

Educación nutricional

Guía para profesionales de la nutrición

booksmedicos.org

7.^a edición

Betsy B. Holli ■ Judith A. Beto



Wolters Kluwer



7.^a EDICIÓN

Educación nutricional

Guía para profesionales de la nutrición

booksmedicos.org

Betsy B. Holli, EdD, RDN, LDN
Professor Emeritus
Department of Nutrition Sciences
Dominican University
River Forest, Illinois

Judith A. Beto, PhD, RDN, LDN, FAND
Professor Emeritus
Department of Nutrition Sciences
Dominican University
River Forest, Illinois
Research Associate, Nephrology and
Hypertension
Loyola University Chicago, Health
Sciences
Maywood, Illinois



Wolters Kluwer

Philadelphia • Baltimore • New York • London
Buenos Aires • Hong Kong • Sydney • Tokyo



Av. Carrilet, 3, 9.^a planta – Edificio D – Ciutat de la Justícia
08902 L'Hospitalet de Llobregat
Barcelona (España)
Tel.: 93 344 47 18
Fax: 93 344 47 16
e-mail: consultas@wolterskluwer.com

Revisión científica

Capítulos 1 a 5 y 7

Prof. Dra. Silvia N. Lema

Asesora Académica, Vice Directora de la Especialidad en Nutrición Clínica y Profesora Titular de la asignatura Educación en Nutrición de la Escuela de Nutrición, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina.

Capítulos 6 y 8 a 15

Dra. Gabriela Macedo Ojeda

Profesora investigadora del Departamento de Salud Pública, miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, México.

Traducción

Pilar Obón

Escritora y traductora especializada

Dirección editorial: Carlos Mendoza

Editora de desarrollo: Karen Estrada

Gerente de mercadotecnia: Juan Carlos García

Cuidado de la edición: Eduardo Mendoza

Maquetación: Cicero Diseño Editorial / Edith Jiménez Garibaldi

Creación de portada: Saúl Martín del Campo Núñez

Crédito de la imagen de portada: iStock.com/Danakia

Impresión: R. R. Donnelley-Shenzhen/Impreso en China

Se han adoptado las medidas oportunas para confirmar la exactitud de la información presentada y describir la práctica más aceptada. No obstante, los autores, los redactores y el editor no son responsables de los errores u omisiones del texto ni de las consecuencias que se deriven de la aplicación de la información que incluye, y no dan ninguna garantía, explícita o implícita, sobre la actualidad, integridad o exactitud del contenido de la publicación. Esta publicación contiene información general relacionada con tratamientos y asistencia médica que no debería utilizarse en pacientes individuales sin antes contar con el consejo de un profesional médico, ya que los tratamientos clínicos que se describen no pueden considerarse recomendaciones absolutas y universales.

El editor ha hecho todo lo posible para confirmar y respetar la procedencia del material que se reproduce en este libro y su copyright. En caso de error u omisión, se enmendará en cuanto sea posible. Algunos fármacos y productos sanitarios que se presentan en esta publicación solo tienen la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) para uso limitado al ámbito experimental. Compete al profesional sanitario averiguar la situación de cada fármaco o producto sanitario que pretenda utilizar en su práctica clínica, por lo que aconsejamos consultar con las autoridades sanitarias competentes.

Derecho a la propiedad intelectual (C. P. Art. 270)

Se considera delito reproducir, plagiar, distribuir o comunicar públicamente, en todo o en parte, con ánimo de lucro y en perjuicio de terceros, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la autorización de los titulares de los correspondientes derechos de propiedad intelectual o de sus cesionarios.

Reservados todos los derechos.

Copyright de la edición en español © 2018 Wolters Kluwer

ISBN de la edición en español: 978-84-17033-16-3

Depósito legal: M-29849-2017

Edición en español de la obra original en lengua inglesa *Nutrition Counseling and Education Skills: A Guide for Professionals* de Betsy B. Holli y Judith A. Beto, 7.^a edición, publicada por Wolters Kluwer

Copyright © 2018 Wolters Kluwer

Two Commerce Square

2001 Market Street

Philadelphia, PA 19103

ISBN de la edición original: 978-1-4963-3914-0

A nuestras familias por extensión, colegas profesionales y devotos estudiantes, quienes han contribuido a nuestras habilidades de comunicación y educación en nutrición a lo largo de los años.

