclusive antes de haber expulsado la placenta, si no existe ninguna complicación o contraindicación médica, según recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La leche se produce una vez que el niño succiona, por el estímulo a los receptores sensoriales de la areola y la acción de las hormonas prolactina y oxitocina.

Los beneficios para el niño que recibe lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses, incluyen: la disminución del riesgo de contraer diarreas o infecciones respiratorias, la malnutrición, las alergias y además está relacionada con la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta como la diabetes y las enfermedades del corazón.

Las mujeres obtienen beneficios cuando amamantan exclusivamente, como la disminución del sangrado después del parto, la recuperación gradual del peso previo al embarazo, el efecto de supresión temporal de la ovulación y por consiguiente el espaciamiento natural entre embarazos y la menor incidencia de cáncer de mama.

También las familias y la sociedad disfrutan de los beneficios de la lactancia materna, cuando no se presentan los desequilibrios en el hogar, producidos por la aparición de alguna enfermedad

en el niño, la ausencia al trabajo de los padres o tener que correr con los costos de hospitalizaciones o compras de fórmulas infantiles.

Cómo se amamanta

Para llevar a cabo un buena técnica de amamantamiento, la madre y el hijo deben estar en la posición más cómoda para ellos. El bebé debe estar de frente a su madre, “barriga con barriga”, la cara mirando al pecho y la boca bien abierta para agarrar la areola y no sólo el pezón. Al bebé se le induce a abrir bien la boca y se le coloca de manera tal que el mentón también esté en contacto con la mama. Así puede succionar vigorosamente mientras la madre lo acaricia y le canta o le habla.

Es conveniente que el ambiente sea agradable y tranquilo, no es necesario llevar controles en el tiempo de las mamadas ni en los periodos entre ellas, lo que se denomina “lactancia a libre demanda” y se recomienda mantener el alojamiento conjunto para favorecer el proceso de la lactancia.

VIDEO YOUTUBE: TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO

<http://youtu.be/8EdrASbZjxw>

La leche materna se produce a medida que el niño mama. Ese es el estímulo para la producción: la succión. Una mujer puede producir entre 600 a 1.200 ml de leche al día y es suficiente para que el niño aumente entre 20 a 30 gramos diarios durante el primer mes. Algunos indicadores de que un bebé toma suficiente leche, además del incremento del peso, es que luce satisfecho y sano, duerme después de comer y la madre siente como succiona la areola y descarga el pecho, sin molestias.

La composición de la leche varía según la edad del niño en función de cubrir sus necesidades de crecimiento, a tal efecto, el agua, los azúcares y las grasas aumentan en cantidad y baja un poco la concentración de proteínas. Así, se produce el calostro durante las dos primeras semanas, la leche de transición en la tercera semana y la leche madura al mes. Por lo tanto, es importante asegurar una hidratación suficiente y una alimentación balanceada a la madre durante la lactancia.

Se puede presentar alguna situación especial cuando a la madre no le es posible amamantar a su hijo, ella puede extraerse y guardar la leche. Puede ocurrir que la mujer se enferme o que el bebé sea prematuro y no succione fuerte o que la mujer deba ir a trabajar. Por estas y otras razones, la madre puede crear un banco de leche en su casa. La leche humana puede permanecer entre 2 a 4 horas a temperatura ambiente. Si se refrigera se conserva unos 2 a 4 días. Si se congela puede durar unos 2 meses o mas. Los elementos inmunes disminuyen en cantidad y acción en la medida que la leche tiene más tiempo, pero los elementos nutritivos se conservan. Se enseña a las madres o cuidadores del bebé a suministrar la leche humana con un vaso y una cuchara, para evitar la introducción del biberón.

VIDEO YOUTUBE: EXTRACCIÓN MANUAL DE LA LECHE MATERNA

<http://youtu.be/4lKER8A62pk>

Los pechos congestionados, los pezones adoloridos o agrietados y las mastitis pueden prevenirse con una técnica de amamantamiento adecuada y con la extracción manual de la leche para aliviar el dolor. En los casos en que se presenten, se recomienda consultar al médico o enfermera para resolverlos.

También en situaciones de niños que rechacen el pecho o que impresionan quedar con hambre, gemelos, niños prematuros, de bajo peso al nacer, o con alguna enfermedad, es preferible

considerar la asistencia del profesional de la salud especializado para proseguir con la lactancia en las mejores condiciones para el niño y sus padres.

Alimentación complementaria en el lactante.

El proceso que se inicia en los lactantes a partir del sexto mes, con la introducción de alimentos distintos a la leche humana se denomina alimentación complementaria y está indicado para completar los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo a partir de este momento. También en esta etapa el lactante ha adquirido la madurez neurológica, gastrointestinal y renal, para recibir los alimentos sólidos.

Esta debe ser: **Oportuna:** ya que debe ser iniciada en el momento en que las necesidades de energía y nutrientes que necesita el niño, sobrepasan las que se pueden proporcionar con lactancia natural exclusiva y frecuente. **Adecuada:** que provea energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales según la edad del niño y adaptada a su realidad cultural, social y económica. **Segura e inocua:** la comida debe ser preparada, almacenada y servida de forma higiénica y **Perceptiva:** brindada con afecto, respetando las necesidades del niño y atendiendo a las señales de apetito o saciedad.

ASPECTOS PRÁCTICOS DE CONSEJERÍA

Qué debe comer y a partir de qué edad

La lactancia materna debe mantenerse hasta los dos años. Sólo en los casos de niños no amamantados o que reciben lactancia mixta se debe ofrecer fórmulas de continuación fortificadas con hierro.

Los alimentos complementarios se introducen gradualmente, siguiendo las costumbres culturales y de la familia. Puede ser con tubérculos como apio, ocumo, ñame, papa, yuca y plátano, hortalizas como la auyama, y zanahoria, y carnes rojas o pollo en forma de sopas. También se ofrecen las frutas no cítricas como el cambur, mango, lechosa y los cereales sin gluten, como el maíz y el arroz en forma de papillas. El huevo se introduce comenzando con la yema bien cocida.

A los 8 meses, se recomiendan los cereales con gluten como el trigo, las leguminosas y el pescado. Y al año de edad, la clara de huevo, las frutas cítricas como naranja, piña, fresa, guayaba, mora o parchita, los vegetales verdes como espinaca o acelga y la remolacha. La miel se puede dar a partir de los 2 años.

Cómo se dan los alimentos

El niño debe comer sentado y recibir los alimentos con cucharilla, taza o vaso, a la vez que se le debe permitir tomarlos con las manos y llevarlos él mismo a su boca. Se recomienda un alimento nuevo a la vez, con cambios cada 2 a 3 días, para evaluar la aceptación o alguna intolerancia,

La comida debe ser preparada en el hogar y evitar el consumo de productos procesados, también es poco recomendable el uso indiscriminado de sal y azúcar añadidas a los alimentos y el consumo de grasas trans.

La consistencia de las preparaciones de los alimentos va cambiando de acuerdo a la edad, desde licuados a puré y sólidos.

A partir del primer año de edad, el niño puede ingerir alimentos sólidos y debe comer sentado a la mesa, aprender el uso de los cubiertos y estar integrado a la dieta de la familia.

Cómo se hace el destete

El destete o fin del periodo de lactancia materna debe ocurrir de forma natural y gradual, en condiciones ideales a partir de los dos años de edad. Puede iniciarse durante el día, sustituyendo una toma de leche por una comida hasta llegar a suspender la lactancia durante la noche y después de forma definitiva.

El Pre-escolar

En esta etapa el niño se interesa por los juegos y no por la comida. Crece lentamente y sus requerimientos calóricos disminuyen, por lo que demuestra poco apetito. Es la edad para fomentar los hábitos de alimentación saludables. Generalmente se conforman con los alimentos que le gustan y rechazan los nuevos.

La etapa del pre-escolar es la más indicada para fomentar los hábitos en el niño. Uno de los principales es el hábito de la buena alimentación. Durante este tiempo el niño inicia su vida escolar y es cuando comienza el contacto con otros alimentos distintos de los caseros como los que se venden en las cantinas, los que llevan sus compañeros o con los que los padres preparan su lonchera.

También es el momento de las “golosinas” ya que tienen la posibilidad de intercambiar con sus amigos. Las dulces representan alta carga de azúcar y las saladas obviamente son elaboradas con abundante sal, por lo que ambas son dañinas y deben evitarse. Las comidas “rápidas” completan el panorama indeseable para una buena alimentación. Si completamos el cuadro con poca actividad física o mucho tiempo frente al televisor o jugando con la computadora o con juegos de video, los efectos negativos en la salud del niño no tardarán en aparecer: sedentarismo, sobrepeso y obesidad.

Se recomienda que el niño sustituya la golosina por alguna fruta tropical y dejar las comidas rápidas, refrescos para ocasiones especiales, como alguna fiesta infantil o salida de paseo. Se debe incentivar al niño a hacer 3 comidas y 2 meriendas, desayunar bien antes de salir de casa, tomar agua durante el día, además de las comidas. Los padres por su parte deben acompañarlos en la mesa. El lavado de las manos antes y después de comer y el cepillado de los dientes, complementan los hábitos de alimentación.

El Escolar

A esta edad se inicia la diferenciación sexual y existe un incremento de la grasa corporal. Los escolares son autónomos en la decisión de alimentarse porque permanecen mayor tiempo en la escuela y fuera del hogar, además aparece la influencia de los compañeros en relación con el consumo de alimentos. El estilo de vida familiar y la actividad física influyen directamente en la dieta.

Los escolares están expuestos a nuevos eventos que pueden influir en los hábitos de alimentación que se iniciaron en el hogar como: el consumo de comidas rápidas, refrescos, alimentos con abundante harina y azúcar refinado, productos enlatados e industrializados. En esta etapa de la vida los niños van desarrollando su autonomía en la toma de decisiones y sus gustos por lo cual comen lo que quieren, sobretodo fuera del ámbito familiar.

A todo esto se suma el efecto publicitario de las propagandas de todas esas “comidas” atractivas en colores, sabores y variedad. Las recomendaciones de alimentos para esta edad son: proteínas: carne roja, pollo o pescado, leche descremada y huevos, frutas tropicales para el consumo de vitamina C y vegetales verdes y amarillos, cereales y granos, aceites vegetales ricos en grasas poliinsaturadas. En la semana se recomienda: carne por lo menos cuatro veces, pescado y pollo una a dos veces, vegetales verdes y amarillos cuatro veces, huevo tres veces y frutas todos los días. Las combinaciones son de acuerdo a la costumbre familiar y al ingreso

económico.

En el portal de Educación en Salud disponible en <http://www.fundadeps.org/> puedes consultar la Guía de alimentación y nutrición en edad escolar para una profundizar sobre el tema. .

El adolescente

El crecimiento rápido a esta edad, los factores sociales y culturales inciden en la alimentación de los adolescentes y la situación de riesgo nutricional puede ser inminente con la consecuencia de adquirir hábitos inadecuados como la omisión de comidas o el alto consumo de comida chatarra y bebidas recreativas. Los adolescentes deben hacer 3 comidas y 2 meriendas y de acuerdo al tipo e intensidad de actividad física, se deben ajustar las raciones de acuerdo a sus requerimientos.

También es la edad de la aparición de trastornos como la anorexia y la bulimia, con las consiguientes alteraciones en la dinámica de la nutrición. En estos casos la consejería se ejerce a través un equipo multidisciplinario de profesionales especializados en estas situaciones mas complejas. Te recomendamos consultar la Guia de nutricion y alimentacion saludable en el adolescente, disponible en <http://www.valencia.es/ayuntamiento/Sanidad>

Algunos consejos prácticos finales para promover hábitos familiares saludables de consumo de alimentos

- Evitar el uso de la comida como premio o castigo
- Comer alimentos ricos en fibra
- Fomentar la toma de agua con las comidas
- Servir dietas variadas
- Desayunar bien antes de salir de la casa
- Vigilar el consumo de comida chatarra
- Comer en un ambiente agradable
- Sustituir las golosinas por frutas
- Vigilar la dieta de los adolescentes

Lecturas sugeridas en la Web para ampliar el contenido del capítulo

1. www.cdc.gov

CDC: Centro para el control y prevención de enfermedades

2. www.aap.org

Academia Americana de Pediatría

3. www.svpediatria.org/

Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría

4. [www.ins.gob.pe/insvirtual/images/otrpubs/pdf/](http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/otrpubs/pdf/Consejeria.nutricional.pdf)

Consejeria.nutricional.pdf

5. www.fundacionbengoa.org/

Fundación Bengoa Venezuela

6. www.YourDiabetesInfo.org

7. www.cdc.gov/obesity

8. www.cdc/physicalactivity
9. www.fruitsandveggiesmatters.gov
10. www.mypiramyd.gov
USDA: Departamento de agricultura de Estados Unidos
11. www.nhlbi.nhi.gov
Nacional Heart, Lung and Blood Institute
We Can! Ways to enhance childrens activity and nutrition

Referencias

1. AAP. Nutrition during the school years. Guide to your child's nutrition. Making peace at the table and building healthy eating habits for life. Dietz W, Stern L. editors. New York 1999. p. 53 – 67.
2. Comité de Nutrición AAP. Alimentación del Niño. Manual de Nutrición pediátrica. Kleisman R. 5 ed. Mexico DF: Intersistemas; 2004. p. 119-36.
3. Correa C, Núñez L, Soto I. Alimentación del preescolar al escolar. Nutrición Pediátrica. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. 1a ed. Caracas: Editorial Panamericana; 2009. p. 145 – 59.
4. Figueroa O, López A, Vera L. Alimentación del lactante. Nutrición Pediátrica. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. 1a ed. Caracas: Editorial Panamericana; 2009. p. 123 – 141.
5. INN. Necesidades de energía y nutrientes. Recomendaciones para la población venezolana. Caracas: INN; 2000. Serie cuadernos azules.
6. Nutrición en las diferentes etapas de la vida. Brown J. 2a ed. México: McGraw Hill, 2006. p. 242 – 67.

9 — Adherencia al tratamiento nutricional en enfermedades crónicas

Ana Ibáñez, Ana Laura Meroni y Luisa Saravia

9.1 Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la Diabetes, la Obesidad o las enfermedades cardiovasculares, constituyen un problema de salud pública creciente a nivel mundial, debido a su rápido crecimiento y a las repercusiones que generan sobre la calidad de vida de la población.

En un momento en que el ser humano realiza rápidos avances tecnológicos y científicos en el ámbito bioquímico, genético y molecular, que otorgan a los profesionales un mayor conocimiento sobre la salud y sobre la enfermedad, y por tanto una creciente posibilidad de incidir activamente sobre los hábitos y comportamientos saludables y no saludables, emergen los estilos de vida, los comportamientos, los hábitos alimentario-nutricionales y en definitiva la adherencia al tratamiento propuesto por los profesionales, como los grandes responsables de la salud y de la enfermedad. La prevención y el tratamiento de gran parte de estas patologías exige cambios en los estilos de vida de las personas, entre ellos la alimentación. En la actualidad, aún cuando se tiene la adecuada información científica disponible para toda la población sobre la importancia de llevar adelante estilos de vida saludable, a pesar de los esfuerzos de los gobiernos y los trabajadores de la salud, las personas continúan presentando dificultades en la adherencia a los cambios de conductas relacionadas con la salud.

Estudios en diferentes países han mostrado que a nivel mundial las principales causas de mortalidad y morbilidad han variado en el sentido del incremento de la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles. Según informe de la OMS (2004) fueron causa del 60 % de las defunciones y constituyeron el 47 % de la carga de morbilidad. (1)

Proyecciones realizadas para la segunda década de 2000 estiman que la morbilidad estará asociada en una proporción de 2/3 a enfermedades crónicas no transmisibles vinculadas prioritariamente a la dieta. Se destaca la prevalencia de la obesidad, de la diabetes y de las enfermedades cardiovasculares. A ello contribuyen el sedentarismo y el incremento en el consumo de alimentos refinados, de alimentos de origen animal y de grasas (Chopra, Glabraith, Darton-Hill: 2002) (2).

Es significativa la prevalencia actual de conductas de enfermedad, de factores de riesgo y de problemas de salud, cuyo abordaje efectivo requiere que el paciente ponga en práctica las recomendaciones preventivas o terapéuticas que se le han indicado. Los distintos estudios sobre la temática señalan bajas tasas de adherencia a los tratamientos, especialmente en aquellas afecciones que requieren cuidados a largo plazo y cambios de estilos de vida. Esta escasa adherencia terapéutica tiene múltiples repercusiones de índole psicosocial, médica y económica para las personas, su familia y la sociedad en general; constituyendo un problema mundial de salud pública (3).

La trascendencia del seguimiento de las prescripciones terapéuticas y de salud (4), se debe a las consecuencias clínicas, médicas, económicas y psicosociales que pueden aparecer debido a una baja adherencia al tratamiento médico indicado, sobre todo en enfermos crónicos (4).

En los casos en que el pronóstico depende del adecuado seguimiento de las indicaciones, la no adherencia supone incremento de los riesgos, de la mortalidad y de la morbilidad.

También se debe considerar que la no adherencia a las indicaciones aumenta la probabilidad de cometer errores diagnósticos y de tratamiento, lo que implica un incremento innecesario del número de consultas e incluso hospitalizaciones, con el consecuente aumento del costo sanitario.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la elevada magnitud de esta problemática y sus repercusiones, considerando que su atención debe ser priorizada por los sistemas de salud, los científicos e investigadores de las ciencias de la salud (3).

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, multicausal, influenciado por factores de distinta naturaleza los cuales interactúan entre sí determinando los distintos niveles de adherencia

De acuerdo a la bibliografía consultada se señala que el profesional debe tener en cuenta el soporte social, informacional, material y emocional del paciente, su motivación para el cambio, así como sus hábitos, actitudes y creencias.

En lo que respecta a la adherencia al tratamiento alimentario-nutricional, se trata de un proceso de gran complejidad, ya que implica el cambio de conductas fuertemente arraigadas a la vida simbólica y cotidiana de las personas, como son los hábitos alimentarios; debiendo incorporar nuevas pautas de alimentación, las cuales deben ser seguidas de manera sistemática a lo largo de la vida, en un contexto de situaciones cambiantes.

El conocimiento del proceso de adherencia y sus implicancias, permite tener una visión global del mismo, pudiendo entender las dificultades que enfrentan las personas, sin culpabilizarlas, pudiendo asumir el rol orientador y de apoyo que debe tener el trabajador de salud en este fenómeno.

Es importante que el estudio y abordaje de la adherencia terapéutica sea multidisciplinario, porque al ser un problema complejo, de múltiples causas y determinado por la acción recíproca de variados factores, se requiere el aporte teórico, la experiencia práctica y el saber cotidiano de diversas disciplinas de las Ciencias de la Salud.

9.2 Estado de situación

La adherencia terapéutica ha adquirido creciente relevancia a partir de los años 70, desde entonces han proliferado distintos estudios en torno a esta temática, siendo abordada tanto por las ciencias biológicas como las psicosociales; destacándose los trabajos realizados en España, Estados Unidos y algunos países de Latinoamérica como son México, Chile, Colombia y Cuba.

La mayor parte de los estudios se han centrado en la definición teórica del concepto de adherencia y en sus factores influyentes, siendo las enfermedades más estudiadas el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Tuberculosis y enfermedades crónicas no transmisibles como la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus (3).

La OMS ha señalado la escasa atención que se ha dado a la falta de adherencia terapéutica, por lo cual exhorta a los formuladores de políticas y directivos de los sistemas de salud, a desarrollar investigaciones e intervenciones que permitan estimar las tasas de adherencia terapéutica en diferentes enfermedades y grupos de población.

El mencionado organismo elaboró entre los años 2003 y 2004, un informe que recoge muchos de los trabajos existentes hasta ese momento en torno a la adherencia a los tratamientos a largo plazo; incluyendo enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles, procesos mentales y neurológicos como la depresión y la epilepsia, así como alguna toxicomanía ejemplificada por el hábito tabáquico.

En este informe, la OMS destaca la falta de uniformidad en la metodología empleada en los distintos estudios, especialmente en lo que respecta a los instrumentos de medición y a los conceptos de adherencia utilizados. Los términos más usados para conceptualizar este fenómeno han sido: adhesión, cumplimiento, adherencia, observancia, entre otros; empujándolos sin distinción y sin profundizar las diferencias existentes entre ellos. En lo que respecta a las estrategias manejadas para la medición, han sido muy variadas dependiendo, entre otras cosas, del estudio y el aspecto del tratamiento que se desea evaluar; destacándose entre ellas: los auto-informes, los informes de personas próximas al paciente, los indicadores clínicos, los auto-registros, la medición del consumo de medicamentos y las mediciones bioquímicas.

Esta falta de homogeneidad en la valoración de la adherencia, ha sido un factor determinante de la divergencia encontrada en las cifras de prevalencia y en los factores correlativos a este fenómeno, obstaculizando la comparación entre los resultados de los distintos estudios. Sin embargo, los hallazgos ofrecidos por estos trabajos, han contribuido a evidenciar la repercusión que tiene este fenómeno sobre las personas afectadas, su entorno, el sistema de salud y la población en general, señalando así su relevancia para la salud pública(5).