BBH y JAB



Prefacio

Las habilidades efectivas de comunicación son esenciales para todos los profesionales de la nutrición, ya sea que trabajen en la práctica clínica, la comunidad, la gerencia, la investigación o el servicio de alimentos. Un reto mayor es aprender, desarrollar y aplicar el conocimiento y habilidades necesarios mientras se ponen en práctica en la vida profesional y personal.

El rango de práctica de los nutricionistas se expande con rapidez a audiencias más amplias y diversas. Los estándares del Accreditation Council for Education in Nutrition and Dietetics (ACEND) de Estados Unidos continúan enraizados en el corazón de las habilidades de comunicación, asesoramiento y consejería, y educación que son esenciales para la práctica profesional y constituyen el enfoque de este libro. Estas competencias también se reflejan en la práctica internacional.

El proceso de cuidado nutricional (PCN) es la base para los estándares de práctica y los estándares del desempeño profesional. La terminología del PCN (eNCPT, *nutrition care process terminology*) provee un medio para conectar la intervención práctica con los resultados en esta era de registros médicos electrónicos.

Los siguientes son algunos de los cambios en esta 7.^a edición:

- La tabla de contenidos se divide en tres secciones: habilidades de comunicación, asesoría y consejería para un cambio de comportamiento de salud y habilidades educativas. Algunos capítulos han sido reordenados y reenumerados.
- Los casos de estudio fueron reformulados como casos prácticos, se encuentran al comienzo de cada capítulo y se han añadido preguntas sobre análisis del caso a lo largo del texto.
- El capítulo 1 refleja la extensión del campo de la práctica nutricional en Estados Unidos y a nivel global.
- Las referencias bibliográficas están al final del libro, ordenadas por capítulo.
- Los materiales de apoyo para instructores y estudiantes se han expandido y están disponibles en thePoint, el sitio web del editor.
- La terminología del proceso de cuidado nutricional (eNCPT) ya no está disponible en formato impreso, pero se puede acceder a ella a través de la Academy of Nutrition and Dietetics (AND).

Las intervenciones nutricionales efectivas se fundamentan en teorías, modelos y estrategias basados en la evidencia; los principios de la nutrición clínica; y el conocimiento de una variedad de abordajes educativos y de la ciencia del comportamiento. Existe evidencia de que las intervenciones que se basan en las teorías son más efectivas que aquellas que carecen de bases teóricas y los profesionales de la salud deben personalizar (o individualizar) la elección de la teoría y modelo para la situación específica del paciente. Las intervenciones basadas en teorías o modelos, como el modelo de creencia en la salud, la teoría conductual, la teoría socio-cognitiva, la entrevista motivacional o el modelo transteórico del cambio conductual están contenidas en los capítulos.

El enorme incremento en el sobrepeso y la obesidad entre niños y adultos en el mundo es una gran amenaza para la salud en general. El propósito de nuestras intervenciones es lograr un cambio conductual activo en la alimentación y la actividad física para mejorar la salud y prevenir o controlar una enfermedad crónica.

Agradecimientos

Agradecemos a Hope T. Bilyk, MS, RD, LDN, Assistant Professor, Department of Nutrition, College of Health Professions, Rosalind Franklin University of Medicine and Science, North Chicago, Illinois, por su revisión del capítulo sobre comunicación y competencia cultural. Diane Rigassio Radler, PhD, RD, Associate Professor, Department of Nutritional Sciences y Directora, Institute of Nutrition Interventions, Rutgers University, New Jersey, continúa con sus aportaciones en asesoramiento y consejería para la modificación conductual.

Agradecemos a John Larkin, gerente de proyecto de Wolters Kluwer Health, Health Professions, por su ayuda a todo lo largo de la preparación del manuscrito y sus complementos. Algunas fotografías se obtuvieron del US Department of Agriculture y de la CDCP Public Health Image Library.



Contenido

Prefacio

SECCIÓN 1 ■ Habilidades de comunicación

- Capítulo 1** Expandir el ámbito de la práctica nutricional
- Introducción
 - Origen de los hábitos o conductas alimentarias
 - Iniciativas gubernamentales de salud pública
 - Resultados de la encuesta de alimentación y salud
 - Marco de referencia del ámbito de práctica
 - Proceso de cuidado nutricional
 - Evolución del ámbito de la práctica nutricional

- Capítulo 2** **Comunicación**
- Introducción
 - Definición de comunicación
 - Modelo de comunicación interpersonal
 - Comunicación verbal y no verbal
 - Diversidad
 - Habilidades de escucha

- Capítulo 3** Entrevistas
- Introducción
 - Entrevistas nutricionales
 - Entrevistas de trabajo
 - Condiciones que facilitan las entrevistas
 - Partes de la entrevista

Respuestas

Cierre de la entrevista

Capítulo 4 Comunicación y competencia cultural

Introducción

Diversidad cultural

Procesos culturales

Diversidad en el sitio de trabajo

Modelos de competencia cultural

Competencia cultural en el asesoramiento

Alfabetismo limitado

SECCIÓN 2 ■ Asesoramiento y consejería para un cambio de comportamiento de salud

Capítulo 5 Etapas y procesos del cambio de comportamiento de salud

Introducción

Modelo transteórico o etapas de cambio

Etapas del cambio

Procesos de cambio

Equilibrio en la decisión

Autoeficacia

Fijación de metas

Intervención nutricional

Vigilancia y evaluación nutricionales

Documentación

Comunicación electrónica

Capítulo 6 Asesoramiento y consejería centrados en la persona

Introducción

Uso de teorías y modelos

Asesoramiento no directivo

Entrevista motivacional

Aplicaciones

Motivación

Fijación de metas

Modelo de creencias en salud

Asesoramiento directivo

Capítulo 7 Asesoramiento y consejería para modificación de comportamiento

Introducción

Condicionamiento clásico

Condicionamiento operante

Modelado

Cambio de los comportamientos alimentarios

Autovigilancia

Automanejo

Apoyo social

Aplicaciones

Capítulo 8 Asesoramiento y consejería para el cambio cognitivo

Introducción

Terapia cognitivo-conductual

Cogniciones

Autoeficacia

Prevención de recaídas

Modelos y teorías del cambio

Capítulo 9 Asesoramiento y consejería a través de las etapas de la vida

Introducción

Mujeres en etapa preconcepcional y embarazadas

Infantes hasta dos años de edad

Niños preescolares, de dos a cinco años de edad

Niños en edad escolar, de seis a 12 años de edad

Adolescentes, de los 13 a los 19 años

Asesoramiento familiar

Adultos, de 20 a 64 años

Adultos, de 65 años en adelante

Manejo de enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación

SECCIÓN 3 ■ Habilidades educativas

Capítulo 10 Principios y teorías del aprendizaje

Introducción

Aprendizaje

Teorías de aprendizaje conductual

Teoría cognitiva social

Teorías cognitivas

Memoria

Transferencia de aprendizaje

Andragogía

Estilos de aprendizaje y de enseñanza

Difusión de las innovaciones

La tecnología como herramienta de aprendizaje

Capítulo 11 Planeación del aprendizaje

Introducción

Entorno para la enseñanza y el aprendizaje

Pasos para una educación eficaz

Valoración de necesidades

Desarrollo de los objetivos de desempeño

Dominios de aprendizaje

Determinar el contenido de los planes de aprendizaje

Organización de grupos de aprendizaje

Capítulo 12 Implementación y evaluación del aprendizaje

Introducción

Selección de técnicas y métodos

Técnicas para los distintos dominios de aprendizaje

Análisis de tareas

Capacitación en el puesto

Secuencia de instrucción

Evaluación de resultados

Tipos de evaluación y resultados

Técnicas de recolección de datos

Confiabilidad y validez

Planes de lección y de programa

Documentación

Capítulo 13 Presentaciones orales

Introducción

Preparación de una presentación efectiva

Componentes de una presentación efectiva

Implementación de una presentación efectiva

Métodos de evaluación

Adaptaciones

Capítulo 14 Uso de medios para la instrucción

Introducción

Beneficios de los medios visuales

Planeación del uso de medios visuales

Principios de arte y diseño

Aprendizaje asincrónico y sincrónico

Tipos de medios visuales

Consideraciones de alfabetismo y aritmética

Compra de materiales preparados

Capítulo 15 Facilitación del aprendizaje en grupo

Introducción

Definición de grupos y equipos

Etapas del desarrollo de grupos

Características de la dinámica de grupo y de equipo

Pensamiento equivocado de grupo

Liderazgo de grupo y equipo

Características de un equipo efectivo