Debido a la naturaleza múltiple y compleja de la adherencia al tratamiento, resulta complicado el diseño de un modelo eficaz de evaluación, motivo por el cual varios autores coinciden en la necesidad de contar con instrumentos de medición confiables, valorando de manera independiente las distintas enfermedades, las diferentes conductas que requiere el tratamiento y el comportamiento de los distintos grupos de población frente a este fenómeno (3,6).

En este sentido, en el caso de la Diabetes, se ha evidenciado que las tasas de adherencia pueden variar según el tipo de Diabetes, el grupo etario, el grado de complejidad terapéutica, los distintos componentes del tratamiento y la cultura (3). A su vez, distintos estudios han señalado una mayor adherencia a las conductas biomédicas, como son la administración de insulina y la toma de hipoglucemiantes orales, frente a las conductas que exigen cambios en los estilos de vida tales como la actividad física y el tratamiento alimentario-nutricional (3, 7-18).

Según lo establecido por la OMS en su informe técnico, las tasas de adherencia a los tratamientos a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedian 50 %, valor que puede disminuir en los países en desarrollo debido a la mayor escasez de recursos y las desigualdades en el acceso a los servicios de salud. Estas cifras se asemejan a lo establecido por Martín y Grau, quienes señalan que la tasa de incumplimiento en las enfermedades crónicas representa aproximadamente un 45 %, pudiendo incrementarse en los tratamientos que requieren cambios de los estilos de vida o en aquellas enfermedades asintomáticas (19).

La escasa adherencia terapéutica puede adoptar diversas formas como: dificultades para iniciar el tratamiento, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones, inasistencia a consultas e interconsultas, la ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida perjudiciales y la práctica de la automedicación (3,20).

En relación a la adherencia al tratamiento nutricional, se destaca el menor desarrollo de estudios sobre este componente del tratamiento en particular, existiendo también un mayor número de trabajos cuantitativos en comparación con los cualitativos.

Las investigaciones cuantitativas se han enfocado en la identificación del grado de seguimiento de las pautas alimentarias recomendadas, su correlación con algunos indicadores del control metabólico y ciertas variables influyentes. Los métodos empleados han sido variados, ya que no existe una técnica de referencia que permita medir la adherencia al tratamiento nutricional, entre ellos se destacan: técnicas de auto reportes, frecuencia de consumo y recordatorio de 24 horas.

Los resultados de estas investigaciones también han sido irregulares, variando entre los distintos estudios y las distintas patologías. Algunos estudios sobre la adherencia al tratamiento nutricional de enfermedades crónicas, como es el caso de la Diabetes, han señalado que ciertas conductas alimentarias presentan mayores dificultades en su seguimiento, reportando un consumo

de grasas mayor a lo recomendado y una escasa ingesta de frutas y vegetales (8,9, 16, 21 -25).

Algunos de los factores que se han relacionado con la adherencia al tratamiento nutricional son: factores sociodemográficos, tales como sexo, edad, estado civil, nivel educativo y la ocupación; obstáculos psicosociales e impedimentos establecidos por los trabajadores de la salud, tales como la mala actitud del personal de salud, limitada educación clínica y nutricional (26, 27).

Por su parte, los estudios cualitativos han permitido la exploración en profundidad de las opiniones sobre el proceso de adherencia terapéutica desde la perspectiva de los implicados, centrándose básicamente en la comprensión de los factores influyentes en el seguimiento del tratamiento nutricional. En este sentido, el comportamiento alimentario de la familia y de otros grupos de pertenencia, los propios hábitos y preferencias alimentarias, el escaso apoyo social, los aspectos económicos, la relación con el equipo de salud, la escasa percepción de autoeficacia, así como la falta de habilidades y conocimientos para llevar el tratamiento nutricional adelante, han sido identificadas como barreras para la adherencia a las nuevas conductas alimentarias (28-32).

Hay autores que hacen mucho hincapié en diferenciar la adherencia a las indicaciones, del cumplimiento de la observancia del tratamiento, ya que conceptualmente la primera requiere la aprobación y participación del paciente en el proceso de elaboración de las recomendaciones. (Martín Alfonso:2003) Se entiende que los pacientes deben ser "socios activos" de los profesionales de la salud en el proceso de atención, considerando como válida la hipótesis de que los resultados de una comunicación interactiva y dialógica entre ambos, debe conducir a lograr mejores niveles de adhesión a las indicaciones (33).

9.3 Relevancia de la Temática

La importancia del problema de la no adherencia a las indicaciones se hace evidente si se analizan las repercusiones que el mismo tiene desde el punto de vista clínico, médico, económico y psicosocial. Afecta la calidad de la atención, la relación profesional-paciente, el uso racional de los servicios de salud y de los recursos humanos y económicos, interfiriendo de manera que los insumos invertidos en la intervención no produzcan los resultados esperados.

La adherencia terapéutica es el factor modificable más importante que influye sobre el resultado del tratamiento; la falta de adherencia reduce la efectividad del mismo disminuyendo el beneficio clínico, propiciando la aparición de complicaciones clínicas y psicosociales, repercutiendo negativamente en la calidad de vida de las personas y su entorno, impidiendo la evaluación de los resultados del tratamiento, generado también mayores gastos en salud (3,6).

Dentro de las repercusiones clínicas se identifica la escasa respuesta terapéutica a los tratamientos, manifestándose en retrasos en la recuperación, recaídas y aparición de complicaciones; así como la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento (6).

En lo que respecta a los aspectos económicos, las consecuencias afectan tanto a las personas enfermas como al sistema de salud. En el paciente se destacan los gastos en atención médica y medicamentos, pérdida por ausentismo laboral en los trabajadores y reducción de la productividad en su puesto de trabajo. En el sistema de salud se produce un incremento del gasto sanitario del estado, resultante del aumento de la atención médica, la producción de medicamentos, mayores intervenciones, hospitalizaciones e incremento del uso de servicios (3,6).

Entre las consecuencias psicosociales se destacan: el estrés que representa vivir con una enfermedad, los conflictos en la autoimagen, el autoestima y los miedos ante una posible amenaza vital y la muerte (6).

Se considera que la valoración de la utilización de recursos en salud y la eficacia de las intervenciones, requiere incluir las tasas de adherencia terapéutica como elemento para evaluar realmente los programas y proyectos de atención sanitaria. Se ha observado clínicamente que las intervenciones favorecedoras de la adherencia a las indicaciones, pueden tener una repercusión

mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora en los tratamientos médicos específicos. Es por ello que se entiende que la mejora de la adherencia terapéutica puede plantearse como estrategia de trabajo prioritaria para abordar efectivamente, sobre todo, las enfermedades crónicas.

Constituye un avance significativo en el reconocimiento de la envergadura de este problema la iniciativa mundial lanzada en 2001 por el grupo de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la OMS con el trabajo realizado en el marco de un proyecto sobre adherencia terapéutica a largo plazo, el que generó un informe técnico divulgado entre 2003 y 2004, dirigido principalmente a los responsables de formular políticas de salud y a los directivos de los sistemas de salud, como manera de aportar en las estrategias nacionales y locales que mejoren tanto los resultados de salud como la eficiencia económica del sector. Es éste, además, un informe de referencia para científicos, investigadores y personal de salud en su labor cotidiana. Se creó asimismo una Red Mundial Interdisciplinaria sobre Adherencia Terapéutica, integrada por especialistas y científicos expertos en el tema, organizaciones profesionales y de la industria, pacientes y formuladores de políticas, quienes contribuyeron en la elaboración del informe.

Respecto al tratamiento alimentario-nutricional, este constituye un pilar fundamental en el tratamiento de muchas enfermedades crónicas como son la Obesidad, la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial, ciertos factores de riesgo y otras enfermedades cardiovasculares. Se trata de un factor modificable, cuya contribución al mejoramiento de la evolución de estas patologías ha sido debidamente evidenciada (34). Sin embargo, las bajas tasas de adherencia identificadas en este componente del tratamiento, reflejan las importantes dificultades que enfrentan las personas que deben seguirlo, especialmente cuando los cuidados alimentario-nutricionales requeridos varían sustancialmente de sus hábitos alimentarios previos o cuando estos son poco compatibles con las características personales del paciente y las de su entorno.

La alimentación es un fenómeno complejo y multicausal, en la cual intervienen factores de índole social, cultural, psicológico y económico, que determinan las modalidades de producción, selección y consumo de alimentos en las personas. A su vez, el acto de comer cumple múltiples funciones en los sujetos como: la identificación social y cultural con su grupo de pertenencia, medio de comunicación y sociabilidad, satisfacción del placer, elemento religioso o mágico, medio para ejercer influencia, medio para descarga de tensiones, entre otros; por lo que la función biológica o nutricional es una función más y no siempre es priorizada por las personas.

En este sentido, el tratamiento alimentario-nutricional debe ser abordado desde su complejidad, considerando el contexto social y cultural en el que se desarrolla, así como los significados que las personas le otorgan a la relación que establecen con los alimentos. Estos aspectos son de vital importancia en relación a la adherencia a las indicaciones nutricionales, motivo por el cual deben ser tenidos en cuenta por los profesionales de la salud especialistas en nutrición, al momento de proponer acciones terapéuticas vinculadas a la alimentación.

9.4 Concepto de adherencia

El concepto de adherencia empleado por los distintos autores ha variado a lo largo del tiempo, tanto en la literatura médica como en la psicosocial, utilizando diversos términos para hacer referencia a este fenómeno, entre ellos: cumplimiento, observancia, colaboración, alianza, adhesión, adherencia terapéutica; evidenciando la falta de consenso entre los distintos investigadores y profesionales que abordan esta temática (20).

Durante mucho tiempo, las definiciones empleadas fueron aquellas basadas en un modelo asistencial paternalista, en el cual la persona que presenta una patología debe seguir las indicaciones dadas por el profesional de salud poseedor de los conocimientos. Desde este enfoque, la definición más utilizada en la práctica médica fue la propuesta por Haynes en 1979 sobre “cumplimiento del tratamiento”, entendiéndose este como:

“El grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario” (35).

Esta conceptualización hace referencia a la obediencia del paciente al seguir las instrucciones y recomendaciones dadas por el profesional de salud, de manera pasiva y sumisa, sin lograr otra participación en su tratamiento más que el cumplimiento del mismo. Este hecho denota una asimetría en el vínculo trabajador de la salud - paciente, donde uno de ellos indica y el otro obedece. Al mismo tiempo, este enfoque reduce la complejidad del fenómeno a aspectos técnicos del autocuidado del enfermo, donde la adherencia queda determinada por el grado de coincidencia entre la conducta del usuario y las recomendaciones recibidas, y el comportamiento del paciente es evaluado desde el punto de vista biomédico (6). En este sentido se cataloga a los pacientes como buenos y malos o como “adherente” o “no adherente” (5,36).

Contrariamente, esta temática debe ser abordada desde un enfoque que dé cuenta de su complejidad, como un proceso activo que se desarrolla en el contexto de las personas, de su enfermedad y sus cuidados, y en el dinamismo de su vida; considerando la pluralidad de situaciones existentes entre aquellas personas que adhieren al tratamiento a aquellos que lo hacen parcialmente (36,37). Los términos alianza, colaboración, cooperación y adherencia parecen señalar una mayor colaboración de la persona en la toma de decisiones que afectan a su propia salud; convirtiéndola en sujeto de su proceso de salud-enfermedad; en función de esto, es importante destacar que el ser humano adhiere más a lo que ha elegido que a lo que le ha sido impuesto (11,20).

Desde esta óptica, Di Matteo y Di Nicola definieron el término “adherence” como:

“... una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado.” (38)

Siguiendo este enfoque, Hentinen propone en 1996 otra definición considerando a la adherencia como:

“Un proceso de cuidado activo y responsable, en el cual el individuo trabaja para mantener su salud en estrecha colaboración con el personal de salud.” (39)

En el informe técnico elaborado por la OMS, también se pone énfasis en la participación activa que debe tener la persona en su tratamiento, por lo cual es necesario distinguir la adherencia del cumplimiento u observancia, donde la principal diferencia radica en la aprobación de las medidas de cuidado por parte del paciente. Este organismo propone como definición de adherencia al tratamiento a largo plazo, una versión que combina las definiciones de Haynes (40) y Rand (41):

“El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.” (3)

Por su parte, Libertad Martín emplea el término adherencia terapéutica, definiéndolo como una conducta compleja que comprende aspectos conductuales, relacionales y volitivos, resaltando la participación activa y consciente del paciente en el tratamiento, de manera conjunta con el profesional de la salud. Esta autora propone que para hacer referencia a la adherencia al tratamiento, es necesario que se den las siguientes condiciones:

- La **aceptación convenida de las medidas de terapéuticas** entre la persona y el trabajador

de salud, entendida como la relación de colaboración establecida entre ambos, con el propósito de definir la estrategia comportamental que garantice el cumplimiento y la aceptación de ésta por parte de los dos.

- El **cumplimiento del tratamiento**, definido como la medida en que la persona ejecuta todas las recomendaciones terapéuticas sugeridas por el trabajador de salud.
- La **participación activa del paciente** en el cumplimiento del tratamiento, entendida como el grado en que la persona participa en la búsqueda de estrategias que garanticen el cumplimiento.
- El **carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento**, entendiéndose como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones, realizando los esfuerzos necesarios para asegurar el seguimiento de las prescripciones (20).

La adherencia terapéutica es una *dimensión compuesta, multifactorial, de acomodación mutua y dinámica*; influenciada por variables interactuantes de diversa naturaleza, susceptible al cambio a lo largo del tiempo. Entre los factores que condicionan la adherencia, la literatura destaca aquellos relacionados con: los atributos de la persona y su entorno, las características de la enfermedad en cuestión y su tratamiento, aspectos organizativos del sistema de salud y el tipo de relación establecida entre el trabajador de salud y el paciente (3, 6).

En lo que respecta a su naturaleza dinámica, se debe considerar que la adherencia puede variar a lo largo del tiempo, por lo que el grado de adherencia inicial no asegura la adherencia a largo plazo. A su vez, la evidencia científica ha demostrado la existencia de distintos niveles o grados de adherencia entre las personas, así como la falta de homogeneidad en la adherencia a los distintos comportamientos que exige el tratamiento, confirmando el carácter poco uniforme y poco constante de este fenómeno (3, 11, 36).

Si bien, durante mucho tiempo los estudios sobre la adherencia se han centrado en el seguimiento del tratamiento medicamentoso de las distintas patologías, la OMS destaca que el concepto de adherencia abarca otros comportamientos vinculados con acciones terapéuticas y de prevención, entre ellos: la búsqueda de atención médica, la adquisición de la medicación recetada y su consumo apropiado según lo indicado, cambios en los estilos de vida como es el seguimiento de una alimentación adecuada y la realización de actividad física, buenas prácticas de higiene personal, el seguimiento de comportamientos sexuales poco riesgos, la anticoncepción, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento, el autocuidado del asma o la diabetes, el abandono del hábito tabáquico, entre otros (3).

Recuerda:

La adherencia terapéutica es un proceso multifactorial, condicionado por factores de distinta naturaleza, poco homogéneo y dinámico; que requiere la participación activa y voluntaria de la persona en su propio tratamiento, de manera conjunta con el equipo de salud.

9.5 Factores determinantes de la adherencia terapéutica

La literatura sobre adherencia terapéutica sigue la perspectiva de los distintos modelos y teorías sobre los determinantes de la salud. En ella se identifican como factores influyentes de este fenómeno, diversos aspectos relacionados con: las características del tratamiento, las particularidades de la enfermedad, la organización de los servicios de salud, la relación entre el paciente y el profesional sanitario, y las características psicosociales del paciente.

Por su parte, la OMS plantea en su informe cinco conjunto de factores o “dimensiones” interactuantes que influyen sobre la capacidad de las personas de adherirse a su tratamiento, estos son: los socioeconómicos y demográficos, los relativos al sistema de salud y el equipo de salud,

las características de la enfermedad y el tratamiento, la red familiar y social, y los relacionados con el paciente.

En el presente capítulo, las autoras se basarán en las dimensiones establecidas por este organismo internacional, para desarrollar los factores condicionantes del proceso de adherencia a los tratamientos a largo plazo.

9.5.1 Socioeconómico y demográficos

Si bien el **nivel socioeconómico** no ha sido detectado como un factor independiente predictivo de la adherencia, la OMS señala algunos elementos a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia general. Dentro de ellos se destaca la incidencia negativa de: la situación socioeconómica deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de soporte social efectivo, las condiciones de vida inestables, las dificultades en el acceso a los centros asistenciales, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento, la familia disfuncional.

Se ha observado que el paciente que vive solo con frecuencia presenta mayores fallas en la adherencia al tratamiento (Silva, Galeano, Correa: 2005) (42).

La pobreza constituye un factor de riesgo importante en los procesos crónicos, debido a la relación de interdependencia que existe entre ambos (3). Las poblaciones vulnerables, como los pobres, tienen mayores probabilidades de contraer enfermedades crónicas y las familias de bajos ingresos tienen mayores probabilidades de empobrecerse como consecuencia de ellas (43). El cumplimiento de los tratamientos crónicos requieren de gastos en medicación, alimentos y atención en los sistemas de salud; contradictoriamente el inadecuado control de dichos procesos provocan pérdidas de días laborales y/o incapacidades para el trabajo, traducándose en menores ingresos económicos.

Para reflexionar

“Cumpro con el tratamiento en la medida de lo que puedo con mis ingresos, porque seguir la dieta es caro. Todos los alimentos y productos dietéticos son más costosos, muchas veces no puedo comprarlos y tengo que buscar una opción más económica.”

“Tenemos que comprar los alimentos que podamos comer todos en mi casa, yo no me puedo estar comprando para mí alimentos distintos, algunas cosas sí como el edulcorante, pero solo algunas cosas.”

“En este momento estoy sin trabajo y los únicos ingresos económicos son los de mi esposo, eso influye también al momento de comprar la comida, somos una familia numerosa.”

“En la mayoría de los lugares donde venden alimentos no tienen comidas para diabéticos, y cuando hay es cara, no siempre la puedo comprar.”

En lo que respecta a la adherencia al tratamiento nutricional, los condicionantes económicos son decisivos, ya que determinan la disponibilidad y el acceso a los alimentos, tanto en cantidad como en calidad, los cuales constituyen suministros básicos y necesarios para poder llevar adelante los cuidados vinculados a la alimentación.

Al nivel macro económico, las principales condicionantes de la disponibilidad y el acceso a los alimentos en la última década han sido: el precio de los mismos, el ingreso monetario, la desocupación y las políticas públicas que impactaron en la alimentación.

La baja capacidad adquisitiva de las persona determinada por los bajos ingresos, producto de la escasa remuneración de sus empleos poco calificados o por el reducido número de personas que perciben ingresos en el grupo familiar, y las altas tasas de desempleo, condicionan las posibilidades de los grupos más vulnerables de adherirse al tratamiento nutricional.

Por otro lado, la escasa disponibilidad de alimentos aptos para seguir las recomendaciones nutricionales, también constituyen un obstáculo para la adherencia terapéutica. Si bien el desarrollo de la industria alimentaria ha puesto a disposición de los consumidores una amplia variedad de alimentos modificados, libres de azúcares refinados, bajos en calorías, grasas saturadas y sodio; estos no se hallan disponibles en muchas zonas suburbanas, donde la fuente de suministro de alimentos está constituida por pequeños negocios con una limitada oferta de estos productos. En contraposición, existe un mayor ofrecimiento de productos ultra procesados, ricos en grasas y sodio, de bajo costo y calidad nutricional, cuya mayor oferta ha sido promovida por algunos cambios sociales y económicos (34).

El Licenciado en Nutrición debe reconocer estas dificultades impuestas por los condicionantes socioeconómicos, considerando estas limitantes al momento de planificar las acciones del tratamiento, de manera de poder orientar a la persona sobre las estrategias a seguir dentro de las posibilidades que determina su contexto.

En lo que respecta a los **aspectos demográficos**, la edad y el sexo han sido identificados como factores condicionantes de la adherencia a los tratamientos a largo plazo.

La **edad** es un factor que influye sobre la adherencia al tratamiento de manera irregular.

Para reflexionar

“A mí me diagnosticaron la Diabetes cuando era adolescente, al principio no me cuidaba tanto como ahora, como que no tomaba conciencia del tipo de enfermedad, era muy rebelde, me quería llevar el mundo por delante y no me importaba cuidarme.”

“Cuando comencé con el tratamiento para bajar de peso era más inmadura, me costó entender la importancia de seguir la dieta.”

Este hecho se relaciona con las altas exigencias que se le imponen al adolescente el cual, sumado a los desafíos que implican los cambios físicos y emocionales de esta etapa de la vida, debe asumir los requerimientos propios del tratamiento (43). Varios estudios han señalado a este grupo etario como uno de los que presenta mayores dificultades para la adherencia terapéutica, incluyendo la adherencia al tratamiento nutricional, hecho que se asocia a los hábitos alimentarios que presentan los adolescentes (3, 44).