Manejo de pequeños grupos y equipos

Capacidades como facilitador de grupos

Roles y funciones del facilitador y del participante

La paradoja de la dinámica de grupo

Solución de problemas y toma de decisiones

APÉNDICE ■ Referencias

Índice

Habilidades de comunicación



Expandir el ámbito de la práctica nutricional



Objetivos

- Discutir el origen de los hábitos o comportamientos alimentarios de las personas.
- Describir el uso del marco de referencia del ámbito de práctica.
- Describir las cuatro partes del proceso de cuidado nutricional.
- Explorar la evolución de las áreas de la práctica nutricional.

CASO PRÁCTICO 1



Karen, una mujer casada de 35 años de edad, hizo una cita con un nutricionista privado para obtener una guía para la pérdida y mantenimiento de peso. Karen trabaja de tiempo completo como secretaria de un banco, y a menudo sale a comer con sus compañeros de trabajo. Su esposo vende computadoras. Tienen tres niños de 6 a 10 años que van a la escuela. La madre de Karen cuida a los niños después de la escuela hasta que su hija vuelve a casa. Karen mide 1.67 metros (5'5") y pesa 77 kg (170 lb). Cuando se casó hace 12 años, pesaba 61 kg (135 lb).

Karen describió su día. Se levanta temprano para hacer el desayuno y preparar a los niños para la escuela. Después del trabajo está cansada y los niños están hambrientos, así que ella describe la cena como un “trabajo de último minuto” o lleva algo de comer a casa. Después de hacer la limpieza, ayuda a los niños con la tarea, lava la ropa o hace otros quehaceres domésticos, asiste a actividades nocturnas en la escuela, realiza algunos encargos, mete a los niños a la cama y después se acuesta. Se describe a sí misma como “exhausta”.

Nunca dudes que un pequeño grupo de ciudadanos considerados y comprometidos puede cambiar el mundo. En realidad, es lo único que alguna vez lo ha hecho.

—Margaret Meade

Introducción

Desde el inicio de la profesión del nutricionista, el asesoramiento y consejería nutricional, las habilidades y el conocimiento educativo, se han reconocido como esenciales para una práctica clínica y de manejo exitosa. En Estados Unidos, la Academy of Nutrition and Dietetics sigue exigiendo estas técnicas básicas de comunicación para todos los nutricionistas (RDN, *registered dietitian nutritionist*) y técnicos en nutrición (NDTR, *nutrition and dietetic technician, registered*). La comunidad global también requiere de habilidades de comunicación y asesoramiento para los profesionales de la nutrición.¹⁻⁴

La International Confederation of Dietetic Associations (ICDA) representa a más de 41 organizaciones dietéticas internacionales y cuenta con más de 160 000 miembros en todo el mundo. Según la ICDA, un nutricionista “es una persona con calificaciones en nutrición y dietética, reconocida por una autoridad nacional. El nutricionista aplica la ciencia de la nutrición a la alimentación y educación de individuos o grupos en la salud y en la enfermedad”.⁵ Las competencias educativas específicas pueden variar entre los grupos, pero las habilidades y el conocimiento para la orientación y la educación son requisitos universales. Los profesionales pueden ser llamados *dietistas*, *licenciados en nutrición* o *nutricionistas* y pueden responder a requerimientos de licencia específicos de su área o su país.⁶ Algunas asociaciones de nutricionistas que son miembros de la ICDA incluyen a la Academy

of Nutrition and Dietetics, Dietitians Association of Australia, Dietitians of Canada y la European Federation of the Association of Dietitians.⁵

Los profesionales de la nutrición han expandido los escenarios de su práctica, en particular durante la última década, para incluir hospitales, centros académicos de ciencias de la salud, instalaciones de cuidado a largo plazo, programas corporativos de bienestar, prácticas interdisciplinarias en áreas como la nutrición deportiva o la pérdida de peso, agencias de salud pública, consultorios privados o manejo corporativo. La mayoría de los profesionales es responsable de evaluar el estado nutricional, diagnosticar, intervenir a través del asesoramiento y evaluar cuáles pacientes están teniendo éxito y qué es lo que tendrían que cambiar. La meta es que la gente modifique sus conductas alimentarias para mejorar su salud y reducir el riesgo de enfermedades crónicas. El cambio en la conducta de salud promueve la reducción del riesgo de enfermedades que pueden prevenirse y mejora la salud de quienes presentan problemas médicos.

En este capítulo se explora la expansión del ámbito de práctica de la nutrición. Se revisan las iniciativas gubernamentales dirigidas a la población con el fin de que el conocimiento y los programas públicos de educación para la salud produzcan un cambio en el comportamiento de la salud. El marco de referencia del ámbito de la práctica de la Academy of Nutrition and Dietetics establece los parámetros de una práctica competente. El modelo del proceso de cuidado nutricional (PCN) usa la terminología del proceso de cuidado nutricional (eNCPT, *nutrition care process terminology*) para conducir el ciclo del cuidado nutricional. Por último, se exploran también nuevas áreas de evolución de la práctica.

Origen de los hábitos o conductas alimentarias

Los hábitos alimentarios de las personas, descritos a menudo como conductas alimentarias, se originan temprano en la infancia y evolucionan con el tiempo. ¿Por qué la gente come como lo hace? Porque es una respuesta fisiológica al hambre, por supuesto, pero las elecciones de alimentos y la forma de comer son mucho más complejas e involucran factores culturales, sociales, económicos, ambientales y de otros tipos en la elección de alimentos además de la decisión, patrones y gusto personales.⁷ Existen muchas ocasiones para comer en nuestras vidas diarias. El consumo de alimentos fuera de casa en establecimientos comerciales sigue en aumento.

Los nutricionistas aconsejan a las personas que deben cambiar sus hábitos alimentarios por medio de estrategias de intervención para motivar y mejorar las posibilidades de éxito de esos cambios. La elección de alimentos es parte de un complejo sistema conductual y está moldeada por una vasta gama de variables. El alimento es esencial para la vida, pero los patrones y elecciones alimentarios que la gente realiza pueden afectar de modo directo a la salud. La elección de alimentos y estilos de vida cambian a menudo el riesgo de un individuo de padecer muchas enfermedades crónicas como cardiopatías, derrame cerebral, diabetes y algunos tipos

de cáncer.⁸ El éxito en el asesoramiento y educación nutricionales requiere entender por qué la gente come como lo hace y después usar ese conocimiento para poner en práctica intervenciones apropiadas.

ANÁLISIS DEL CASO 1



¿Cuáles factores del estilo de vida de Karen pueden ayudar o impedir el logro de cambios en sus elecciones alimentarias?

Tener conocimientos o pensamientos positivos más que negativos ayuda a que la persona realice cambios. Los conocimientos pueden verse afectados por actitudes, percepciones y sentimientos. Existe una gran diferencia entre “la nutrición es importante y vale la pena el esfuerzo por mi salud” y “es demasiado problemática y de todas formas me siento bien”. Se piensa que las actitudes influyen en las decisiones y acciones de las personas. La gente puede comer no solo por razones fisiológicas como el hambre, sino también por razones psicológicas como ansiedad, depresión, soledad, estrés o aburrimiento, así como debido a estados emocionales positivos como felicidad y celebraciones. La ingesta de alimentos puede mitigar la culpabilidad, pero también producir sentimientos de culpa.⁷

AUTOEVALUACIÓN 1



Menciona tres aspectos que influyen en tu elección de alimentos.

Saber qué comer es ciertamente el primer paso para influir en la elección de alimentos saludables, pero es probable que esto esté sobrevaluado. Hay personas que saben qué comer y no lo hacen. Cuando la gente no come en forma saludable, algunos nutricionistas redoblan sus esfuerzos de educación como si el problema fuese la falta de conocimiento. La relación entre lo que la gente sabe de comida y nutrición, y lo que come, es muy débil. Existen otros factores que pueden estar teniendo influencia y deben ser explorados. El conocimiento ayuda solo cuando la gente está lista y motivada a cambiar. Así, hay muchas influencias sobre las elecciones alimentarias, incluyendo factores cognitivos, socioculturales, físicos y geográficos. El nutricionista debe explorarlos todos para entender a su paciente, la motivación que tiene para cambiar y el tipo apropiado de intervención. En la [figura 1-1](#) se resumen algunas de las variables que motivan los cambios en las elecciones alimentarias y comportamientos de salud. En los siguientes capítulos se proveen estrategias específicas de orientación para abordar áreas como el cambio cognitivo y conductual, junto con un capítulo completo que estudia los componentes culturales.