A modo de ejemplo, en el caso particular de la Diabetes, la adherencia de niños y adolescentes diabéticos promedia 58% en los países desarrollados, siendo menor en los adolescentes que en los niños pequeños. En el caso de los niños, las tasas de adherencia dependen de la capacidad del adulto responsable para comprender y seguir las recomendaciones dadas; a medida que la edad aumenta, se incrementa la capacidad para llevar a cabo las tareas de tratamiento, pero aún siguen necesitando supervisión de sus padres. En el caso de los adultos mayores, la mayor prevalencia de deficiencias cognitivas y funcionales aumenta el riesgo de la escasa adherencia(3). En este mismo sentido algunos autores sugieren que a medida que las personas envejecen, adquieren mayor conciencia de su estado de salud, identificando a los mayores de 70 años como el grupo de personas más disciplinadas, mientras que las menos disciplinadas están por debajo de los 50 o por encima de los 80 años(3).

Con respecto al **sexo**, los resultados son contradictorios, mientras algunas publicaciones registran una mejor adherencia en las mujeres, otras destacan una mayor adherencia por parte de

los hombres (3).

9.5.2 Relativos al sistema de salud y el equipo de salud

La buena relación profesional-usuario puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que no obstante inciden negativamente.

En relación al **sistema de salud**, este puede influir en el comportamiento de adherencia de los pacientes, al determinar muchas de las características del servicio como son: la disponibilidad y accesibilidad a los servicios, la asignación de recursos destinados a la atención, la recolección y gestión de la información, el apoyo a la educación de los pacientes y la capacitación del personal de salud, los soportes de la comunidad a disposición de los pacientes, entre otros (3).

En este sentido, en la revisión de la literatura realizada por la OMS identificó numerosos aspectos vinculados al sistema y al equipo de salud, que influyen negativamente en la adherencia general a los tratamientos, entre ellos se destaca: sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, sobrecarga laboral de los proveedores de asistencia sanitaria, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, ineficiencias para establecer conexiones que favorezcan el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y de intervenciones efectivas para mejorarla, falta de herramientas comportamentales y el tipo de relación entre el usuario y el proveedor (3)

La falta de coordinación entre profesionales, así como el escaso o nulo trabajo interdisciplinario, generan muchas veces contradicciones en los mensajes al paciente. Los diferentes integrantes del equipo de salud conforman pocas veces unidades con personal capacitado para colaborar en la reafirmación de las indicaciones ofrecidas al paciente.

La falta de profesionales o los cambios de los mismos en el momento que el paciente lo requiere, inciden negativamente en la adherencia, ya que el paciente tiende a desarrollar una relación de confianza y compromiso con el profesional que le indicó el tratamiento que se ve afectada cuando tiene que recurrir a otro facultativo.

Se han visto como favorecedores de la adherencia: la reducción de los tiempos de espera, la planificación adecuada de las consultas de seguimiento y la atención en el propio domicilio del paciente. Los pacientes hospitalizados presentan tasas de cumplimiento mejores que los ambulatorios, debido a que tienen una mayor supervisión por parte del personal de salud y los familiares. En la relación profesional – paciente tiene gran importancia la comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con la relación. Las relaciones de tratamiento efectivas se caracterizan por la búsqueda de medios terapéuticos alternativos, la negociación del régimen, por el diálogo entorno a la adherencia terapéutica y la planificación del seguimiento.

Para reflexionar

“No vengo muy seguido al control con la Nutricionista, es muy difícil coordinar una consulta, siempre tiene mucha gente citada, te dan fecha de aquí a un mes o más.”

“Me parece que sería importante tener un espacio donde nos enseñaran como inyectarnos la insulina, cómo preparar las comidas, intercambiar recetas. Durante un tiempo funcionó un grupo donde nos reuníamos todos los diabéticos y nos enseñaban estos temas, pero ahora ya no está más, todos los funcionarios se dedican solo a la atención individual.”

“Cuando vengo al médico siempre me atiende muy rápido y es poco el tiempo que tenemos para dialogar; siempre está como apurado porque tiene mucha gente para atender.”

En la atención de los tratamientos a largo plazo, la continuidad en la atención prestada, la programación de citas y la posibilidad de supervisión de la conducta de adherencia, son un elemento importante, ya que se torna vital dar continuidad a las intervenciones educativas y de acompañamiento de los pacientes (3).

El modelo asistencial empleado para las patologías agudas no es útil para el manejo de los procesos crónicos, la atención se debe basar en un modelo bio-psico-social, con una visión holística de las personas, su enfermedad y su contexto, teniendo como principal protagonista al sujeto. Desde esta perspectiva, es de suma importancia promover estrategias orientadas al desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes que le permita al paciente llevar adelante su autocuidado con éxito. En este sentido, la educación para la salud, constituye un elemento fundamental en este proceso de empoderamiento de la persona en relación a su tratamiento, con autoconfianza y responsabilidad.

En lo que respecta al proceso de comunicación, el intercambio de información y el discurso del paciente son de suma importancia, tanto para individualizar el tratamiento, como para seleccionar la estrategia de comunicación más apropiada para cada caso particular.

Por otra parte, la **calidad de la relación establecida entre el paciente y los trabajadores de la salud** es otro aspecto determinante de la adherencia al tratamiento a largo plazo. Este vínculo no depende exclusivamente de la conducta del paciente, sino que la conducta del trabajador es de gran importancia. Las variables vinculadas con la forma en que los prestadores de asistencia sanitaria se relacionan y se comunican con los pacientes son factores determinantes de la adherencia (3). En concordancia, L. Martín enfatiza la importancia del vínculo entre ambos, donde la comunicación interactiva, la calidad de la relación, la colaboración y el acuerdo son fundamentales para alcanzar mayores niveles de adherencia (6).

Para reflexionar

“Desde que yo me atiendo acá estoy muy conforme, se preocupan mucho por vos, el Nutricionista te escucha, te sentís apoyada y eso también es importante. También la Doctora se preocupa mucho, y te das cuenta que se interesa y le importa saber como estas, eso te ayuda a seguir.”

“Me llevo muy bien con la Nutricionista, ella me escucha y yo le puedo contar todo lo que me pasa sin sentirme juzgada.”

Para iniciar un tratamiento es necesario el establecimiento de una alianza terapéutica, generando un ambiente de confianza en la que el usuario se sienta cómodo para expresar su opinión en relación a la enfermedad y el tratamiento. Por su parte el trabajador de salud, debe estimular la franqueza y la expresión de las creencias, dudas y temores, promoviendo una relación de colaboración activa. Esta relación debe basarse en la comunicación, incluyendo la información y el aprendizaje social; elementos como la calidez y la empatía aparecen con factores importantes en este vínculo (3,5). La calidad de la alianza terapéutica y la percepción que tiene el paciente de esta, han sido identificadas como una variable influyente en la adherencia al tratamiento (5,10).

Estos aspectos cobran mayor relevancia si se considera el carácter complejo y crónico del tratamiento alimentario- nutricional, ya que implica un trato permanente y continuo con el personal de salud.

9.5.3 Características del tratamiento y la enfermedad

Respecto a los aspectos relativos a la **enfermedad**, la duración de la misma, la gravedad de los síntomas, el tipo de discapacidad que provoca, la velocidad de progresión y su gravedad, son elementos condicionantes de la adherencia.

Para reflexionar

“No sigo mucho la dieta, la Nutricionista me dice que eso me hace mal para la Diabetes, pero como no siento nada yo sigo comiendo de todo.”

“Con el peso que tenía me sentía mal, ya ni caminaba, me faltaba el aire y me cansaba enseguida. Desde que empecé con el tratamiento nutricional me siento mucho mejor.”

“Por momentos no es fácil para mí seguir el tratamiento, hace casi treinta años que hago dieta, llega un momento que me dan ganas de no hacer más nada, no hacer dieta, no tomar remedios, no hacer más nada. El tratamiento es como un peso, te cansa y te aburre.”

En general las enfermedades crónicas, especialmente las que tienen un carácter asintomático poseen menores tasas de adherencia, en comparación con las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad (6). Las características de las ECNT como la Diabetes o la Obesidad, pueden entorpecer la adherencia, ya que se trata de enfermedades que pueden permanecer asintomáticas durante mucho tiempo y sus complicaciones se manifiestan a largo plazo, dificultando su asociación directa con los comportamientos de salud actual del paciente (10). Contrariamente, la presencia de estímulos internos para la acción, como son los síntomas, son de suma importancia para el seguimiento de los tratamientos, ya que estos contribuyen a incrementar la percepción de susceptibilidad personal (45). De este modo, la existencia de sintomatología constituye una condición que favorece la adherencia al tratamiento, especialmente cuando el seguimiento de los cuidados recomendados contribuye al alivio del malestar.

En lo que respecta a la *duración de la enfermedad*, el carácter crónico de estas patologías requiere un tratamiento de por vida; la evidencia científica señala que la duración de la enfermedad tiene una relación inversa con la adherencia, es decir, cuanto mayor sea su tiempo de evolución, menor es la probabilidad de que la persona adhiera al tratamiento.

En lo que respecta al **tratamiento**, su complejidad es un aspecto relevante en relación a la adherencia, cuanto más complejo menor es la adherencia terapéutica del paciente. Los indicadores sobre la complejidad del tratamiento incluyen la frecuencia del comportamiento de autocuidado, es decir, el número de veces por día que la persona debe realizar un comportamiento (3).

Para reflexionar

“A mí se me hace muy difícil seguir el tratamiento, son muchas cosas que tengo que atender, la insulina, el control de la glicemia, la dieta; todo esto siguiendo con mi vida cotidiana en el trabajo y en mi casa. Hay momento que siento que no puedo con todo.”

“Me costó mucho cambiar de un día para el otro lo que comía antes, lo que estaba acostumbrada a comer. En mi casa se comía de todo y yo era de comer mucho.”

“A mí lo que me cansó fue la monotonía de las comidas, no sé, tal vez si las hiciera de otra manera, si las variar un poco más.”

A modo de ejemplo, en el caso de la Diabetes, su tratamiento presenta un elevado nivel de complejidad, ya que requiere la realización de diversas conductas de autocuidado como son: el monitoreo de glicemia, el ajuste del consumo de alimentos, la administración de la insulina o medicación vía oral, la actividad física regular, el cuidado de los pies, las visitas de control médico regulares, la atención dental y oftalmológica, entre otros; de manera sistemática y por un largo período de tiempo, repercutiendo en una baja adherencia al mismo.

Del mismo modo, aquellos tratamientos que exigen mayores cambios en la vida cotidiana del paciente, y cuanto más incompatible sean las medidas terapéuticas con sus hábitos previos, menor será la probabilidad de adherencia. Este hecho ha sido documentado en las ECNT, donde los comportamientos que exigen cambios en los estilos de vida, como la dieta y el ejercicio físico, son los que presentan menores tasas de adherencia.

En lo que respecta al tratamiento dietético, su complejidad constituye una barrera importante, ya que implica: la necesidad de cambiar los hábitos alimentarios fuertemente arraigados y adaptados a la vida cotidiana de las personas, la colaboración familiar y la adquisición de habilidades y conocimientos específicos para su seguimiento. Algunos estudios desarrollados con pacientes diabéticos han señalado que estos perciben al régimen alimentario de la Diabetes como restrictivo, monótono, insatisfactorio, de alto costo y de elevada dificultad para su seguimiento (10,31).

En cambio, cuando la evaluación inconsciente que realiza la persona entre las dificultades y los bienes que confieren el seguimiento de una conducta en salud, resalta los beneficios de la misma ante los obstáculos, la persona tiene más probabilidades de emprender estas acciones saludables favoreciendo la adherencia terapéutica (46). Por tal motivo, el plan de alimentación debe ser lo más individualizado posible, adaptándose a las características particulares de la persona y su contexto.

9.5.4 La red familiar y social

En relación al apoyo social, aquellas personas que se sienten apoyadas por otros tienen más probabilidades de seguir las recomendaciones del trabajador de salud, en comparación con aquellos con menos apoyo social, inestabilidad familiar o aislamiento (3). Especialmente cuando el tratamiento implica cambios en el estilo de vida, como es el caso del tratamiento nutricional, el apoyo de otros puede ser fundamental para iniciar y mantener los cambios (19).

El apoyo social otorga al paciente mayores recursos para afrontar el evento estresante, aumentando la adherencia al tratamiento; siendo este un fuerte predictor de la adhesión al tratamiento y del desarrollo de conductas de autocuidado (8, 47).

Para reflexionar

“Mi esposo me ayuda mucho, él me trae frutas y verduras del mercado para que yo pueda comer. También cocina para ellos y para mí, así tengo la comida pronta cuando llego de trabajar.”

“Mi familia me apoya mucho, ellos se informan, ya conocen la enfermedad y lo que puedo comer; pasan a vivir la enfermedad junto contigo. En casa todos comemos la misma comida, ellos me ayudan mucho, me apoyan. Cuando sientes que te acompañan, que te cuidan eso te da fuerzas para seguir.”

La importancia del **apoyo familiar** radica en su contribución para eliminar sentimientos de inseguridad y minusvalía, así como en la ayuda que provee para asegurar las bases materiales e instrumentales del tratamiento, favoreciendo su cumplimiento diario y reforzando la adhesión al

mismo (48).

La familia es entendida como un conjunto de personas que interactúan entre sí, manteniendo vínculos de interdependencia, por lo tanto, cualquier modificación sobre uno de sus integrantes ocasiona un impacto sobre cada uno de sus miembros y sobre el equilibrio del conjunto familiar (49). De este modo, el diagnóstico de la enfermedad en uno de sus integrantes altera el equilibrio familiar; la respuesta del grupo ante este desequilibrio dependerá de su flexibilidad y su capacidad para adaptarse a los cambios, transformando las conductas y complementando los roles (50).

En lo que respecta a la alimentación, la familia juega un rol preponderante en la formación y mantenimiento de los hábitos alimentarios influyendo, entre otras cosas, en la selección, los modos de preparación, el contexto en que se realizan las comidas, los prejuicios y creencias que las personas tiene sobre los mismos.

Los hábitos alimentarios de las personas son el resultado de la socialización del individuo en un grupo social y cultural, en el cual los patrones alimentarios constituyen una forma de identificación con dicho grupo, teniendo un valor emotivo para aquellos que los comparten (51). Por esto, los hábitos alimentarios familiares compatibles con el tratamiento nutricional o la adaptación de la comida familiar a las necesidades del paciente, le permitirán a la persona continuar compartiendo estas prácticas alimentarias con su grupo de pertenencia, favoreciendo así la adherencia terapéutica.

Para reflexionar

“Mi familia no me apoya en el seguimiento del tratamiento nutricional, todo lo contrario lo dificulta. Si yo hago una comida sin sal me dicen “esto está horrible”, yo me esmero para cocinar pero recibo esa respuesta.”

“Siento que mi familia me tendría que ayudar un poco más con la dieta, pero no es así. Por ejemplo, a veces le digo a mi marido: “yo no puedo comer eso” y él me responde: “tú sigue la dieta pero yo voy a comer.”

En los sistemas familiares cerrados, rígidos o disfuncionales, la modificación de la condición de salud puede ser vivida como una amenaza, pudiendo obstaculizar la adherencia al tratamiento (50). El escaso apoyo familiar y los hábitos alimentarios familiares poco coincidentes con los requerimientos del tratamiento nutricional, pueden repercutir sobre la adherencia terapéutica, siendo percibidas por los pacientes como obstáculos para llevar adelante este proceso. La imposibilidad de compartir aquellas conductas alimentarias que lo identifican con su grupo familiar, lo conducirán al aislamiento y la diferenciación con este grupo de pertenencia.

Es importante tener en cuenta que los regímenes extensos de autocuidado, afectan no sólo al paciente sino también a su familia, por lo tanto, las intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia deben brindar apoyo al paciente y su grupo familiar, orientando la naturaleza de este sustento, para que no se convierta en mera presencia (52).

Para reflexionar

“Cuando estoy trabajando es imposible comer lo que debería comer. Toda la comida que me dan en el trabajo tiene sal, y la verdad que yo no me llevo comida de mi casa; incluso a veces no tengo tiempo ni de comer.”

“Otra dificultad para seguir el tratamiento nutricional es el trabajo, mis jefes no entienden que me puedo sentir mal si estoy muchas horas sin comer, y no les gusta que haga las colaciones

en el horario laboral. Me parece que hay mucha desinformación sobre la enfermedad, además tampoco pueden entender lo mal que me puedo sentir con una hipoglicemia al no vivirlo personalmente.”

“Trabajo en un centro médico de deporte, mis compañeras trabajan en la salud, ellas me apoyaron mucho cuando me diagnosticaron la Hipertensión, incluso con la dieta, se preocupaban de que comiera todo sin sal.”

El contexto en el que se desarrolla la **actividad laboral** puede influir en la adherencia del tratamiento nutricional, favoreciendo u obstaculizándola. Al igual que la familia, el lugar de trabajo y los vínculos que en este contexto se desarrollan, constituyen un microsistema del cual forma parte la persona. En este sistema con características físicas y materiales específicas, se desarrollan relaciones sociales, se asignan roles y se realizan distintas actividades (49,50). Por lo tanto es importante que el Licenciado en Nutrición sea capaz de identificar las particularidades de este contexto, pudiendo reconocer las posibilidades o barreras que este brinda para la adherencia terapéutica, identificando aquellas personas que, por su rol, son significativas para el paciente y pueden estar contribuyendo o entorpeciendo el seguimiento del tratamiento nutricional.

La adaptación del plan de alimentación propuesto a la vida cotidiana de la persona, incluyendo las características y la dinámica de su actividad laboral, facilitará su seguimiento, visualizándose como un elemento positivo por el paciente que contribuye a la adherencia terapéutica (53).

Para reflexionar

“Los jueves y los sábados nos reunimos en el club, las mujeres llevan la comida y los hombres la bebida. Esos días yo no sigo la dieta ya que no llevan nada que un diabético pueda comer.”

“Cuando voy a una fiesta sé que voy a comer cosas que no puedo, hay un montón de cosas con sal; no creo que vayan a hacer una fiesta con comida sin sal.”

“Cuando voy a los cumpleaños es difícil, todo lo que hay no lo puedo comer; a veces si me conocen algunos se acuerdan y me compran un refresco light, pero los que más me cuesta es no comer la torta de cumpleaños.”

Los **eventos sociales** de distinta índole, son identificados por las personas en tratamiento nutricional, como obstáculos para la adherencia terapéutica. Esta situación guarda relación con el hecho que los alimentos forman parte de los encuentros sociales, de las festividades o ceremonias, mediante el rol socializador que estos cumplen. En estas circunstancias las personas no comen precisamente por la necesidad de nutrirse, sino por razones ceremoniales y sociales, recurriendo a alimentos más elaborados, más costosos o especiales para la ocasión, distintos a aquellos que se consumen de manera rutinaria, circunstancias en las cuales los requisitos de la enfermedad y su tratamiento no siempre son consideradas (54). En estos contextos, el apoyo del grupo social también es relevante para la adherencia, ofreciendo los alimentos necesarios y contemplando la realidad del paciente.

Por último es necesario destacar que otro tipo de apoyo social puede estar constituido por **grupos de apoyo o autoayuda**. Estos brindan ayuda moral y material, ofreciendo espacios

donde las personas en tratamiento comparten experiencias en un ambiente de fraternidad y afecto.

9.5.5 Factores relacionados con el paciente

Entre los factores relacionados con el paciente, la OMS destaca algunos aspectos, los cuales han sido identificados en distintos estudios sobre la temática, entre ellos se destacan:

- los **conocimientos y creencias** respecto al tratamiento y la enfermedad; estos influyen sustancialmente en la adherencia terapéutica, actuando en detrimento de la misma cuando existe una falta de conocimientos y cuando las creencias son erróneas o contrarias a las propuestas del equipo de salud.

Para reflexionar

“Cuando me dijeron que tenía Diabetes, no sabía nada del tratamiento, lo que podía comer y lo que me hacía mal; tampoco sabía en qué consistía la enfermedad.”

“Cuando me diagnosticaron Hipertensión Arterial no sabía de que se trataba, pensé que era algo pasajero, que en unos meses me iba a mejorar; no tenía ni noción de lo que era.”

“La Nutricionista me dice que no puedo comer alimentos dulces, pero a veces necesito comer algo con azúcar, al cuerpo le hace mal no recibir nada azúcar y por eso el propio organismo me lo pide.”

Los conocimientos propios de las personas y sus creencias, conjugan elementos cognitivos y subjetivos relativos a un objeto o situación, pudiendo predisponer a los sujetos a responder de alguna manera preferencial (55). La falta de conocimientos sobre la enfermedad puede conducir a la subestimación de la severidad de la misma por parte del paciente, entorpeciendo la toma de conciencia sobre la importancia de su tratamiento. Del mismo modo, la ausencia de conocimientos relacionados con el tratamiento, interfiere en el inicio de los cuidados, requiriendo el desarrollo de elementos cognitivos, psicomotores y afectivos necesarios para el autocuidado. Las personas se incorporan al tratamiento con sus propias representaciones de lo que constituyen una amenaza para la salud, por lo tanto planifican y actúan en función de esas representaciones y temores, influenciando así la adherencia terapéutica, especialmente en aquellas intervenciones orientadas a modificar los hábitos y los modos de vida (3, 52, 55).