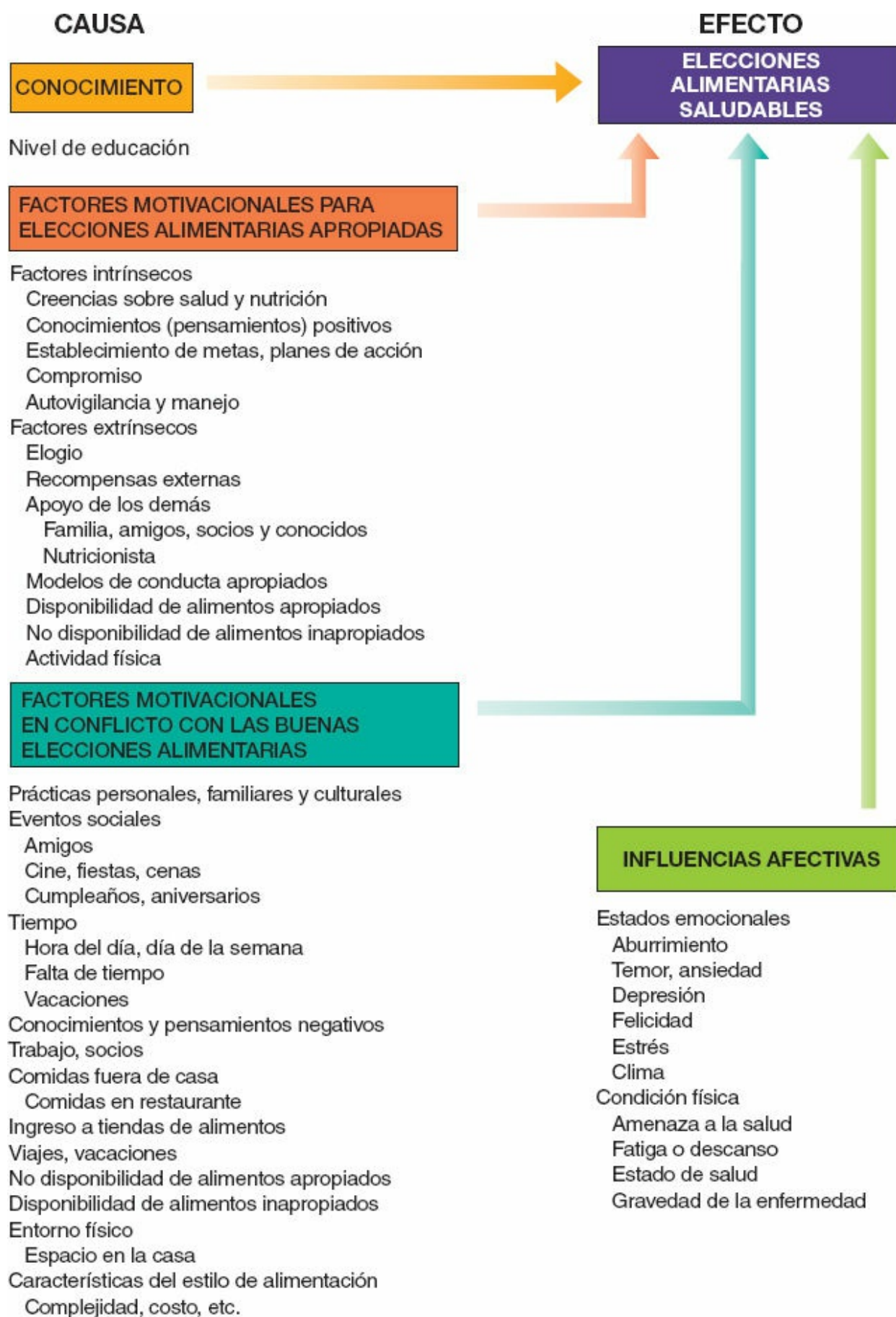


Figura 1-1 ■ Variables que motivan el cambio en la elección alimentaria y el comportamiento respecto

Iniciativas gubernamentales de salud pública

Muchas agencias gubernamentales han creado iniciativas de educación en salud pública para mejorar los resultados de salud de la población. Por ejemplo, el Department of Agriculture de Estados Unidos tiene programas para evaluar el estado de la población estadounidense y proveer guías para mejorar la salud. La *National Health and Nutrition Evaluation Survey* (NHANES) es un programa longitudinal con fondos federales que aporta datos sobre un grupo aleatorio de niños y adultos de diversas edades, al recabar información sobre la ingesta alimentaria y la antropometría.⁹ Los investigadores usan con frecuencia este conjunto de datos para conducir investigaciones sobre las tendencias de salud en el tiempo correlacionadas con cambios conductuales.

ChooseMyPlate

El programa *ChooseMyPlate* del Department of Agriculture de Estados Unidos emite un mensaje visual y positivo de cómo elegir los alimentos para cada comida.¹⁰ En el plato, las frutas y verduras deben constituir la mitad de la alimentación, con más verduras que frutas. La otra mitad debe incluir granos o cereales y proteínas como carne, pollo y pescado, con más granos que proteínas. Los lácteos se muestran a un lado. Las adaptaciones del programa *ChooseMyPlate* incluyen su aplicación en ambientes escolares y grupales, y soporte electrónico con un sitio web y recursos interactivos en línea ([figura 1-2](#)).^{11,12}

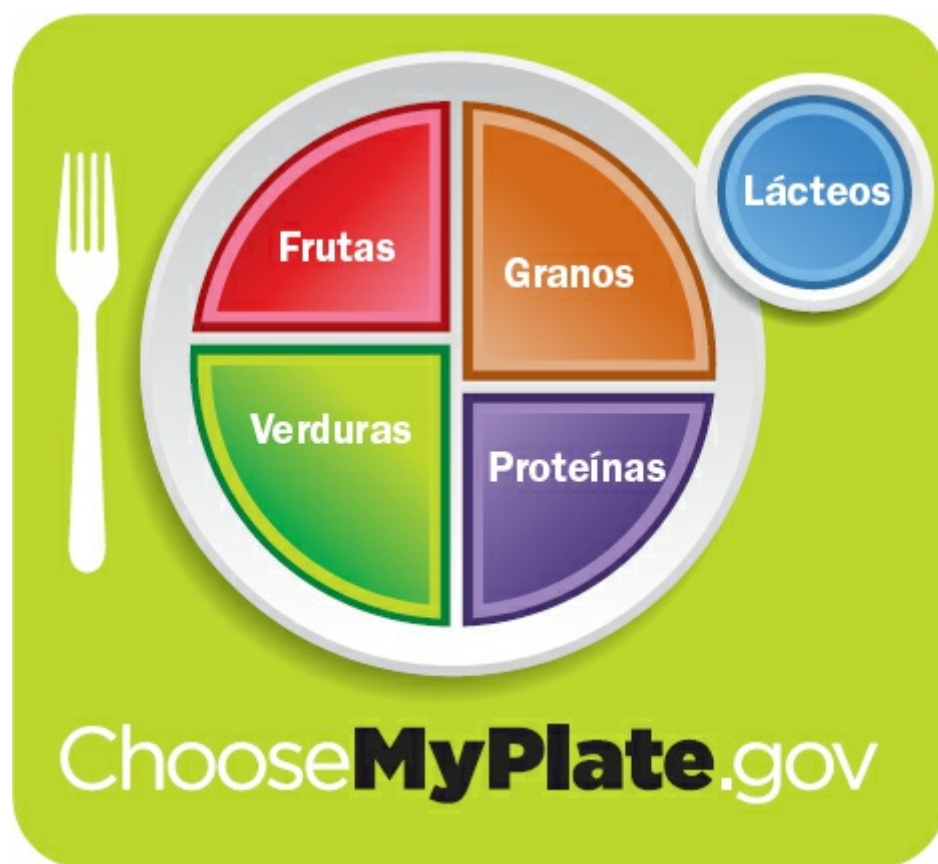


Figura 1-2 ■ <http://ChooseMyPlate.gov>.

Fuente: Department of Agriculture de Estados Unidos.