Con frecuencia, los conocimientos y las prácticas difieren entre el equipo de salud y los pacientes, debido a la pluralidad de contextos en los que se da el proceso de socialización de ambos. Estas diferencias se manifiestan cuando las creencias y las expectativas de los pacientes se confrontan con las del personal de salud, interfiriendo en la confianza y adherencia al proceso terapéutico (56).

En el caso específico de la alimentación, las personas poseen prejuicios y creencias fuertemente arraigados, en torno a las propiedades relativas de los alimentos, muchos de estos sin un aval científico, los cuales han sido transmitidos de una generación a la otra sin profundo cuestionamiento. Estos aspectos influyen fuertemente en las elecciones alimentarias, por lo cual deben ser considerados al momento de planificar cambios en los hábitos alimentarios.

- el **nivel de motivación**, no todas las personas tienen la misma disposición para llevar adelante, de manera interesada y voluntaria, los cambios propuestos en el tratamiento. Los niveles de motivación pueden fluctuar a lo largo del proceso de adherencia influyendo sobre la capacidad

de las personas para seguir su tratamiento.

Para reflexionar

“Primero que nada quiero seguir viviendo, yo pienso que es lo fundamental para querer cuidarse y superar los problemas de la enfermedad.”

“Cuando recién me diagnosticaron la enfermedad yo estaba muy motivado, seguía la dieta, hacía ejercicio y tomaba la medicación, pero con el tiempo me fui desanimando y ya no sigo tanto el tratamiento.”

La motivación de la persona es un elemento clave que distingue el cumplimiento de la adherencia, ya que favorece la participación voluntaria del individuo en el seguimiento de las medidas terapéuticas y en el acuerdo conjunto con el trabajador de salud sobre las mismas. Para que esto ocurra la persona debe estar debidamente motivada, de manera que se involucre y participe activamente de su autocuidado (3, 20, 57).

La adherencia inicial no asegura que esta se mantenga a largo plazo, existiendo una alta probabilidad que esta disminuya con el transcurso del tiempo o que existan variaciones en la medida en que son seguidos los distintos componentes del tratamiento. La motivación de las personas para adherir al tratamiento no se comporta de forma lineal, sino que sufre fluctuaciones a lo largo de sus vidas, en función de la variabilidad de los distintos determinantes; reflejando el carácter dinámico del proceso de adherencia a lo largo del tiempo (3, 52).

El Modelo Transteórico del Cambio establece que las personas transitan por diferentes etapas en función de los distintos niveles de motivación que estas poseen para el cambio de conductas. Este modelo asume que el cambio conductual es un proceso que va transcurriendo por etapas, a medida que la motivación de las personas para el cambio se incrementa (58).

Según este modelo, se identifican seis etapas: precontemplación (la persona no es consciente del problema de salud o no ha pensado en la necesidad del cambio), contemplación (la persona es consciente del problema y manifiesta su intención de cambiar en los próximos seis meses), preparación para la acción (la persona tiene la intención de tomar medidas y actuar dentro del próximo mes), acción (la persona lleva adelante un plan de acción específico para modificar el comportamiento), mantenimiento (continúa con las acciones de cambio de comportamiento en el tiempo), terminación (la persona alcanza un cambio sostenible) (58). Las características de cada etapa de cambio, son útiles para la toma de decisiones al momento de planificar las intervenciones individuales para el tratamiento nutricional, este hecho le exige al personal de salud, estar atento a los niveles de motivación de las personas para orientarlas en las acciones necesarias.

- el **estrés psicosocial**; en muchas ECNT el estrés está presente en todos los momentos de la enfermedad, debido al carácter crónico e incapacitante de la misma y la complejidad de su tratamiento.

Para reflexionar

“En este momento estoy muy estresado, vivo apurado, siempre estoy pensando que me tengo que ir a trabajar, entonces no me cuido con las comidas, como lo más rápido o lo que hay en mi casa.”

“Ahora tengo una vida más tranquila, tengo tiempo para hacer gimnasia y para prepararme los alimentos que tengo que comer; tengo más ánimo para hacer las cosas; antes cuando trabajaba tenía mucho estrés y no me cuidaba.”

El estrés y los problemas emocionales, también se correlacionan con la adherencia terapéutica, los elevados niveles de estrés han sido asociados con una adherencia terapéutica deficiente. En este sentido, la reducción del estrés facilita el seguimiento del tratamiento, asociado a las mayores posibilidades que ofrece su contexto social para adaptar el tratamiento a la vida cotidiana.

- la **percepción de susceptibilidad ante la enfermedad y la gravedad de la misma**, guardan una relación directa con las tasas de adherencia, siendo esta mayor cuando mayor es la susceptibilidad o gravedad percibida.

Para reflexionar

“Cuando me diagnosticaron la Diabetes me acordé de mi madre y de mi abuela, ellas fueron diabéticas; es una enfermedad grave que no tiene un buen final.”

“No siento dolor de nada, no me cae mal nada y nunca estuve grave por la enfermedad; por eso creo que me cuesta tanto tomar conciencia de la importancia del tratamiento.”

“Sigo la dieta, tomo la medicación y cuando puedo salgo a caminar; yo me cuido porque tengo miedo a que me pase algo más grave.”

El Modelo de Creencias en Salud, establece que la elevada percepción de las personas sobre: la gravedad de la enfermedad, los riesgos que esta implica para la salud (susceptibilidad), los beneficios de la acción emprendida ante esta y la autoeficacia; junto con una menor percepción de las barreras, favorecen la adopción de conductas de salud (46).

Este modelo utiliza la amenaza como motivación, estableciendo que las personas que se sienten amenazadas por una enfermedad (vulnerabilidad personal) y que consideran de gravedad a la misma, tiene una mayor disposición para actuar (46).

Si bien este modelo no se ha considerado muy efectivo para explicar el comportamiento frente a enfermedades crónicas relacionadas con la dieta, cuyas consecuencias son distinguidas a largo plazo, en muchos casos, la presencia de complicaciones relacionadas con la enfermedad puede actuar incrementando la percepción de gravedad y susceptibilidad personal (45).

- la **percepción de autoeficacia**, esta se define como la percepción que poseen las personas acerca del control que tienen sobre las conductas a seguir, y de sus propias capacidades para llevar adelante una conducta con éxito. Esta es identificada como un factor influyente en el proceso de adopción o modificación de conductas por Albert Bandura en la Teoría del Aprendizaje Social (59).

Para reflexionar

“Nunca pude seguir la dieta, no tengo fuerza de voluntad, por más que yo quiera no puedo.”

“No tengo ningún problema con el tratamiento nutricional, mi familia se hace su comida y yo como lo mío; ya me acostumbré, sé lo que tengo que hacer y lo que no, sé lo que puedo comer y lo que no.”

“En el momento que tuve que empezar a hacer dieta para bajar de peso no tuve inconvenientes;

yo me cocino para mí y mis hijos se preparan lo de ellos. No tengo problema, siempre tuve poder de decisión y cuando me decido a hacer algo, lo hago.”

La escasa percepción de autoeficacia se ha asociado con bajos niveles de adherencia; contrariamente una alta autoeficacia percibida se relaciona con pensamientos y aspiraciones positivas sobre la realización de la conducta, menos estrés, menos ansiedad y percepción de amenaza, junto con una adecuada planificación del curso de acción y anticipación de buenos resultados (59).

En el primer ejemplo presentado, la baja percepción de autoeficacia se manifiesta mediante una escasa apreciación por parte de la persona, de sus habilidades para obtener un cambio mediante sus propias acciones, constituyendo un obstáculo para la adherencia terapéutica.

En oposición, en los dos ejemplos siguientes, las personas relataron su capacidad de llevar adelante el tratamiento nutricional, desarrollando estrategias que permiten su acomodación en el contexto de sus vidas cotidianas, desestimando las dificultades o empeñando su voluntad para la superación de las mismas, reflejando de esta manera su alta autoeficacia.

En el caso específico del tratamiento alimentario-nutricional, los **hábitos alimentarios previos** de la persona, se han identificado como influyentes en la adherencia al mencionado tratamiento.

Para reflexionar

“Se me hace difícil seguir la dieta porque desde niña fui acostumbrada a comer mucho, por ejemplo, yo me sirvo un plato de comida y me parece que es muy poco, es como miserable, entonces no repito pero me sirvo un plato bien grande.”

“A mí me cuesta seguir el tratamiento nutricional porque yo estaba acostumbrada a ir a la heladera y comer de todo: manteca, dulces, refrescos y mucho pan; no me importaba nada, yo abría la heladera y estaba siempre comiendo.”

“A mí, el tratamiento nutricional de la Diabetes no me cambió en nada mi alimentación porque siempre comí muy sano. Los vegetales me gustan mucho, no hay verdura que no me guste, no me interesa que sea invierno o verano, como todos los días.”

Los hábitos alimentarios previos poco compatibles con los cuidados exigidos por el tratamiento alimentario-nutricional, constituyen un obstáculo para la adherencia. Los hábitos alimentarios determinan el qué comer y cómo comer en las personas, bajo la influencia de factores económicos, psicológicos y socioculturales; reflejando las formas de adaptación del hombre a su contexto, convirtiendo así a estas prácticas en una parte integral su vida. Por lo tanto, la necesidad biológica del cambio que impone el diagnóstico de la enfermedad, no siempre es una condición poderosa para favorecer el mismo. Esto conduce a limitaciones en la modificación y mantenimiento de las nuevas conductas alimentarias, debiendo estas ser aprehendidas y adaptadas a su contexto cotidiano por las personas (51, 54).

Contrariamente, las prácticas alimentarias previas concordantes con el tratamiento nutricional, favorecen la adherencia terapéutica. Los hábitos alimentarios son prácticas cotidianas para las personas, que se las conoce y se las domina, confiriendo seguridad a aquellos que las practican. Estas prácticas son mantenidas ya que son agradables, cómodas o satisfacen alguna necesidad, ya sean estas propiedades reales o percibidas por aquella persona que la práctica (60). Frente a las elevadas exigencias que imponen el tratamiento alimentario-nutricional de muchas patologías, la posibilidad de mantener las prácticas alimentarias adquiridas a lo largo de la vida,

contribuye a la simplificación de tratamiento y le otorga la persona mayor una confianza para su autocuidado.

Otros de los aspectos que han sido vinculados a las bajas tasas de adherencia son: el mal entendido de las instrucciones de tratamiento o su olvido; la escasa asistencia a las entrevistas de seguimiento; la desesperanza y los sentimientos negativos; la frustración con el personal asistencial; el temor de la dependencia; la ansiedad sobre la complejidad del régimen de tratamiento y el sentirse estigmatizado por la enfermedad. La falta de aceptación de la enfermedad. Todos estos factores han sido especialmente significativos en aquellas intervenciones orientadas a modificar los hábitos y los modos de vida, como es el caso del tratamiento alimentario-nutricional (3).

9.6 Condiciones que favorecen la adherencia

Las intervenciones destinadas a mejorar los niveles de adherencia deben estar dirigidas a la simplificación del tratamiento, la promoción de la participación familiar y los refuerzos conductuales (61). En este sentido, la literatura señala los beneficios de desarrollar intervenciones multifacética orientadas a las personas que requieren del tratamiento, los trabajadores de la salud, los modelos de atención sanitaria y la propia comunidad.

Las acciones sugeridas tendientes a mejorar la adherencia en las **personas** son:

- Proporcionar información, considerando que esta es una condición necesaria pero no suficiente para promover el cambio de conducta.
- Favorecer la participación activa en su tratamiento, otorgándole la responsabilidad del cuidado de su salud e incorporándolo en la toma de decisiones.
- Evaluar en cada caso en particular, al momento del diagnóstico y a lo largo del acompañamiento del proceso terapéutico, la influencia de los distintos condicionantes dinámicos, promoviendo estrategias individualizadas destinadas a incrementar los niveles de adherencia. Es importante dedicar el tiempo a la identificación y análisis de estos condicionantes, de modo de considerar su influencia y la etapa respecto a la enfermedad en que se encuentra la persona, tratando de proponer estrategias realistas y posibles, hecho que redundará en la mayor efectividad de las mismas.
- Orientar el desarrollo de conocimiento, actitudes y habilidades necesarias para seguir el tratamiento, fomentando sus sentimientos de autoeficacia. En este sentido, en relación a la adherencia al tratamiento alimentario-nutricional, la Educación Alimentaria Nutricional (EAN) cumple un rol fundamental. Esta es entendida como la combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar la adopción voluntaria de conductas alimentarias y otras conductas relacionadas con la nutrición, que conduzcan a la salud y el bienestar (62).
- Hacer partícipe a la **familia** o personas cercanas al paciente, proporcionándoles información, entrenamiento y apoyo. Como se mencionó anteriormente, la familia constituye un sistema al cual pertenece la persona que debe seguir el tratamiento alimentario - nutricional, donde todos sus integrantes interactúan entre sí mediante vínculos de interdependencia, influyendo unos sobre los otros. Por lo tanto, las condiciones que establece la familia para el proceso de adherencia serán decisivas en el éxito del mismo.
- Prevenir recaídas asegurando que el seguimiento provoque recompensas, considerando la toma de decisiones del paciente, desarrollando habilidades de afrontamiento (52).

Las acciones dirigidas al **personal sanitario** deben estimular el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la valoración y el acompañamiento del proceso de adherencia de las ECNT.

La atención alimentaria-nutricional se debe basar en un modelo “bio-sico-social” integrador, estimulando la participación activa de la persona en su autocuidado, con autorresponsabilidad. El Licenciado en Nutrición debe asumir un rol orientador en el proceso de adherencia de cada persona, promoviendo una relación de colaboración activa, basadas en la comunicación y el

respeto mutuo. Contrariamente, se deberá evitar las acciones asistencialistas centradas en la enfermedad, con una actitud paternalista ante el sujeto, las cuales fomentan el vínculo asimétrico entre el trabajador de salud y este.

Es importante también el desarrollo de habilidades comunicativas en el personal de salud, de modo que este pueda llevar adelante un estilo de comunicación efectiva, que favorezca el entendimiento de la información transmitida, evitando excesivos tecnicismos, usando un lenguaje claro y sencillo, presentando ejemplos vinculados a la vida cotidiana de las personas.

Por último, en virtud de la multicausalidad de esta problemática de salud, se debe favorecer el abordaje multidisciplinario de estos tratamientos, asegurando la atención integral de las personas. Para ello se deberán desarrollar acciones coordinadas con los distintos integrantes del equipo de salud, en función de las necesidades emergentes de cada caso.

Con respecto a las intervenciones sobre la propia **comunidad**, debe orientarse a aquellos determinantes ambientales y sociales que influyen sobre el comportamiento de autocuidado de los pacientes, entre ellos los determinantes económicos (3). En este sentido, es necesario la existencia de políticas públicas que promuevan las condiciones ambientales necesarias para llevar adelante los cambios de comportamientos vinculados con la alimentación.

Recuerda:

Debido a la naturaleza multifactorial y dinámica del proceso de adherencia terapéutica, las acciones destinadas al incremento de la misma, deben ser enfocadas a la persona y su contexto, así como al equipo de salud, considerando la variabilidad en el tiempo de los factores condicionantes aportados por estos.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Organización Mundial de la Salud; Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud; 2004.

(2) Chopra Mickey, Glabraith Sarah, Darton-Hill Ian. "A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition". Bulletin of the World Health Organization 2002, 80 (12).

(3) Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la Acción. Washington DC: Organización Mundial de la Salud; 2004. Disponible en: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

(4) Ferrer V. "Adherencia a" o "cumplimiento de" prescripciones terapéuticas y de salud: concepto y factores psicosociales implicados". Revista de Psicología de la Salud 1995;7(1).

(5) Hernández JL, Acosta F, Pereira J. Adherencia Terapéutica. Generalidades. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria. 2009; 9 (1): 12-28.

(6) Martín Alfonso Libertad. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2006 Sep [citado 2013 Ene 24]; 32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662006000300013&es

(7) Lerman I , Lozano L , Villa AR , Hernández-Jiménez S , Weinger K ; Caballero AE et al. Los factores psicosociales asociados con la diabetes pobre autogestión de la atención en un

- centro especializado en la Ciudad de México. *Biomedicina y Pharmacothérapie* (París). 2004; 58 (10): 566-70.
- (8) Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Terapia Psicológica* (Chile). 2011; 29 (1): 5-11.
- (9) Alayón A, Mosquera M. Adherencia al tratamiento basado en comportamientos en pacientes diabéticos. *Rev de Salud Pública* (Colombia). 2008; 10 (5): 777-787.
- (10) Froján M, Rubio R. Análisis discriminante de la adhesión al tratamiento en la diabetes insulín dependiente. *Psicothema* (España). 2004;16 (4): 548 – 554.
- (11) Araneda M. Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 1, durante la Adolescencia. Una Perspectiva Psicológica. *Rev Chil Pediatr*. 2009; 80 (6): 560-569.
- (12) Villalobos A, QuIrós D, León G, Bernes J. Perspectiva en psicología. *Rev Diversitas* (Costa Rica). 2007; 3 (1): 25-36.
- (13) Broadbent E, Donkin L, Stroh J. Illness and Treatment Perceptions Are Associated With Adherence to Medications, Diet, and Exercise in Diabetic Patients *Diabetes Care*. 2011;34:338-340.
- (14) Moreau A, Aroles V, Souweine G, Flori M, Erpeldinger S, Figon S, et al. Patient versus general practitioner perception of problems with treatment adherence in type 2 Diabetes: from adherence to concordance. *Eur J Gen Pract*. 2009; 15 (3): 147-53.
- (15) American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2009. *Diabetes Care*. 2009; 32 Suppl 1: 13-61.
- (16) Lancheros Páez L, Pava Cárdenas A, Bohórquez Poveda A. Identificación de la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en un grupo de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas en la Asociación Colombiana de Diabetes. *Dieta* (Bs.As.). 2010; 28 (133):17-23.
- (17) Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Snoek FJ, Matthews DR, Skovlund SE. Psychological problems and barriers to improved diabetes management results of the Cross National Diabetes, Attitudes Whishes and Needs Whishes and Needs (DAWN) Study. *Diabet Med*. 2005;22:1379-85.
- (18) Amaral A, Cruz R, Rocha C, Lopes D. Therapeutic adherence in diabetes mellitus: a psychosocial analysis. *European Psychiatry*. 2010; 25: 865-865.
- (19) Martín L, Grau J. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud* (México). 2004; 14 (1): 89-99.
- (20) Martín Alfonso Libertad. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en la Internet]. 2004 Dic [citado 2013 Ene 24]; 30(4):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662004000400008&lng=es..

- (21) Murata G, Shah J, Duckworth W, Wendel C, Mohler MJ, Hoffman R. Food Frequency Questionnaire Results Correlate with Metabolic Control in Insulin-Treated Veterans with Type 2 Diabetes: The Diabetes Outcomes in Veterans Study. *J Am Diet Assoc.* 2004; 104:1816-1826.
- (22) Patton. S. Adherence to Diet in Youth with Type 1 Diabetes. Review. *Am Dietetic Ass.* 2011;111:550-555.
- (23) The Diabetes and Nutrition Study Group (GSEDNu). Trial: adherence to the ADA nutritional recommendations, targets of metabolic control, and onset of diabetes complications. A 7-year, prospective, population-based, observational multicenter study. *J Diabet Complications.* 2006; 20: 361-366.
- (24) Rivellese AA, Boemi M, Cavalot F, Costagliola L, De Feo P, Miccoli R, et al. Dietary habits in type II diabetes mellitus: how is adherence to dietary recommendations?. *European Journal of Clinical Nutrition.* 2008; 62: 660–664.
- (25) Bortsov A. Correlates of Dietary Intake in Youth with Diabetes: Results from the SEARCH for Diabetes in Youth Study. *J Nutr Educ Behav.* 2011;43:123-129.
- (26) Okolie U, Ehiemere I, Ezenduka P, Ogbu S. Contributory Factors to Diabetes Dietary Regimen Non Adherence in Adults with Diabetes. *World Academy of Science, Engineering and Technology.* 2010; 69:734-741.
- (27) Ahlgren S, Shultz J, Massey L, Hicks B, Wysham C. Development of a preliminary diabetes dietary satisfaction and outcomes measure for patients with type 2 diabetes. *Quality of Life Research.* 2004; 13: 819–832.
- (28) Albarran N, Ballesteros M, Morales G, Ortega M. Dietary behavior and type 2 Diabetes care. *Patient Education and Counseling.* 2006; 61: 191–199.
- (29) Sacova M, Miller C. Food Selection and Eating Patterns: Themes Found among People with Type 2 Diabetes Mellitus. Department of Nutrition & Foodservice Systems, University of North Carolina at Greensboro. *JNE.*2001; 33:224–233.
- (30) García de Alba J, Salcedo AL, López I, Baer RD, Dressler W, Weller SC. “Diabetes is my companion”: Lifestyle and self-management among good and poor control Mexican diabetic patients. *Social Science & Medicine.* 2007; 64: 2223–2235.
- (31) Troncoso C, Sotomayor M, Ruiz F, Zúñiga C. Interpretación de los conocimientos que influyen en la adherencia a la dietoterapia en adultos mayores con DM2 de una comuna rural. *Rev Chilena Nutr.* 2008; 35(4):421-426.
- (32) Sacova M, Miller C. David A. Food Habits Are Related to Glycemic Control among People with Type 2 Diabetes Mellitus. *J Am Diet Assoc.* 2004;104: 560-566.
- (33) Martín Alfonso, Libertad. “Aplicaciones de la psicología en el proceso de salud enfermedad”. *Rev Cubana Salud Pública,* jul.-sep. 2003, vol.29, no.3.
- (34) Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas.

Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003, 916.

(35) Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. *Compliance in health care*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1979.1-7.

(36) Julius RJ, Novitsky MA, Dubin WR. Medication adherence: A review of the literature and implications for clinical practice. *J Psychiatr Pract*. 2009;15:34-44.

(37) Marguiles S, Barber N, Recoder;M. VIH – Sida y “Adherencia” al tratamiento. Enfoques y perspectivas. *Antípoda (Bs As)*. 2006; (3):281-300).

(38) Di Matteo MR, Di Nicola DD. *Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioners role*. New York: Pergamon Press; 1982.

(39) Hentinen M, Kyngäs H: Diabetic adolescents’ compliance with health regimes and associated factors. *Int J Nurs Stud* 1996; 33 (3): 325-37.

(40) Haynes RB. *Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment*. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press; 1979.

(41) Rand CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *American Journal of Cardiology*, 1993, 72:68D-74D.

(42) Silva, Germán; Galeano, Esmeralda; Correa, Jaime. “Adherencia al tratamiento: implicaciones de la no-adherencia”. *Acta Médica Colombiana*, octubre – diciembre 2005, vol.30, no.4.

(43) Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y control de enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud. 47º Consejo Directivo, 58ª Sesión del Comité Regional; 2006.

(44) Ortiz, M.; Ortiz, E. Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. *Rev Med Chile [revista en Internet]* 2005; 133:307-313.

(45) Salleras L. La modificación de los comportamientos en salud. En: Salleras L. *Educación Sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos S.A; 1985.p. 96-138.

(46) Rosenstock MI. Health belief model: explaining health behavior through expectancies. In: Glanz K, Lewis F, Rimer B, eds. *Health behaviour and health education: Theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass; 1990.p.161-186.

(47) Lo R. Correlates of expected success at adherence to health regimen of people with IDDM. *J Adv Nurs*. 1999; 39:418-424; Portilla del Cañal L, Seuc Jo C. Patrones de apoyo social en pacientes diabéticos. *Avances en Diabetología (Sociedad Española de Diabetes)*. 1998; 14(2):86-90.(48) Granados E, Escalante E. *Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus*. Argentina: Universidad del Aconcagua; 2010.

- (49) Castellá, J. Paradigma Ecológico en la psicología comunitaria: del contexto a la complejidad. En Saforcada, E. Castellá, J. Enfoques conceptuales y técnicos en psicología comunitaria. Paidós. Buenos Aires; 2008.p. 27-47.
- (50) Lema S. Aspectos emocionales en juego en las situaciones de enfermedad. En: Lema S, Gustavino P. Herramientas para favorecer la adherencia del paciente al tratamiento. Buenos Aires: Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas; 2011.p.1-32.
- (51) Aguirre P. Estrategias de consume: qué comen los argentinos que comen. Buenos Aires: Centro Interdisciplinario para el estudio de Políticas Públicas; 2005.
- (52) Ortego Maté M, López González S, Álvarez Trigueros M. La adherencia al tratamiento. Ciencias Psicosociales I. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2007.
- (53) Rosón M I. El plan de alimentación para el paciente con DBT1. En: Rosón MI. Con-teo de Hidratos de Carbono. Atención Nutricional del Paciente con Diabetes tipo 1.2da. ed. Akadia. Buenos Aires; 2010.p.67-86.(54) Contreras J. Compilador. Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres. Barcelona: Publicacions Universitat; 1995.
- (55) Greene HW, Simons-Morton BG. Determinantes internos de la conducta. En: Greene HW, Simons-Morton BG. Educación para la salud. México: Interamericana Mc Graw Hill; 1988.p. 151-180.
- (56) Alarcón A M, Vidal A, Neira Rozas J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Méd Chile. 2003; 131: 1061-1065.
- (57) Lema S, Gustavino P. Estilos de Abordaje Nutricional. En: Lema S, Gustavino P. Her-ramientas para favorecer la adherencia del paciente al tratamiento. Buenos Aires: Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas; 2011.p.2-54.
- (58) Prochaska JO, Di Celmente CC. Stages and processes of self-change of smoking: To-ward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1983; 51(3):390-395.
- (59) Bandura A. Autoeficacia: como enfrentamos los cambios de la sociedad. Bilbao: De-sclé De Brouwer; 1999.
- (60) Aguirre P. Ricos flacos y gordos pobres: la alimentación en crisis. Buenos Aires: Cap-ital Intelectual; 2010.
- (61) Sánchez O. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud (Toledo). 2005; 29(2):40-48.
- (62) Navarro A, Cristaldo P. Los Fundamentos del quehacer Educativo. En: Navarro A, Cristaldo P. Hacia una didáctica de la Nutrición. 2ªed. Córdoba: Universitat;2003.p.9-42.

10 — Ética, Antropología de la Alimentación y Educación

María del Huerto Nari

10.1 Presentación

La finalidad de este capítulo es reflexionar sobre la importancia de la alimentación en la vida de las personas, desde la convicción de que no es suficiente conocer lo que comemos sino también en que circunstancias se produce el consumo, por qué y cuáles son las principales consecuencias biológicas, afectivas y sociales. Esta comprensión holística es fundamental para responder eficazmente -desde diferentes intervenciones interdisciplinarias- a los problemas alimentarios y nutricionales de la sociedad, el no hacerlo de esta manera, explicaría el fracaso de una educación alimentaria centrada exclusivamente en los aspectos nutricionales, cuando la nutrición es tan sólo uno entre los muchos condicionantes del comportamiento alimentario.

A partir de la experiencia sistematizada de años de trabajo en este campo, planteamos la necesidad de enfocar una educación alimentaria que relacione en su práctica todos los complejos y profundos significados inherentes al hecho alimentario, aspectos que constituyen el contenido de este capítulo.

Creemos que es necesario reflexionar sobre lo que comemos y cómo lo comemos, pues de acuerdo con P. Aguirre (2004) el hecho de que debamos comer para vivir no garantiza que podamos comer ni que sepamos comer ni que queramos comer. Los invitamos a abordar este desafío desde una perspectiva muy particular, la que proviene de los aportes de la ética y de la antropología de la alimentación.

La combinación de estos dos conceptos tal vez nos produzca sorpresa y cierto desconcierto ¿realmente tienen algo que ver uno con el otro? ¿cómo se relacionan entre sí y éstos con la educación alimentaria?. Para responder a estas preguntas comenzaremos por presentar brevemente cada uno de ellos para luego desarrollar algunos de sus interesantes puntos de encuentro.

La palabra ética procede del griego “ethos”, que significa “morada”, “lugar en donde se habita”; posteriormente pasó a significar el “carácter” o “modo de ser” que una persona o grupo va adquiriendo a lo largo de su vida. El término moral procede del latín “mos, moris”, que significa “costumbre”, pero que luego pasó a significar lo mismo que el término ética, es decir, “carácter” o “modo de ser”. De esta manera, etimológicamente, ética y moral tienen un significado similar, se refieren al modo de ser adquirido como resultado de llevar a la práctica costumbres o hábitos considerados buenos.

El uso de los términos ética y moral como sinónimos está muy extendido, y hace referencia, de acuerdo con A. Cortina (2001) al conjunto de principios, mandatos, prohibiciones, patrones de conducta, valores e ideales de vida buena que en su conjunto conforman un sistema más o menos coherente, propio de un colectivo humano en una determinada época histórica que refleja una determinada forma de vida.

La ética trata de la formación de los hábitos que nos vamos forjando día a día y del carácter que vamos configurando desde esos hábitos. Quien se vaya labrando un buen carácter, una buena morada, aumentará la probabilidad de lograr una buena vida.

Por otra parte, labrar el carácter no sólo depende de la voluntad de cada uno, pues nadie elige nacer en determinado tiempo histórico, país, barrio o familia ni con determinadas características genéticas. Cortina (2013) se refiere a ésto como la lotería natural y social que nos toca en suerte y que nos sigue acompañando a lo largo de la vida: las personas que nos encontramos, las circunstancias que vivimos, la salud o la enfermedad. Por eso decimos que nuestra libertad es una libertad condicionada por limitaciones y oportunidades, desde las que seguimos construyendo nuestra historia vital con decisiones concretas que van forjando el carácter o los modos de vida.

A su vez quién busca labrarse un buen carácter aumenta las posibilidades de ser feliz, porque disfruta de las buenas acciones que son valiosas por sí mismas, porque aprovecha mejor los dones que recibe y porque sabe convertir los problemas en oportunidades de crecimiento.

De eso tratan la moral y la ética dice Cortina (2013) “de este auténtico modo de vivir del hombre, que es su morada, su forma de habitar, el de intetar adueñarse de sí mismo y anticiparse a la fortuna para marcar el curso de los acontecimientos. A esto se llama en ocasiones vivir de forma proactiva, ganando el futuro, y no reactiva, dejándose comer por acontecimientos que no están en nuestras manos, en algunas ocasiones porque es imposible preverlos, en otras, porque les hemos dejado llegar con nuestro modo de vida”.

La antropología por su parte, trata de los aspectos biológicos y sociales de los humanos y dentro de esos aspectos está su cultura alimentaria. De acuerdo con P. Aguirre (2006) la antropología alimentaria estudia la importancia de la comida en el proceso de hacernos humanos junto al conocimiento de lo que comemos y el lugar que la alimentación ocupa en la definición misma de nuestra identidad.

Cada sociedad, cada cultura tiene su propia identidad alimentaria y nos proporciona normas sobre los alimentos y las formas de consumirlos, lo que según J. Contreras (1992), está condicionado por creencias que pautan lo que es bueno o no para el cuerpo, la salud o el alma.

Por medio de los alimentos y de las múltiples formas de preparar las comida, se pueden transmitir sentimientos, pensamientos, valores y actitudes como una manera esencialmente humana de comunicarnos. Por eso, cuando nos alimentamos a través del poder evocador de los alimentos, decimos que nutrimos nuestro cuerpo y nuestro espíritu.

Volvemos entonces a la cuestión inicial ¿qué relación o puntos de encuentro existen entre ética y antropología de la alimentación? ¿Qué pueden ambos aportar a nuestro enfoque de la educación alimentaria?

Como forma de ilustrar esta relación creemos oportuno recordar la lección de un jefe indígena que contaba a sus nietos cómo en las personas hay dos lobos, el del resentimiento, la mentira y la maldad y el de la bondad, la alegría, la misericordia y la esperanza.

Terminada la narración uno de los niños preguntó: ¿cuál de los lobos crees que ganará?

Y el abuelo contestó: el que alimenteis...

10.2 Somos lo que comemos

Con este título nos interesa desarrollar uno de los puntos de encuentro entre la ética y la antropología de la alimentación: el de la identidad. Así lo decía la célebre afirmación del magistrado y gastrónomo Brillat-Savarín (1755-1826) “dime lo que comes y te diré quién eres” o la del filósofo L. Feuerbach (1804-1872) “el hombre es lo que come”, que hoy se han popularizado en el dicho “somos lo que comemos” y que nos están indicando la estrecha relación entre el ser y el comer. El origen de estos pensamientos tiene sus fundamentos en la propia cultura, es decir en nuestro modo de vida; ya que “somos lo que comemos” en términos de identidad.

Entendemos la identidad cultural como un sentimiento de pertenencia a un grupo humano, como lugar de encuentro en donde los sujetos percibimos afinidades con nuestros semejantes. La alimentación permite recrear la idea de comunidad a través de determinados alimentos que significan pertenencia cultural, intersubjetividad y remiten a un nosotros.

Al elegir y preparar nuestros alimentos expresamos una forma de ser y una determinada concepción del mundo.

Desde esta perspectiva, definimos a la alimentación como un proceso de selección de alimentos, fruto de las disponibilidades del entorno y de los aprendizajes sociales e individuales en cuya base está la cultura. Aprendizaje que se inicia en la infancia, continua hasta la edad adulta y se transmite generación tras generación, de aquello que valoramos como “bueno” o “malo” en nuestra alimentación y que acaba por convertirse en un aspecto central de nuestra personalidad, con efecto sobre lo que comemos, sobre la manera de preparar los alimentos o sobre las personas con las cuales los comemos.

Este aprendizaje social y cultural de la alimentación ayuda a comprender por qué los alimentos que están disponibles para determinados grupos humanos, no siempre son considerados comestibles por tales, pero si pueden serlo para otros.

En esta línea, Farb y Armelagos (1985) afirman que el apetito cultural no tiene nada que ver con los procesos digestivos. Concepto que retoman Contreras (1992) y Aguirre (2006) al decir que las sustancias comestibles para ser consideradas “alimentos” por los seres humanos, necesitan algo más que la capacidad del organismo para ser metabolizarlas y ponen el ejemplo de un restaurante que expresa la carta de menú en términos de su composición nutricional. De ambos ejemplos de menú y a los efectos de la cercanía cultural optamos por retomar el que plantea Aguirre bajo el título:

¿quién pagaría por esta cena?...

Menú del día

735,5 gr de agua

63,8 gr de proteínas

109,6 gr de hidratos de carbono

67,01 gr de grasas

280 mg de calcio

7,9 mg de hierro

517 mg de sodio

11,97 mg de zinc

2203 mg de potasio

6,4 gr de fibras

0,52 mg de tiamina

1,2 mg de riovflavina

9,4 mg de niacina

60,7 mg de vit. C

341,6 mcg de vit. A

y además vit B6, B12, ácido fólico, vit D y E

1400 calorías por persona por sólo 12 pesos

... Aguirre responde: probablemente nadie porque los humanos no comemos nutrientes sino comida.

El mismo menú, con sus componentes sociales y culturales se transforma en una comida digna de ser elegida:

Menú del día

Tomate relleno con atún y mayonesa
Bife a la plancha
Ensalada de chauchas, zanahoria y huevo
Flan casero con dulce de leche
Pan, vino y café
Por persona 12 pesos

Este planteo ayuda a comprender que comer no depende solamente de la composición química de los alimentos ni de su precio. La comida es mucho más que una combinación de nutrientes elegidos de acuerdo a una racionalidad científica. Comemos lo que comemos no sólo por el valor nutricional de los alimentos, sino porque además valoramos otros aspectos sociales y simbólicos. Al introducir un alimento en la boca por muy sencilla que parezca esta acción ponemos en marcha procesos muy complejos, unos son indiscutiblemente biológicos; pero otros son psicológicos, económicos, ecológicos, culturales o espirituales. Todos ellos están estrechamente interrelacionados y constituyen los condicionantes de nuestro comportamiento alimentario.

En esta misma línea, Contreras afirma que el acto de alimentarse no es una mera actividad biológica pues trasciende la exclusiva necesidad de nutrirse, adquiriendo profundos significados para cada persona en tanto ser individual y social. Al respecto, cita un estudio realizado por Baas, Wakefield y Kolasa (1979) sobre los diversos fines de los alimentos en la sociedad. De una lista de 20 usos mencionados, la mayoría se refiere a fines sociales, culturales o emocionales, uno es estrictamente nutricional y dos hacen referencia a la salud física y mental:

1. Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo
2. Iniciar y mantener relaciones personales y negocios
3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales
4. Proporcionar un foco para las actividades comunitarias
5. Expresar amor y cariño
6. Proclamar la distintividad de un grupo
7. Demostrar la pertenencia a un grupo
8. Hacer frente a stress psicológicos o emocionales
9. Expresar individualidad
10. Significar estatus social
11. Recompensas o castigos
12. Reforzar la autoestima y ganar el reconocimiento
13. Ejercer poder político y económico
14. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas
15. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales
16. Simbolizar experiencias emocionales
17. Manifestar piedad o devoción
18. Representar seguridad
19. Expresar sentimientos morales
20. Significar riqueza

A partir de lo expuesto, podemos afirmar que alimentarse es un comportamiento que se desarrolla más allá de su propio fin, que expresa creencias, valores y costumbres que consideramos “buenas” en nuestras vidas.

Por eso insistimos en la importancia de comprender que los alimentos no se componen sólo de nutrientes sino también de significados, cumpliendo funciones fisiológicas y simbólicas, con repercusiones en la salud física pero también en la mental y anímica. Lo qué comemos y cómo lo

comemos tiene que ver con nuestra búsqueda de bienestar físico, psíquico, social y espiritual y por lo tanto con la construcción ética de quiénes somos, con nuestra identidad y sentido de vida.

10.3 Ética, cultura y decisiones alimentarias

Como ya mencionamos en la presentación de este capítulo, la antropología alimentaria estudia la importancia de los alimentos y de la comida en el proceso de humanización, junto al conocimiento de las decisiones que sobre nuestra alimentación cotidianamente tomamos. Decisiones que de acuerdo con Cortina están condicionadas por la lotería natural y social que nos toca en suerte y que nos sigue acompañando a lo largo de la vida. Es decir, tomamos decisiones sobre lo qué comer, cómo, cuándo, dónde y con quiénes, condicionados por el contexto social y cultural en el que nacimos y vivimos, lo que en esta sesión referimos como cultura alimentaria.

Para Moreno García (2003), la cultura alimentaria abarca desde la producción, distribución, conservación y preparación de los alimentos hasta su consumo. Posee una carga de significados espirituales que están estrechamente vinculados a las creencias, tradiciones, costumbres y valores que se canalizan a través de los alimentos transformándolos en deseables o indeseables.

El mencionado autor plantea que el alimento es un elemento de funcionalidad o disfunción dado que establece la sociabilidad, contribuye a la armonía entre algunos grupos e individuos, representa valores y en algunos grupos o sociedades constituyen un símbolo que representa unidad, tradición y estatus.

Dentro del ámbito de la cultura alimentaria, Douglas (1973) enfatiza el carácter comunicativo de la alimentación y plantea que las comidas simbolizan las relaciones sociales y conforman un sistema de comunicación de determinada estructura social que, según Fischler (1995) constituye una relación estructurada y estructurante porque socializa al individuo desde el punto de vista colectivo.

Podemos poner el ejemplo de los amigos o de las familias que se reúnen para celebrar con comidas, los festejos de cumpleaños en los que nunca debe faltar la torta y las velitas, los negocios que se facilitan y concretan durante almuerzos o desayunos, las bodas que terminan con una fiesta, las ceremonias religiosas en las que se ofrecen comidas en gesto de homenaje y sacrificio y así podríamos seguir enumerando muchos otros acontecimientos que nos convocan a reunirnos en torno de una misma mesa. Nos alimentamos, nos comunicamos, creamos lazos y nos unimos como comunidad, convirtiendo a la comida en lo que Contreras define como signo de fiesta, sociabilidad, hospitalidad, descanso, pero también y como ya lo señalamos anteriormente en actitudes, emociones, sentimientos y conflictos negativos o positivos con los demás.

Por otra parte, la cultura alimentaria ayuda a canalizar la necesidad del ser humano de interpretar el mundo, de buscar sentido y de poner en orden las cosas, por ejemplo a través de categorías de alimentos: saludables y no saludables, buenos y malos, ordinarios y festivos, convenientes y no convenientes. Mediante éstas y otras clasificaciones vamos construyendo normas que rigen la cultura alimentaria.

Este establecimiento de normas y reglas de comportamiento sobre lo que comemos y cómo preparamos los alimentos, característica que sólo se da en los seres humanos, se traduce en la tendencia de hacer juicios morales en relación a la alimentación que a su vez, se traducen en numerosas prescripciones sobre los atributos buenos o malos de los alimentos.

Es así que las decisiones sobre lo qué comer, cómo, cuándo, dónde y con quiénes, también están condicionada por valoraciones, creencias y prohibiciones de diverso tipo, las que pueden provenir de la ciencia, las religiones y del saber popular y las que, a su vez, pueden ser sancionadas por juicios cuyos criterios se han ido transformando durante el largo proceso de civilización. En este sentido es que decimos que la alimentación incluye una postura moral.

También podemos referirnos al estatus moral de los alimentos con fuertes connotaciones

y significaciones para determinados grupos y sociedades, lo que muy bien desarrolla Schmidt-Leukel (2002) poniendo ejemplos provenientes de las diferentes religiones en el mundo.

Desde esta perspectiva, entendemos que las motivaciones en la selección de los alimentos y las preferencias alimentarias no son “naturales”, ellas nacen como resultado de la interacción social en un contexto cultural concreto. Dice Aguirre “las categorías sociales que dan forma a la sustancia comestible para hacerla comida, están presentes en manera tan silenciosa que no las percibimos y consideramos el comer como un hecho natural. Esta opacidad, esta oscuridad de los fenómenos sociales se produce porque al pertenecer y compartir las categorías, los sistemas de clasificación, las normas, etc. que le dan forma al mundo en que vivimos, a nuestra realidad, parece que tales normas y valores fueran inherentes al funcionamiento de las cosas, que hubieran existido siempre. En la alimentación, las relaciones sociales están siempre presentes, pero tan internalizadas que operan en la oscuridad y paradójicamente cuanto más natural encontramos un fenómeno, es cuanto más ocultas y operantes están las relaciones sociales que lo condicionan”

Por lo tanto, las decisiones que tomamos sobre nuestra alimentación están fuertemente condicionadas en los aspectos presentados, ellas contribuyen a construir una presencia arraigada culturalmente en las estructuras económicas, sociales y políticas en las que se desarrollan. Por otra parte, el acto alimentario al ser un evento situado en un tiempo, en un espacio y en una cultura, es también histórico y por lo tanto transformable. En definitiva, lo que consideramos comer bien está estrechamente relacionado con lo que cada cultura entiende que es vivir bien y ser feliz, lo que se traduce en formas de alimentarnos que valoramos como buenas y que como tal deseamos comunicar a otros. He aquí otro punto de encuentro entre la ética, la cultura y la alimentación.

10.4 Alimentación, ética y “cuidado” del otro

El cuidado es para el filósofo Martín Heidegger (1889-1976) el modo más humano de estar en el mundo con los otros y constituye un aspecto clave para la ética y para la alimentación. La naturaleza del cuidado se describe y explica en tradiciones orales que dan lugar a los mitos y las fábulas. Una de ellas, la fábula de Higinio (64 a C.- 17 d. C):

Cierto día, al atravesar un río Cuidado encontró un trozo de barro y empezó a darle forma. Mientras contemplaba lo que había hecho, apareció Júpiter.

Cuidado le pidió que le soplara su espíritu. Y Júpiter lo hizo de buen grado.

Sin embargo, cuando Cuidado quiso dar un nombre a la criatura que había moldeado, Júpiter se lo prohibió. Exigió que se le pusiera su nombre.

Mientras Júpiter y Cuidado discutían surgió de repente la Tierra. Y también ella le quiso dar su nombre a la criatura, ya que había sido hecha de barro, material del cuerpo de la Tierra. Empezó entonces una fuerte discusión.

De común acuerdo, pidieron a Saturno que actuase como árbitro. Éste tomó la siguiente decisión, que pareció justa:

Tú, Júpiter, le diste el espíritu; entonces, cuando muera esa criatura, se te devolverá el espíritu.

Tú Tierra, le diste el cuerpo; por lo tanto, también se te devolverá el cuerpo cuando muera esa criatura.

Pero como Tú, Cuidado, fuiste el primero, el que modelaste a la criatura, la tendrás bajo tus cuidados mientras viva.

Y ya que entre vosotros hay una acalorada discusión en cuanto al nombre, decido yo: esta criatura se llamará Hombre, es decir hecha de humus, que significa tierra fértil.

En esta fábula, el cuidado aparece en conexión con la concepción misma del Hombre, quién una vez vivo es vigilado por el cuidado mientras permanece en la Tierra.

Cuidar proviene del latín y significa “cura” y se refiere a una actitud de atención, de desvelo, de preocupación en relación con alguien o con algo. Cuidado es: mantener la atención, estar en lo que se está haciendo, no bajar la guardia, estar dispuesto, siempre listo, siempre despierto.

Cortina (2013) plantea el cuidado como un nuevo paradigma de relación con la Tierra, la naturaleza y los seres humanos y lo relaciona con la ética afirmando que la ética nos ayuda a recordar que los seres humanos necesitamos ser cuidados para sobrevivir y que estamos hechos para cuidar de los cercanos, pero también nos ayuda a recordar que tenemos la capacidad de llegar a los lejanos creando “vecindarios nuevos”. No existen personas aisladas, sino sujetos vinculados a sus padres, hermanos, amigos y a su entorno social.

Nacemos vulnerables y dependientes y sin el cuidado de otros no podríamos sobrevivir. La ética del cuidado sirve al niño para sobrevivir durante el período de tiempo en el que no puede valerse por sí mismo, y necesita alimentos, abrigo, protección y amor para poder desarrollarse adecuadamente. Nacemos y lo primero que gustamos es la leche materna, acompañada de amor, afecto, seguridad y bienestar, que constituyen nuestros primeros sentimientos de placer, con ellos iniciamos una asociación entre alimentación y cuidados físicos y afectivos que va a perdurar toda la vida, evocándonos los más profundos recuerdos de la infancia.

La comida vinculada al cuidado adquiere una importancia central en nuestras vidas. Esto también lo entiende así Schmidt-Leukel (2002) y lo argumenta con tres razones. La primera razón es que la comida y la bebida son una fuente de nuestra vida ya que dependemos totalmente de la alimentación para el mantenimiento de nuestra existencia... lo que hace visible la dependencia e interdependencia universal de toda vida: todo lo que vive depende de otros seres vivos para vivir. El ciclo de los alimentos es una forma evidente de esta dependencia universal.

La segunda razón refiere a la preparación de los alimentos como una forma básica de la conformación de la vida y del mundo que es exclusiva de los seres humanos.

Por último señala que la conducta alimentaria humana está ligada en forma muy profunda al carácter social de los seres humanos, es decir que, la conformación de las relaciones sociales tiene una de sus expresiones en cómo, con quién y con qué objetivo social los humanos preparamos los alimentos, los consumimos y los disfrutamos. La mencionada triada: la comida como fuente de vida, la comida como forma básica de conformación de la vida humana y la comida como acto básico social hacen -como el cuidado de unos por los otros-, a la esencia misma de ser humanos y a la construcción ética de los pueblos.

La comida se va forjando en la vida de los seres humanos como fuente de satisfacciones tanto fisiológicas como afectivas y emocionales. En este sentido es interesante retomar el pensamiento de Brillat Savarin “después de una comida bien dispuesta cuerpo y alma gozan de un bienestar particular. Respecto a la parte física, el cerebro se refresca, la fisonomía se dilata, se aumentan los colores, los ojos brillan y un suave calor se siente por todos los miembros. Respecto a la parte moral, se sutaliza el espíritu, se acalora la imaginación, los chistes brotan y circulan. Además alrededor de una misma mesa se encuentran juntas a menudo todas las modificaciones que entre nosotros ha introducido la extremada sociabilidad: amor, amistad, negocios, especulaciones, poder, empeño, protecciones, ambiciones e intrigas; véase por qué los convites de todo tienen; véase por qué producen frutos con toda clase de sabores”.

Los alimentos y las formas cómo los preparamos se transforman así en una clave para expresar nuestro cuidado por los otros. Preparamos los alimentos pensando en los otros, en el bienestar, placer y felicidad que podamos producir a través de las comidas que ofrecemos, lo que sin duda logra resultados que nos sorprenden, lo que muy bien expresara en el siglo I d.C el filósofo Epicteto “algo tan normal como una cena puede realizarse de tal forma que demuestre la amistad y la fraternidad que es posible entre los hombres”

Para finalizar, retomamos la historia del jefe indígena que ante la pregunta de sus nietos sobre el lobo que iba a ganar, les responde “el que alimenteis”. Pues de eso se trata, de alimentar el

cuidado, la compasión y la empatía; de reconocernos mutuamente en nuestra dignidad para llevar adelante una vida buena y feliz.. Se trata entonces de educar en el cuidado desde una perspectiva ética y antropológica de la alimentación.

10.5 Cultura alimentaria y procesos de socialización. Un trabajo de campo

La perspectiva planteada conlleva la responsabilidad ética de repensar nuestras formas de encarar la educación alimentaria. En este sentido, y a modo de ejemplo queremos presentar las conclusiones de una valiosa investigación realizada por Zafra, E. (2011) quien relaciona la cultura alimentaria de niños y adolescentes entre 6 y 16 años con los procesos de socialización a los efectos de encontrar algunos factores en dicho proceso que estén dando respuesta a sus prácticas y actitudes alimentarias.

El interés de la autora por el análisis de los procesos de socialización alimentaria lo fundamenta en varias razones. En primer lugar porque la socialización es el proceso a través del cual el cuerpo es construido en función de normas, valores y necesidades sociales, pero también es el proceso que permiten a los propios sujetos negociar y reinterpretar estas normas. En segundo lugar, por todos los significados que tiene la alimentación a través de los cuales nos expresamos, comunicamos e identificamos.

Los resultados del estudio demuestran que los niños y adolescentes comen no sólo por motivos relacionados con la salud sino por cuestiones ligadas al placer, a la estética, a la economía, a la afectividad, a la identidad, entre otros “hemos visto que la alimentación no solamente participa de y en el desarrollo físico y biológico del niño o la niña, sino también en su construcción corporal e identitaria. Del mismo modo, a través de ella, de la alimentación, sus cuerpos se expresan, poniendo de manifiesto los bienestar o malestares derivados de este proceso de endoculturación. De ahí la importancia de fomentar desde la niñez una alimentación no solamente saludable, sino también culturalmente saludable, que participe y permita que los niños y niñas se construyan saludablemente como personas, no solamente en su estado físico, sino también psicológica y socialmente”.

La autora concluye que enseñar a comer tendría que ser algo más que transmitir conocimientos nutricionales “la educación alimentaria tendría que englobar formas de transmisión-aprendizaje donde la comida se enfocase como forma de expresión, como vehículo de comunicación o integración; aludiendo no solo a la dimensión objetiva o nutricional de la alimentación, sino también a la intersubjetiva, es decir, abordando la cuestión del don, del ritual, de la comensalidad, de la otredad, etc”.

Para ello, debemos enfocar la educación alimentaria desde una perspectiva interdisciplinaria que realmente permita impactar en los motivos que sustentan la diversidad de prácticas y actitudes alimentarias; apostando por un aprendizaje no sólo nutricional, sino también social y emocional. Es decir, en un aprender a vivir que enseñe a valorarse a uno mismo y a los demás, trabajando desde cada uno de los ámbitos de socialización: familia, instituciones educativas, medios de comunicación, industrias de alimentación, responsables políticos, ciudadanos y sociedad en general.

Una forma posible de concretarlo es a través de la escuela, abordando pedagógicamente el comedor y el menú escolar incorporando los aspectos sociales y culturales de la alimentación y fomentando desde edades tempranas actitudes hacia la alimentación como fuente de salud, de placer, de sociabilidad, de afectividad y de comensalidad.

10.6 Algunos recursos didácticos a utilizar

Este enfoque de la educación alimentaria requiere integrar lo corporal, lo emocional, lo social, lo espiritual y lo cultural en el aprendizaje de los niños, contemplando además sus ritmos

internos, momentos y situaciones sociales. Para lo cual proponemos los siguientes recursos didácticos con el objetivo de generar motivación e implicancia afectiva :

- Actividades lúdicas y entretenimientos educativos (juegos de roles, ludo de la alimentación, cartas, rompecabezas, etc.)
- Dibujos animados, títeres y teatro
- Adivinanzas, refranes de alimentos y comidas
- Concurso de pinturas y arte
- Exposiciones y actividades demostrativas
- Cuentos, mitos, leyendas, canciones y poesías
- Comida y Arte

10.7 Cuentos relacionados con la alimentación, los afectos y la transmisión de valores

EL PALOTE

Silvana Ferrer de “Caszacuento”

Todos somos un pedacito de esos cuatro abuelos que nos corresponden. Los míos fueron Mamama, Papo, Tata y abuela Haydee.

Cuando veo un palote no tengo más remedio que recordar a mi abuela Haydee. Como amasaba, como cocinaba, le hacía la reverencia a sus raíces del Piamonte. De ella aprendí y nunca me dio una receta, sólo la miraba, la saboreaba con los ojos y el corazón.

Todavía siento en la nariz el olorcito a pesto cuando machacaba en el mortero hojas frescas de albahaca con ajo, nueces y un trocito de queso parmesano, después regaba todo aquello con un chorro espeso de aceite de oliva. El dulce de membrillo casero era una fiesta, hervía horas y horas en un fuego bien bajito y así se perfumaba toda la casa, pero los preferidos de mi papá eran los capelletis los rellenaba de bondiola bien curada cortada a cuchillo, los cerraba uno a uno sin prisa y sin pausa.

Cuando mi abuelo murió mi abuela se vino a vivir con nosotros - pobre abuela- cinco hermanos más la perra y todos tremendos.

Ella era muy prolija, muy limpia. Su cuarto estaba perfecto, recuerdo su cama con la colcha de crochet hecha por ella y las sábanas de hilo blancas inmaculadas con olor a sol y lavanda. Los muebles con marquetería fina, antiguos pero bien conservados, el ropero con los tres espejos biselados que reflejaban el arco iris y el juego de alfombras que atemperaban sus pasos.

Una tarde mi abuela se emperifolló, se puso un vestido negro se levantó en un moño los pocos cabellos finos y grises que le quedaban, se perfumó con agua de colonia y se fue de paseo... al médico.

Entramos a su dormitorio, le deshicimos la cama, le volcamos una jarra de agua y subimos a la perra que inmediatamente hizo un nido con la colcha blanca de crochet. Le abrimos todas las puertas del ropero, le sacamos los cajones de la cómoda, le arrugamos las alfombras y para completar le colgamos la jaula de la cotorra de la araña de caireles que se mostraba en medio del dormitorio. Cerramos la puerta con la perra adentro y nos fuimos.

Pobre abuela se pasó un mes poniendo el colchón al sol convencida de que la perra le había hecho pichí en la cama. Cuando pasábamos al lado de ella nos miraba torcido y apretaba la boca pero nunca nos delató con mamá, jamás le dijo una palabra.

El tiempo pasó, la infancia quedó atrás y un día de abril de mis 16 años, mi padre nos comunicó que nos íbamos del país.

Mi abuela no quería o no podía venir con nosotros.

La tarde que me despedí de ella nos sentamos en su cama, la de la colcha de crochet blanca, me miró con sus ojos negros y redondos, me acarició la cara muy lento y me dijo "que linda piel que tenés cuidátela" y esa fue la última vez que que vi a mi abuela.

Pero cada vez que agarro un palote, cada vez que amaso y hago pesto yo abuela te saludo a donde estés.

MEDIO KILO DE AZÚCAR

Adaptación de la versión de Elsa Bornemann del cuento de Juan Antonio Laiglesia

Buenas tardes mi querido vecino. Venía a pedirle un favor... El Gnomo Jeromo frunció el ceño. Siempre andaban pidiéndole que si un huevo, que si un poquito de sal, que si una taza de néctar, que si un granito de pimienta... ¡Brrr! Pero... ¿Por qué venían a él, que vivía tranquilamente en su hongo gigante, sin pedir nunca nada a nadie?

_ ¿Qué quieres ahora pequeño? gruñó al ver que el más chiquito de los castores esperaba en el umbral.

_ Mamá está haciendo un pastel y pregunta si usted, que es tan bueno, no me puede prestar un kilo de harina.

El Gnomo Jeromo se llevó las manos al gorro rojo y puntiagudo que tapaba su calva.

_ ¡Nada menos que un kilo de harina! ¿Y cuándo me lo devolverán?

Castorín aseguró que enseguida, en cuanto mamá fuese al mercado el jueves.

A regañadientes, el Gnomo Jeromo se metió en la cocina y salió con el paquete, que era más grande que él. Castorín se lo cargó a la espalda a duras penas, y salió tambaleándose. Pero al poco tiempo volvieron a llamar.

_ Vaya, pensó el Gnomo Jeromo. Éste me viene a devolver la harina. No corría tanta prisa.

Pero Castorín le pidió un huevo, aunque fuese de paloma. Su madre estaba haciendo un pastel...

_ Conque pastel, ¿eh? ¡Brrr!

Por poco, en lugar del huevo, le da un garrotazo.

Pero en ese caso, no podría recuperar nunca el kilo de harina que ya le había prestado. Y le dió el huevo... pero de gorrión. Castorín a pesar de todo se marchó contento. Pero al ratito volvió Ahora pedía una tacita de dulce de frambuesa.

_ También para el pastelito, ¿verdad? ¡Brrr!

Pero si quería recuperar la harina y el huevo, debía tratarlo con amabilidad... y le prestó la tacita de dulce, sólo que en lugar de ser una taza de desayuno fue una taza de café, y en vez de dulce de frambuesa era de ciruela, para que se fastidiaran y les sirviera de escarmiento. Y Castorín se marchó muy contento; pero al cabo de unos instantes, llamó una última vez. Necesitaban para el pastel... ¡medio kilo de azúcar! En el colmo de la desesperación, el Gnomo Jeromo entró en la cocina, pero salió con un paquete de sal y se lo dió a Castorín. No lo notarían y se les estropearía el pastel, por pedigueños.

¡Y el Gnomo Jeromo estaba leyendo, cuando llamaron otra vez!

Ahora era la familia de los castores en pleno. Venían todos juntos a felicitarlo por su cumpleaños, y a regalarle... ¡el pastel!

10.8 Canciones para trabajar en grupos de estudiantes

Las manos de mi madre. Mercedes Sosa.

Las manos de mi madre
parecen pájaros en el aire
historias de cocina
entre sus alas heridas
de hambre.

Las manos de mi madre
saben que ocurre
por las mañanas
cuando amasa la vida
hornos de barro
pan de esperanza.

Las manos de mi madre
 llegan al patio desde temprano
 todo se vuelve fiesta
 cuando ellas vuelan
 junto a otros pájaros
 junto a otros pájaros
 que aman la vida
 y la construyen con los trabajos
 arde la leña, harina y barro
 lo cotidiano
 se vuelve mágico.

Las manos de mi madre
 me representan un cielo abierto
 y un recuerdo añorado
 trapos calientes en los inviernos
 Ellas se brindan cálidas
 nobles, sinceras, limpias de todo
 ¿cómo serán las manos
 del que las mueve
 gracias al odio?

Mi país. Ruben Rada

Hoy puedo ver todo lo bueno que hay aquí
 y admirar las tradiciones que hacen grande a mi país
 como uruguayo quiero ser parte de ti
 recorrer todas tus playas, tus costumbres, tu perfil
 tomarme un mate, bizcochar, chistarle al guarda
 ir al bar por unos trucos
 y soñar con ser campeón.

Hoy puedo amar, puedo cantar, puedo reír
 respirar tu primavera hasta que el jazmín
 con tortas fritas cantare bajo la lluvia
 porque ya lo dice el dicho: siempre que llovió, paró.

Gracias a vos hermosa tierra
 la murga ensaya hoy para salir
 y en el zaguán besar la novia
 que un día dará hijos al país
 y el tamboril ira con sus candombes
 llenando de poesía mi país
 la murga ensaya hoy para salir.

10.9 Refranes y dichos populares vinculados con la alimentación

Se solocitará a los estudiantes que busquen refranes y dichos populares vinculados a la alimentación. Con ellos se reflexionará sobre sus orígenes, contenido y mensajes.

Algunos ejemplos:

Al pan, pan y al vino, vino
 Contigo, pan y cebolla
 Barriga llena, corazón contento
 En todas partes se cuecen habas

La esperanza es el pan del alma
Lo que no has de comer, déjalo correr
A falta de pan, buenas son las tortas
Lo que no mata, engorda
No está el horno para bollos
Comer y rascar todo es empezar

10.10 Referencias bibliográficas:

- Aguirre, P. (2004). *Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis*. Buenos Aires. Claves para todos.
- Aguirre, P. (2006). *Antropología alimentaria*. Disponible: www.latinut/antropología
- Baas, M.A., Wakefield, L.M., Kolasa, K.M. (1979). *Community nutrition and individual food behavior*. Minn. Burgess Publish.
- Contreras, J. (1992). *Alimentación y Cultura: reflexiones desde la antropología*. Revista Chilena de Antropología. N°11. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Santiago. Chile. pp 95-111.
- Contreras, J. (1993). *Antropología de la alimentación*. Mackdri
- Cortina, A.; Martínez, E. (2001). *Ética*. Madrid. Akal.
- Cortina, A. (2013). *¿Para qué sirve realmente...? La ética*. España. Paidós.
- Douglas, M. (1973). *Pureza y peligro*. Madrid. Sglo XXI.
- Farb, P.; Armelagos, G. (1985). *Consuming Passions: The Antropology of Eating*. Houghton Mifflin. Boston.
- Fischler, C. (1995) *El (h) omnívoro*. Barcelona. Anagrama.
- Moreno García, D. (2003). *Cultura Alimentaria*. Revista Salud Pública y Nutrición. Vol.4, N°3, julio-setiembre 2003. Disponible: <http://www.respyn.uanl.mx>
- Ritchie, C. (1988). *Comida y civilización*. Madrid. Alianza Editorial
- Schmidt-Leukel, P. Ed. (2002). *Las religiones y la comida*. Barcelona. Ariel
- Zafra, E. (2011). *La transversalidad de los procesos de socialización en los comportamientos alimentarios de los niños y niñas*. Zainak. Cuadernos de Antropología-Etnografía. N°34. Alimentación y Globalización, 2011.

11 — Capacitación de funcionarios de Servicios de Alimentación y Nutrición

Elena Ongay Rossi y Griselda Rodríguez Muslera

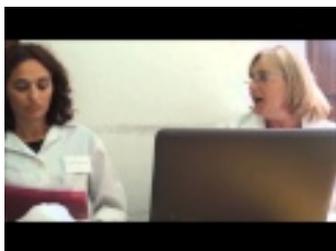
En éste capítulo, se busca trabajar los contenidos temáticos de la capacitación de funcionarios desde una propuesta metodológica no tradicional. Es de interés promover en quien lo lea un proceso educativo de análisis y recreación del conocimiento, a partir de la situación ficticia presentada en el video, más que el aprendizaje y memorización de conceptos abstractos.

Desde ésta concepción metodológica se sugiere partir mirando el video, donde aparece una situación **práctica** concreta que es la “primera reunión de planificación de la capacitación a funcionarios”. En segundo lugar, se aconseja **teorizar**, vale decir dar lectura a los contenidos teóricos desarrollados identificando los elementos que surgen en el transcurso de las escenas. Por último es deseable revisar nuevamente el video, **regresar a la práctica**, repensando los elementos planteados en las escenas, pero ahora con los aportes teóricos que permitan al lector analizar, resolver situaciones, responder y fundamentar las preguntas formuladas al final del capítulo como forma de autoevaluación.

En la propuesta metodológica planteada, se considera que la teoría actúa en el proceso educativo a modo de guía, complementa los conocimientos iniciales de las personas, permite repensar y modificar aspectos de la situación práctica propuesta.

¿Por qué se utiliza el video como disparador del tema, con una técnica de actuación para trabajar los contenidos teóricos?

El **video** por ser una técnica visual proporciona a través de la imagen y el sonido, más información que complementa la escritura, aporta elementos que contribuyen a profundizar el análisis de los contenidos trabajados. Además la utilización del juego de roles para representar a las personas que participan de la reunión de planificación, permite visualizar la expresión corporal, los gestos, los movimientos, el tono de las voces y hasta los silencios de las escenas. Se considera que la utilización de ambas técnicas favorece la vivencia de la reunión de planificación



11.1 Introducción

La educación en servicio, además de satisfacer las necesidades de actualización del conocimiento de los funcionarios, se constituye hoy en una manera de enseñar a la gente a trabajar en equipo,

a poner su conocimiento al servicio de la misión de la institución, a revalorizar las buenas prácticas en el quehacer cotidiano y a poder comunicarse e interactuar por encima de las diferentes funciones y de las distintas especialidades. Un programa de capacitación no sólo genera productividad de calidad en el servicio sino también gratificación a cada empleado por los aprendizajes que incorpora.

Es por este motivo que los profesionales de la nutrición deben considerar realizar instancias de capacitación a sus funcionarios de manera permanente y obligatoria, debiendo tener un programa de capacitación que se instrumente de acuerdo a las particularidades de cada servicio.

Para que el profesional pueda gestionar con éxito un Servicio de Alimentación y Nutrición (S.A.N.) es vital contar con funcionarios eficientes, debido a que el costo operativo del servicio depende, en gran parte, de su desempeño. Para aumentar la eficiencia de los empleados las instituciones disponen de una variedad de medios para desarrollar a las personas, capacitarlas y habilitarlas para el trabajo. Entre estos medios se encuentra la educación en servicio, también llamada capacitación, entrenamiento o adiestramiento.

11.2 Generalidades

La capacitación o entrenamiento de los funcionarios implica la transmisión de conocimientos específicos relativos al trabajo, a la tarea y al ambiente, así como el desarrollo de habilidades específicas. Tiene como propósito obtener un comportamiento determinado de las personas que signifique un mínimo de su esfuerzo y un máximo de rendimiento para el servicio y la institución. La capacitación debe ser coherente con la filosofía de toda la organización.

El entrenamiento programado para los funcionarios de los S.A.N. debe tener en cuenta que quienes participan del mismo son adultos. En ese sentido debe considerar que la educación del adulto está dirigida a la preservación y creación de valores socioculturales y a la comprensión crítica de las probables situaciones que puedan presentarse en su actividad laboral.

Dentro de la capacitación se encuentran todas aquellas acciones formales, no formales e informales que tienen como sujeto destinatario a personas que reciben una acción educativa. Las motivaciones principales en los adultos son intereses sociales, intelectuales, materiales y espirituales. En la educación en servicio la actividad de aprendizaje implica un proceso formal, y por tanto planificado, estructurado, con objetivos preestablecidos, donde la orientación del docente es sumamente importante.

11.3 Capacitación y Aprendizaje

El aprendizaje en las personas adultas tiene características particulares: son conscientes de sus necesidades educativas, tienen la madurez como para seleccionar los medios y la forma de aprender. La vida y el trabajo le permiten razonar y aplicar conocimientos particulares de acuerdo a su experiencia, para ser capaces de escoger cuándo y dónde estudiar y aprender, pudiendo medir los costos de dicho aprendizaje, ya sea en términos de tiempo, dinero u oportunidades perdidas. Por otra parte se asume que los adultos tienen tiempo limitado y deben equilibrar las demandas de la familia, el trabajo y la educación.

Según el psicólogo cognitivo David Paul Ausubel (1968), en los adultos el aprendizaje se produce en forma significativa, dado que la persona en situación de aprendizaje combina la información nueva con la que ya posee, reajustando y reconstruyendo ambas informaciones en este proceso. Dicho de otro modo, la estructura de los conocimientos previos condiciona los nuevos conocimientos y experiencias, y éstos, a su vez, modifican y reestructuran aquellos.

Para que se logre el aprendizaje son necesarias algunas condiciones:

- Los conocimientos previos han de estar relacionados con aquellos que se quieren adquirir de manera que funcionen como base o punto de apoyo para la adquisición de conocimientos

nuevos.

- La nueva información debe incorporarse a la estructura mental y pasar a formar parte de la memoria comprensiva.
- La participación del funcionario ha de ser activa, debe centrar su atención en la forma que adquiere los conocimientos, las habilidades y las prácticas. Por lo tanto se dice que el aprendizaje es significativo cuando es permanente y a largo plazo, produce un cambio cognitivo pasando de una situación de no saber a saber, se basa en la experiencia y depende de los conocimientos previos. Las actividades de capacitación son mejor aceptadas por los funcionarios si, a quienes cumplen con los requisitos, se les ofrece determinadas recompensas o beneficios como ser: otorgar certificados o constancias de asistencia, de participación o de aprobación del curso, registrarlas en su legajo personal y considerarlas como méritos en futuros ascensos laborales. Cuando la educación en servicio se realiza fuera del horario de trabajo, dichos aspectos cobran mayor importancia, ya que los funcionarios deben ceder parte de su tiempo personal para las actividades de capacitación. Es necesario que las actividades sean lo suficientemente interesantes y atractivas como para motivar a los adultos que asisten a la capacitación además de trabajar. Más allá de las peculiaridades personales, se puede afirmar que la motivación es un factor interno, propio de cada persona, que la impulsa a lograr objetivos y metas. Sin lugar a dudas el principal recurso de un S.A.N. es el humano, ya que de él y de sus motivaciones depende el funcionamiento del mismo. Entonces ¿cómo se puede estimular su motivación? Algunas de las formas consiste en hacerles sentir su importancia, reconocer el valor de su tarea, apreciar su capacidad, considerar sus aspiraciones y valorar su formación.

Otros elementos que también favorecen la motivación de los funcionarios son:

- Señalar lo valioso de la persona, con honestidad tanto en sus errores como en sus aciertos. Es importante que los aciertos queden asociados al comportamiento de la persona, de modo que se ponga de manifiesto su valor.
- Ser equitativo, saber qué se desea recompensar, ser coherente.
- Demostrar credibilidad entre lo que se hace y lo que se dice.
- Tener una actitud cordial, predispone en forma positiva al cambio.
- Ofrecer la posibilidad de hacer propuestas, participar de las decisiones, favorece la responsabilidad y la iniciativa, lo cual implica al funcionario en la realización de la tarea para lograr los objetivos. Crea un clima favorable para el cambio, al disminuir resistencias. Es de destacar que en el aprendizaje de los adultos influyen varios factores:
- **El aprendizaje obedece a la ley del efecto y del estímulo:** el individuo tiende a mantener un comportamiento que percibe recompensador o que produce algún efecto y tiende a eliminar el comportamiento que no le trae ninguna recompensa. La recompensa afecta el aprendizaje y lo refuerza de manera positiva. Una recompensa obtenida de inmediato produce un aprendizaje más rápido que una recompensa retardada o aplazada. Para aprender y mantener el nuevo comportamiento, la persona debe recibir alguna recompensa o estímulo inmediato y constante.
- **El aprendizaje obedece a la ley de la intensidad y de la frecuencia:** la intensidad y la frecuencia de los ejercicios y las prácticas determinan el aprendizaje. Si los ejercicios, entrenamientos y prácticas son intensos y se ejecutan con frecuencia, el aprendizaje tiende a ser más rápido y efectivo; si la intensidad de la práctica es escasa o el aprendizaje es muy superficial, la persona no retendrá lo que aprendió. Asimismo, la frecuencia de las prácticas y el ejercicio tienden a servir de refuerzo al aprendizaje. Para aprender la persona necesita ejecutar con frecuencia el nuevo comportamiento. Si algo se aprende y no se ejercita o se recuerda, se olvida. Para retener lo aprendido, es necesario que las prácticas y los ejercicios sean constantes. Una vez finalizada la instancia educativa es fundamental

que durante la supervisión de la tarea se refuercen los conocimientos adquiridos.

- **El aprendizaje obedece a la ley de la complejidad creciente:** el aprendizaje está afectado por el esfuerzo exigido para producir la respuesta. Algunas respuestas son mucho más difíciles y complejas que otras. Si una persona debe aprender tareas complejas, el proceso de aprendizaje debe comenzar por los aspectos más sencillos, inmediatos y concretos y encaminarse, de manera paulatina, hacia los más complejos, mediatos y abstractos. El camino va de lo sencillo a lo complejo, de lo inmediato a lo mediato y de lo concreto a lo abstracto. Con frecuencia la educación en servicio puede ofrecerse en forma eficiente y económica mediante la capacitación en grupos. Este tipo de enseñanza ahorra tiempo al docente y al trabajador. También tiene la ventaja adicional del estímulo resultante de la participación en el grupo. El mismo es un espacio de articulación de lo social, lo individual y lo institucional. Es matriz de relación y socialización, es un espacio de ligazón y de vínculo, da afiliación y sostén psíquico a sus integrantes. El grupo como condición, medio o forma para realizar la actividad de capacitación, opera como sostén y estructura del aprendizaje de cada persona. A través del trabajo en grupo, cada sujeto aprende en relación con otros, con el objeto de producir transformaciones a nivel individual y grupal. Al mismo tiempo que el grupo se va configurando como sujeto de aprendizaje, el conocimiento se va reestructurando, es decir se va enriqueciendo lo sabido con lo aprendido, conformando una trama que da soporte a la actividad. A nivel del grupo, este tipo de aprendizaje implica no sólo modificaciones manifiestas, sino también el logro de mecanismos de autorregulación grupal, que favorecen el aprendizaje y potencian la influencia del grupo como motor del crecimiento individual y grupal.

11.4 El proceso de capacitación

El diseño del programa de capacitación consiste en un proceso integrador que vincula los contenidos temáticos, las metas, las estrategias educativas, los productos, las actividades y los recursos, en el contexto donde tiene lugar el problema a resolver. Finalmente, con la imagen a futuro que se quiere conseguir se llevan a cabo las actividades propuestas y se obtienen los resultados previstos.

Para comenzar a diseñar el programa de capacitación, es necesario determinar el problema que se va a tratar y establecer su magnitud. Para ello se realiza una evaluación inicial o diagnóstico de situación. A modo de ejemplo, los problemas a solucionar con capacitación pueden referirse a dificultades en la calidad sanitaria del producto final, a la adquisición de nuevo equipo, a quejas realizadas por los usuarios derivados de una atención inadecuada, o a la necesidad de méritos para obtener un ascenso entre otros.

Por lo tanto, de acuerdo a la diversidad de situaciones que se pueden presentar para solucionar, la capacitación puede consistir en un programa de orientación general para nuevos funcionarios, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para trabajar con comodidad y eficacia en el servicio. Por lo general esta orientación transmite tres tipos de información de la institución y del servicio:

- Dar a conocer la historia, las diferentes áreas y de que forma el trabajador contribuye a lograr la misión de la misma.
- Presentar las políticas, las normas de trabajo y el personal que desempeña las tareas.
- Informar y orientar en relación a las rutinas diarias de trabajo.

La presentación de las normas y procedimientos operacionales establecidos en el S.A.N. a los nuevos funcionarios, pueden ayudarlos a lograr confianza en sí mismos. En ocasiones la capacitación también está dirigida a personas que ya se vienen desempeñando en el servicio, con el fin de mejorar su quehacer, de prepararlos para ascender o para ocupar cargos en otras áreas.

El programa de capacitación debe basarse en necesidades concretas. Para el diseño del programa de capacitación es fundamental efectuar un diagnóstico, lo que implica realizar una descripción y un análisis preciso, lo más objetivo posible de aquel problema que se desea resolver.

De acuerdo a González Cornejo (2002), el diagnóstico de necesidades de capacitación (DNC), es un proceso esencial en la planificación y desarrollo de planes y programas orientados para el establecimiento y fortalecimiento de conocimientos, habilidades o actitudes en los empleados o colaboradores, a fin de contribuir en el alcance de la finalidad de ésta.

El diagnóstico proporciona los elementos necesarios para la toma de decisiones sobre la orientación que se dará al programa, para la jerarquización de actividades y para crear la línea de base que permitirá su evaluación posterior.

Los aspectos educativos que se requieren conocer para la construcción del diagnóstico han de ser los factores:

- **individuales de los funcionarios:** tales como conocimientos, actitudes, percepciones, experiencias y otros, relacionados con los comportamientos que se pretenden modificar. A modo de ejemplo: el nivel de instrucción, los conocimientos previos de gastronomía, la experiencia laboral anterior entre otros.
- **de naturaleza ambiental** que facilitan y hacen posible la acción. Debe existir coherencia entre los contenidos teóricos a trabajar y las condiciones reales de la planta física y equipamiento.
- **de refuerzo** como las acciones de jefes, supervisores o compañeros, tales como: interés de las autoridades a la formación de los funcionarios, otras instancias de aprendizaje en las que los supervisores apoyan los nuevos contenidos, experiencias positivas de otros compañeros en actividades de capacitación.

La información sobre la situación del S.A.N. recolectada debe ser registrada y procesada de tal manera que permita identificar los problemas existentes, cuáles y cuántos son los procedimientos que están siendo afectados, en qué etapa del proceso de producción están localizados y que factores son los que causan los problemas detectados.

Al iniciar un proyecto de capacitación en servicio, es esencial la recolección de información y la identificación del o los problemas. Para ello es necesario contar con instrumentos que registren la información recabada tales como por ejemplo: pruebas de conocimientos y evaluación del desempeño; listas de chequeo de las condiciones de los locales, equipamiento y conducta del personal; discusión y análisis grupal; estudio de satisfacción del usuario; recetario estandarizado.

Otros elementos que se pueden tener en cuenta para enriquecer el diagnóstico son: la satisfacción y la participación en el trabajo así como el compromiso organizacional. Una persona que tiene un nivel alto de satisfacción en el trabajo tiene una actitud positiva hacia el trabajo, en tanto que otra que está insatisfecha con su trabajo tiene una actitud negativa. Por este motivo es de interés contar con esta información, cuando se está realizando el DNC, o de lo contrario puede formar parte del mismo.

Un diagnóstico educacional eficaz es la base de la formulación de los objetivos de aprendizaje que, si se logran, deben tener un impacto importante en los comportamientos de los funcionarios del S.A.N.

Una vez determinado el problema que se va a tratar es necesario construir el marco conceptual y teórico en el que se inscribe. De esta forma el problema queda enmarcado en el conjunto de conocimientos existentes. El marco teórico ayuda a precisar y organizar los elementos contenidos en la descripción del problema de forma tal que puedan ser mejorados y convertidos en acciones concretas. De la identificación de problemas quedan determinados los mecanismos de solución.

11.5 Planificación de la capacitación

Planificar para capacitar es aplicar un proceso que conduce a decidir acciones educativas, cómo hacerlas, en qué tiempo, con qué medios y cómo evaluarlas. Es definir y plantear en forma encadenada el camino que va a conducir a la obtención del cambio deseado.

La participación de los funcionarios en resolver los problemas que los afectan a ellos y/o al servicio, es reconocida como una necesidad fundamental para lograr el cambio deseado.

Esta participación es importante porque su finalidad es modificar el comportamiento en relación a conocimientos, prácticas, actitudes y habilidades no deseadas, que posiblemente se encuentren arraigadas en el desempeño laboral de los funcionarios.

Una forma de alcanzar la participación es conformar un grupo de trabajo integrado por funcionarios y autoridades del servicio. Se debe considerar la participación sistemática en todas las etapas de planificación de la intervención, desde el diagnóstico de las necesidades de capacitación hasta la evaluación inclusive.

¿Qué se entiende por participación?

La participación de las personas es completa si el conocimiento, las decisiones y las acciones son participadas. Cuando el grupo participa en todo el proceso toma parte, forma parte y tiene parte.

Cada participante tiene especial significación para el grupo de trabajo, pues sus contribuciones son siempre necesarias para el proceso grupal, cuya productividad está dada por las ideas, el pensamiento y la experiencia de cada uno, expresadas en su participación, analizadas a través de los intereses y necesidades de todo el grupo.

Con la participación de las personas, como por ejemplo funcionarios del servicio, se busca lograr un proceso educativo que tenga como propósito facilitar el diálogo y la comprensión entre iguales. En ese sentido es necesario crear espacios que posibiliten el intercambio de conocimientos, experiencias y reflexiones desde su planificación.

El diálogo como técnica de análisis, estimula a escuchar, a conversar, puede también promover la creatividad y cuando el diálogo es cooperativo sitúa a las personas en igualdad de oportunidades con los otros integrantes del grupo. Si el diálogo se da desde el inicio de la programación y durante todo el proceso educativo, se desarrolla entre las personas relaciones y vínculos particulares que estimulen el trabajo, la cohesión entre sí y en el grupo para el mejor logro de las metas planteadas.

Cuando se trabaja con grupos heterogéneos de tres a seis personas, una de las estrategias para potenciar los aprendizajes es que sean aprendizajes cooperativos y dialógicos. Tienen como ventajas la posibilidad de aprender habilidades además de conocimientos entre los miembros del grupo; permiten una interacción horizontal, vale decir cara a cara; aumentan el interés y la motivación de las personas; utilizan el potencial grupal; estimulan la creatividad y comprometen en el proceso de aprendizaje a todos los integrantes. Sin embargo éste tipo de aprendizaje tiene algunas desventajas, como por ejemplo: dificultad grupal en ponerse de acuerdo, exigencia de mayor cantidad de tiempo, dominio del método y conocimiento de técnicas que faciliten el trabajo grupal por parte del docente.

Los modelos de aprendizaje dialógico y cooperativo si bien tienen puntos en común presentan algunas particularidades. Según Molina (2005) “el aprendizaje dialógico parte de un análisis de los sujetos y de sus contextos, mientras que el cooperativo parte de un programa diseñado previamente por el/la profesor /a o la institución docente. El aprendizaje dialógico forma parte de una concepción social más amplia que busca, a través del aprendizaje en sus diferentes formas, impulsar el mejoramiento integral, no sólo del sujeto sino del entorno.” Otra de las diferencias es que mientras en el aprendizaje dialógico se buscan consensos para desarrollar las actividades, se estimula la crítica y los integrantes del grupo son de diferente procedencia, en el modelo de

aprendizaje cooperativo las personas tienen que ser del mismo origen y no se llega a esos niveles de análisis crítico.

Desde esta perspectiva, una vez realizado el diagnóstico de situación el siguiente paso es la elección de los medios para tratar de satisfacer las necesidades indicadas, planteadas o percibidas.

Todo programa de entrenamiento exige una planificación detallada por parte del grupo encargado de la misma y debe incluir los siguientes aspectos:

1. Priorización de los problemas y enfoque de uno por vez.
2. Formulación clara del objetivo .
3. División del trabajo por desarrollar, en módulos, paquetes o ciclos.
4. Determinación de los contenidos temáticos.
5. Elección de la metodología y del equipo necesario.
6. Establecimiento de los recursos necesarios para su implementación: docentes y administrativos, materiales educativos, equipos o herramientas y otros artículos necesarios.
7. Definición de la población objetivo, es decir quienes recibirán la capacitación:
 - Número de personas
 - Disponibilidad de tiempo
 - Grado de habilidad, conocimientos y tipos de actitudes
 - Características personales del comportamiento
8. Lugar donde se efectuará: dentro o fuera del servicio.
9. Época o periodicidad del entrenamiento, considerando el horario más oportuno.
10. Cálculo de la relación costo-beneficio.
11. Control y evaluación de los resultados, con la debida verificación de puntos críticos que requieran ajustes o modificaciones en el programa para mejorar su eficacia.

11.6 Etapas de la planificación

11.6.1 Formulación de Objetivos

Es esencial recordar que en toda capacitación los objetivos deben basarse en los intereses y necesidades de los funcionarios, y que la labor del o los docentes será facilitar la expresión de éstos en conducta observable, posibles de lograr a través del desarrollo de acciones educativas programadas en conjunto con los participantes. En los programas de capacitación, no es necesario establecer metas, siempre y cuando se cuantifiquen los objetivos específicos.

¿Qué es un objetivo?

Un objetivo es la situación que se desea obtener al final del período de duración del entrenamiento, mediante la aplicación de los recursos y con la realización de las acciones previstas. Es un enunciado claro y preciso de lo que se espera obtener como resultado de las actividades a desarrollar. Son el punto de partida que guía el proceso. Los objetivos describen los efectos y el impacto que se pretende lograr con el programa de capacitación y determinan los insumos, actividades y productos necesarios para conseguirlos.

Un objetivo para estar correctamente formulado debe reunir ciertas características:

- Basarse en las necesidades del servicio y de las expectativas de los funcionarios.
- Ser claro y preciso, de tal modo que explique claramente la meta que se pretende alcanzar. Debe ser comprensible para todas las personas que participan de la capacitación.
-
- Ser realista, teniendo en cuenta los recursos institucionales, humanos, económicos y de tiempo disponibles. La magnitud de la intervención depende directamente de estos factores y de las situaciones inesperadas, imposibles de prever.

Cuando los objetivos de los programas de capacitación están diseñados de ésta forma es posible:

- Comprender con claridad las actividades y tareas a desarrollar.
- Distribuir el tiempo eficientemente
- Prever todos los recursos necesarios
- Disponer de criterios objetivos para evaluar los resultados.

Los objetivos se clasifican en:

Objetivos generales, terminales o a largo plazo: son aquellos que contribuyen a un propósito general, a alcanzar un “estado deseado de las cosas”. Indican resultados esperados para cuyo logro es necesario haber alcanzado otros más específicos. Son más amplios, menos precisos, favorecen situaciones concretas las que resultan difícilmente evaluables y cuantificables. Es el que enmarca el problema específico y no será resuelto por el programa de capacitación, pues el alcance de éste es menor a la dimensión del problema. Sin embargo, los resultados del programa contribuirán, junto con otros, a su solución oportuna. Para su diseño se deberá establecer el tiempo en el que se espera lograr la meta, por ejemplo en 6 meses, 1 o 2 años. Si están planteadas sub-metas también se debe dejar establecido el período en su formulación.

Objetivos específicos, intermedios o a corto plazo: son puntuales y precisos, refieren al alcance de los resultados esperados al final de la capacitación.

Los objetivos específicos deben de:

- Describir y especificar los cambios necesarios para alcanzar los objetivos generales, en términos concretos.
- Alcanzar sólo una conducta
- Poder cuantificarse.
- Ser evaluables o medibles a través de indicadores cuantitativos como números, porcentajes, etc. Esto es especialmente importante en educación donde existe la tendencia a formular enunciados poco precisos y habitualmente no medibles
- Ser flexibles. Si la situación cambia (por ejemplo, hay falta de insumos, o se producen cambios en la situación económica del servicio), tal vez se deban redefinir los objetivos.

11.6.2 Estrategias educativas

Las estrategias educativas que se utilizan en los entrenamientos están vinculadas: a las personas “con quién” se efectuará la capacitación, hacen referencia a la o las instituciones implicadas así como al departamento u áreas dónde se llevará a cabo. También se relacionan con “el dónde” y “el cuándo”, vale decir el ámbito geográfico y el momento en que se desarrollará.

Además, las estrategias se relacionan a las vías para realizar las actividades educativas, es decir al “cómo” se ejecutará el entrenamiento.

Una manera práctica para lograr los objetivos de la capacitación es elaborar un plan de trabajo ordenado de las actividades.

¿Cuáles son los pasos para crear un plan de trabajo?

El primer paso es **determinar las distintas actividades de capacitación** y la metodología que se piensa utilizar. En ocasiones se seleccionan diferentes técnicas para cada una de las instancias grupales, con el objetivo de promover la interacción entre los funcionarios y lograr una participación activa. Según Cirigliano y Villaverde (1966) las técnicas educativas otorgan estructura al grupo, le aportan una cierta base de organización para que funcione. No existe grupo que logre operar sin una mínima organización interna. Por lo tanto es fundamental aplicar

esta forma de trabajo con un auténtico conocimiento de su utilización, rescatando los aspectos más valiosos y trabajando provechosamente con los integrantes del grupo.

La participación de los integrantes del grupo es una estrategia que facilita crear un clima de confianza, despierta el interés por el trabajo grupal, ayuda a compartir los conocimientos, motiva y facilita la capacitación. Y en definitiva este proceso educativo por el que transita el grupo permite: desarrollar la discusión y reflexión grupal, colectivizar el conocimiento individual así como enriquecer y potenciar el conocimiento de todos.

Cuando se piensa aplicar diferentes técnicas educativas como por ejemplo: exposición oral, demostración práctica, discusiones dirigidas por citar algunas, es recomendable partir del desempeño habitual, de la propia vivencia del trabajador, de lo que sabe y sienten los participantes en relación a su tarea diaria. Esto implica tener un punto común de referencia a través del cual cada uno aporta desde su experiencia particular, para enriquecer y ampliar la experiencia colectiva. También es necesario desarrollar un proceso de teorización sobre esa práctica, proceso que deberá ser: sistemático, ordenado, progresivo y al ritmo de los participantes. El proceso de teorización debe permitir regresar a la práctica de los funcionarios, a sus tareas y rutinas para reflexionar sobre la misma, transformarla, mejorarla y de ser necesario resolver problemas con nuevos elementos.

Otros de los aspectos fundamentales a incluir en el plan de trabajo de la capacitación, es la selección y diseño de los **materiales educativos**. Los mismos son instrumentos de enseñanza que han de responder a los objetivos de aprendizaje planteados. La validez educativa de los materiales se relaciona más con la capacidad motivadora y comunicativa que con la tecnología a utilizar. Los medios empleados durante la capacitación no remplazan la acción personal y la palabra, ocupan un lugar complementario cualquiera sea la naturaleza de los mismos, ya sea los más simples como el pizarrón o los más complejos como el video.

Es fundamental que el material educativo empleado sea relevante, que se relacione con la labor cotidiana del grupo de funcionarios, por lo que se sugiere utilizar en su diseño elementos conocidos y situaciones comunes, incluir necesidades del grupo y problemas del servicio. Se pueden utilizar imágenes y grabaciones del propio lugar de trabajo para generar reflexiones, discusiones y comentarios en los participantes.

El material educativo debe ser validado antes de su utilización. De esta manera se obtiene una noción anticipada de su efectividad, se evita gastar esfuerzos y recursos en su producción. El proceso de validación consiste en someter a pruebas el material diseñado para determinar su efectividad, en aspectos tales como la atracción, la comprensión, la aceptación, la identificación y la persuasión. Si se piensa utilizar materiales que ya están elaborados por otros deberán ser sometidos a la misma validación para determinar también su potencial efectividad.

Otro de los pasos consiste en determinar los recursos necesarios para la capacitación: humanos como por ejemplo personal técnico, administrativo, materiales por ejemplo educativos, equipos, alimentos, transporte, así como financieros y tiempos necesarios.

La **selección de los contenidos** es otro de los pasos que se debe seguir para realizar el plan de trabajo del entrenamiento. Los contenidos a trabajar pueden apuntar a tres tipos de cambio de comportamiento:

- Transmisión de información (dimensión cognitiva): es el elemento esencial en muchos programas de entrenamiento en que se distribuye información entre los participantes. A menudo, la información es acerca del servicio, de sus productos, su organización, su política, sus reglamentos entre otros. También se pueden incluir la transmisión de nuevos conocimientos.
- Desarrollo o modificación de actitudes (dimensión afectiva): se refiere al cambio de actitudes de los trabajadores por otras más favorables como por ejemplo: aumento de la motivación, desarrollo de la sensibilidad del personal de gerencia y de supervisión en

relación a los sentimientos y reacciones de las demás personas. También puede implicar la adquisición de nuevos hábitos y actitudes relacionadas con los usuarios.

- Desarrollo de habilidades y/o de prácticas (dimensión psicomotora): se trata sobre todo de destrezas y conocimientos relacionados directamente con el desempeño del cargo actual o de posibles ocupaciones futuras. Es un entrenamiento orientado directamente a las tareas y operaciones que van a ejecutarse.

El último de los pasos para completar el plan de trabajo es el diseño de un **cronograma**. En el cronograma se representan en forma secuencial las actividades a desarrollar y tiene como objetivo facilitar la planificación y posterior ejecución del programa de capacitación. El mismo puede elaborarse para todo el período de duración de la capacitación o para períodos parciales.

11.7 Ejecución de la capacitación

Luego de concluido el diagnóstico de situación y la programación del entrenamiento, el siguiente paso es la ejecución, vale decir la realización propiamente dicha de la capacitación. En general, se recomienda comenzar la capacitación planteando que se espera que hagan las personas en su tarea, una vez finalizada la instancia de capacitación. También es importante informar si van a ser evaluadas y de qué forma. Se deben promover actividades específicas, destinadas a quebrar la tensión inicial, a romper el hielo, situaciones que se dan en todo grupo al comenzar una tarea.

La ejecución incluye la organización y el desarrollo del plan de trabajo. Es la realización de las diferentes tareas o actividades planificadas para obtener los resultados que lleven al logro de los objetivos. La etapa de ejecución constituye el núcleo en la gestión del programa de capacitación, dónde se transforman los recursos en resultados esperados. El objetivo de la ejecución es lograr el propósito de la capacitación.

11.8 Evaluación de la capacitación

La etapa final del proceso de entrenamiento es la evaluación de los resultados obtenidos, donde se valoran los aspectos relativos a:

- los contenidos temáticos de la capacitación
- la adecuación de los objetivos establecidos
- la pertinencia de la metodología utilizada
- el impacto de la capacitación en el campo de trabajo

¿Qué significa evaluar?

Evaluar un programa de capacitación significa realizar un análisis crítico, objetivo y sistemático de las actividades y los resultados alcanzados, en relación a los objetivos propuestos, las estrategias utilizadas y los recursos asignados.

Es de esperar que los resultados muestren:

1. las diferencias existentes entre lo que se planeó hacer y lo alcanzado
2. las razones que explican esas diferencias
3. los aspectos necesarios para rectificar o impulsar, para reducir o eliminar los elementos que actúan.

¿Qué se evalúa de un programa de capacitación?

Son varios los aspectos que han de ser considerados, por ejemplo :

- El logro de los objetivos en términos del impacto sobre el problema.

- El cumplimiento de las distintas actividades planificadas para alcanzar cada objetivo específico, permitiendo estimar la participación de cada una en el éxito o el fracaso de logro con respecto a la meta final.
- El costo-efectividad del programa realizado, para determinar los cambios efectivamente logrados en relación al costo y si la estrategia escogida representó la alternativa más económica.

La evaluación debería ser programada en diversas etapas de la implementación del programa de capacitación. Cuando la evaluación es realizada durante el período de implementación del programa, se conoce como evaluación de seguimiento. La evaluación de la capacitación también puede realizarse después de su conclusión, es la evaluación a posteriori.

Si los objetivos de la capacitación del personal fueron claramente definidos, no habrá dificultades para su evaluación. La fase de evaluación abarca todo el proceso: desde el diagnóstico (evaluación diagnóstica), durante el proceso (evaluación formativa), al finalizar el proceso (evaluación sumativa), y después de la capacitación, periódicamente a través de la supervisión. Es imposible pensar en realizar capacitación de personal sin un esquema subsecuente de supervisión. La educación en servicio y la supervisión son dos procesos indisociables.

La evaluación debe considerar dos aspectos:

- Determinar si la capacitación generó las modificaciones deseadas en el comportamiento de los funcionarios.
- Verificar si los resultados del entrenamiento presentan relación con la consecución de las metas del S.A.N.

Además, es necesario determinar si las técnicas de entrenamiento fueron efectivas.

La evaluación de los resultados de la capacitación puede realizarse en tres niveles:

En el nivel organizacional la capacitación debe proporcionar algunos de los siguientes resultados:

- Aumento de la eficacia organizacional.
- Mejoramiento de la imagen del servicio.
- Mejoramiento del clima organizacional.
- Mejores relaciones entre el servicio y los funcionarios.
- Facilidad en los cambios y en la innovación.
- Aumento en la eficiencia.

En el nivel de los recursos humanos la capacitación debe proporcionar algunos de los siguientes resultados:

- Reducción en la rotación del personal.
- Disminución del ausentismo.
- Aumento en la eficiencia individual de los funcionarios.
- Aumento en las habilidades de las personas.
- Elevación del conocimiento de las personas.
- Cambio de actitudes y de comportamientos de las personas.

En el nivel de las tareas y operaciones la capacitación debe proporcionar algunos de los siguientes resultados:

- Aumento de la productividad.
- Mejoramiento de la calidad de los productos y servicios.
- Reducción del ciclo de la producción.
- Mejoramiento de la atención al usuario.
- Reducción del índice de accidentes laborales.
- Disminución del índice de mantenimiento de máquinas y equipos.

La capacitación de personal sólo podrá ser considerada eficiente en la medida en que consigue operar cambios de comportamiento en los involucrados, así como en la realidad social, la que

constituye el final y el principio de cualquier capacitación en el área de la salud.

Una instancia central del proceso de evaluación consiste en determinar el grado en que se han alcanzado las finalidades del programa de capacitación. Para evaluar los efectos de un programa de capacitación es necesario seleccionar algunos datos que puedan ser medidos periódicamente con el fin de observar los cambios ocurridos y evaluar los resultados. Estos datos se expresan a través de indicadores. Para ello es importante definir indicadores y metas del logro del objetivo específico, de los productos finales y de los impactos del proyecto.

La capacitación programada adecuadamente habilita a los recursos humanos del servicio a ser más positivos, tener mayor autoconfianza, ser miembros eficientes en sus equipos, ser más comunicativos y mejorar su capacidad para resolver problemas.

A MODO DE SÍNTESIS

- La educación en servicio es un proceso educativo a corto plazo que debe aplicarse de manera sistemática y organizada, mediante el cual los funcionarios pueden aprender conocimientos, actitudes, habilidades y prácticas, en función de objetivos definidos.
- La correcta formulación del objetivo general y de los objetivos específicos conducen al logro de un buen programa de capacitación. Los objetivos deben ser coherentes al conjunto de las actividades que componen el programa, a los costos, a las estrategias, a los tiempos.
- Para cambiar algún comportamiento individual o funcionamiento organizacional, se deben tener en cuenta algunos aspectos fundamentales:
 - El funcionario debe conocer los resultados de su desempeño para poder evaluarlo.
 - Las personas aprenden mejor cuando están motivadas para aprender.
 - El aprendizaje de los adultos tiene mejores resultados cuando se les ofrece recompensa.
 - La distribución de los períodos de aprendizaje debe considerar la fatiga, la monotonía y los períodos necesario para asimilar lo aprendido.
 - Los ejercicios y las prácticas son indispensables para el aprendizaje y la conservación de las habilidades.
 - El aprendizaje eficiente depende de la utilización de técnicas de enseñanza adecuadas al grupo.
 - El aprendizaje depende entre otros aspectos de la aptitud personal y las capacidades individuales.
- **Si se quiere motivar a los funcionarios es importante:**
 - Explicitar los objetivos educativos, no sólo al inicio de la capacitación sino también los previstos en cada sesión de trabajo.
 - Hacer hincapié en la utilidad y en la aplicación de los conocimientos con las actividades que se proponen.
 - Plantear las actividades educativas en un orden lógico.
 - Seleccionar actividades que pongan en juego diferentes capacidades de las personas para su resolución.
 - Tomar los errores como momentos enriquecedores del aprendizaje, que permitan profundizar los conocimientos adquiridos.
 - Fomentar la comunicación entre los funcionarios que participan en la capacitación, proponiendo tareas grupales que favorezcan las buenas relaciones.
 - Proponer el razonamiento y la comprensión como las herramientas privilegiadas para la resolución tanto de las actividades como de los conflictos.
 - Aplicar los conocimientos adquiridos a situaciones concretas, reales y próximas a la experiencia de los participantes.

- Los funcionarios deben estar preparados para el aprendizaje y es necesario conocer lo que ya saben acerca de la tarea. Es importante exponer en forma clara el programa de capacitación, de lo que se espera de ellos y el valor que tiene para su formación.

CUESTIONARIO

A modo de guía, se presentan a continuación una serie de preguntas que el lector podrá responder luego de mirar la situación planteada en el video y de dar lectura a los contenidos teóricos del capítulo. La finalidad es que la persona realice una autoevaluación en relación a la comprensión de los temas trabajados.

1. Al realizar el diagnóstico ¿cuál fue el instrumento utilizado en el S.A.N. para identificar los problemas?
2. El problema a tratar con la capacitación ¿puede ser resuelto mediante capacitación de personal o depende de otras acciones?
3. ¿Qué tipo de capacitación se planifica en la primera reunión?
4. Al realizar las autoridades del S.A.N. la propuesta de capacitación a los funcionarios: ¿plantean algún tipo de reconocimiento a los participantes?. Si se plantea: ¿cuáles son?
5. ¿Considera oportuna la integración de los funcionarios en el equipo de planificación y ejecución del programa de capacitación en el servicio? ¿Por qué?
6. A su entender ¿le parece que existe voluntad de parte de las autoridades del S.A.N. en que los funcionarios sean capacitados?
¿Por qué?
7. ¿Cuál es la diferencia entre los objetivos generales y los objetivos específicos?
8. ¿Considera que algunos de los siguientes objetivos podrán lograrse al finalizar la capacitación que se está planificando?
¿Por qué?:
 - Preparar al personal para la ejecución inmediata de las diversas tareas del cargo con eficacia y eficiencia.
 - Concientizar al personal sobre la importancia de su trabajo en la gestión del servicio y en la prestación ofrecida al usuario.
 - Proporcionar oportunidades para el desarrollo personal continuo, no sólo en el cargo actual, sino en otras funciones en las cuales puede ser considerada la persona en futuras promociones.
 - Mejorar la actitud de los funcionarios para crear un clima más satisfactorio en el trabajo.
 - Generar en los funcionarios mayor receptividad a las técnicas de supervisión y gerencia.
 - Fomentar la motivación del personal.
 - Mantener actualizado al personal en aspectos relacionados a la inocuidad de alimentos, a través del conocimiento de contenidos prácticos, y de tecnología a aplicar.
 - Prevenir accidentes laborales durante el quehacer de los funcionarios en el S.A.N.
9. Del diálogo durante la reunión de planificación: ¿surge quién hará la difusión de la capacitación a los participantes?
10. ¿Qué aspectos de la planificación considera que se explicitan durante la reunión?
11. ¿Cuál es la primera etapa en la planificación de una capacitación?
12. A través del diálogo ¿se desprende que en el servicio se realiza medición de satisfacción de los funcionarios? ¿Por qué?
13. Escriba el objetivo general del programa de capacitación que se planifica en el video y diseñe tres objetivos específicos que contribuyan a alcanzarlo.

14. ¿Qué características deben reunir los objetivos para estar bien formulados?
15. ¿Qué etapa del curso de capacitación es la que se muestra en el video? ¿Cuáles serían las siguientes etapas?
16. ¿Qué objetivo debe cumplir la evaluación dentro del programa de entrenamiento? ¿Quiénes tienen que realizarla? ¿Por qué?
17. Cuando se habla de estrategias educativas: ¿a qué se hace referencia?
18. ¿Qué fin cumple la aplicación de técnicas educativas en un programa de capacitación?
19. ¿Qué ventajas ofrece la aplicación de las técnicas educativas para trabajar con grupos en un proyecto educativo?

Referencias bibliográficas:

- González, Luis.: Planificación en la comunicación de proyectos participativos. ¿Qué es la participación? Capítulo V. Fundación Corona Cirigliano, G; Villaverde, A.: Dinámicas de grupos y educación. Editorial Humanitas .Buenos Aires. 7ª edición. 1975.
- Molina Sena, C; Domingo Mateo, M.: El aprendizaje dialógico y cooperativo: una práctica alternativa para abordar la experiencia educativa en el aula. 1ª ed. Buenos Aires: Magisterio del Río de la Plata. 2005.
- Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Manual de técnicas para una estrategia de comunicación en salud. Publicación de la Organización Panamericana de la Salud, Washington. 1985.
- Saravia, L; Cortada, D; Echegoyen, A; Ibañez ,A; Ongay, E Capacitación de funcionarios de servicios de alimentación y nutrición. Comisión sectorial de educación permanente. Escuela de Nutrición. Universidad de la República. 2013.



Edición: Marzo de 2014.

Este texto forma parte de la Iniciativa Latinoamericana de Libros de Texto abiertos (LATIn), proyecto financiado por la Unión Europea en el marco de su [Programa ALFA III EuropeAid](#).



Los textos de este libro se distribuyen bajo una Licencia Reconocimiento-CompartirIgual 3.0 Unported (CC BY-SA 3.0) http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/deed.es_ES