Guías alimentarias para estadounidenses

El Department of Health and Human Services (HHS) de Estados Unidos patrocina actualizaciones de las guías alimentarias para estadounidenses a intervalos regulares. La edición más reciente (2015-2020) resume el consenso de recomendaciones nutricionales científicas, basadas en la evidencia para una alimentación saludable, que se revisan cada cinco años. La directora del Dietary Guidelines Advisory Committee fue Barbara Millen, doctora y nutricionista certificada de Boston.¹³ Las guías son la base de los programas de orientación y educación nutricional y de los programas federales de asistencia alimentaria. Están dirigidas a personas saludables y a quienes están en riesgo de enfermedades crónicas. La mala alimentación y la inactividad física son factores importantes que contribuyen a la epidemia de sobrepeso y obesidad y se asocian con las principales causas de morbilidad y mortalidad en Estados Unidos. Más de una tercera parte de los niños y dos terceras partes de los adultos estadounidenses tienen sobrepeso o son obesos.⁸

Healthy People 2020

Healthy People 2020 (*Gente Saludable 2020*) es un conjunto de metas y objetivos nacionales en Estados Unidos diseñado para conducir los esfuerzos de promoción de

la salud y prevención de la enfermedad para mejorar la salud de las personas en un periodo de 10 años, emitido por el HHS cada década. Existen más de cuarenta temas de salud en el sitio web. El reto es evitar que ocurran enfermedades prevenibles y crónicas. Las cardiopatías, el cáncer y la diabetes mellitus son responsables de 7 de cada 10 muertes entre los estadounidenses cada año. Una alimentación saludable ayuda a reducir el riesgo de sobrepeso y obesidad, cardiopatías, hipertensión, diabetes tipo 2, dislipidemias (perfil de lípidos negativo), algunos tipos de cáncer y otros padecimientos.^{8,13}

ANÁLISIS DEL CASO 2



¿Qué sugerencias o alternativas puedes darle a Karen para superar sus problemas usando alguna de las iniciativas de salud ya descritas? ¿Cómo puede usar el programa *ChooseMyPlate* con su familia?

Guías de salud internacionales

En la [tabla 1-1](#) se ofrecen ejemplos de guías de salud internacionales aplicables a cualquier población específica de un país o en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) mantiene tanto un enfoque global como uno individualizado por país y áreas regionales de interés para la salud y la nutrición. La Organización de Alimentación y Agricultura (FAO, Food and Agriculture Organization) de Naciones Unidas también vigila las guías alimentarias. La mayoría de las guías de salud se actualiza con regularidad y se individualiza para sus audiencias objetivo.¹³⁻¹⁵

País	Guías de salud	Organización
Australia	Australia Guide to Health Eating www.eatforhealth.gov.au	Gobierno australiano, National Health and Medical Research Council, Department of Health and Ageing
Canadá	Canada's Food Guide www.hc-sc- gc.ca	Health Canada, Office of Nutrition Policy and Promotion
Internacional	Guías globales/Guías específicas por país who.int/nutrition/en fao.org/nutrition	Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización de Alimentación y

		Agricultura (FAO) de las Naciones Unidas
Filipinas	Philippines Dietary Reference Intake (PDRI) 2015 fnri.dost.gov.ph	Food and Nutrition Research Institute, Department of Science and Technology
Estados Unidos	<i>ChooseMyPlate</i> ChooseMyPlate.gov	United States Department of Agriculture, Food and Nutrition Services
Estados Unidos	2015-2020 Dietary Guidelines health.gov/dietaryguidelines	United States Department of Health and Human Services, United States Department of Agriculture

Tabla 1-1 ■ Lista de guías seleccionadas gubernamentales enfocadas en la salud de la población.

Resultados de la encuesta de alimentación y salud

¿Cuánto conoce la gente sobre nutrición y salud, y cómo afecta esto sus elecciones alimentarias? En 2015, la International Food Information Council Foundation realizó la décima encuesta de alimentación y salud indagando actitudes del consumidor sobre seguridad alimentaria, nutrición y salud.

La encuesta reveló lo siguiente:¹⁶

- Más de tres cuartas partes (78%) de los entrevistados prefieren oír información acerca de *qué comer* versus *qué no comer*. Esto aumentó 7% desde 2014 para la categoría de respuesta “completamente de acuerdo”.
- Cerca de 84% (de 76% en 2011) trata de reducir o mantener su peso. Las dos barreras más importantes fueron falta de voluntad (37%) y falta de tiempo (31%).
- Cerca de 76% trata de consumir menos calorías al beber más agua y bebidas con bajas o nulas calorías.
- Cerca de 57% califica su salud como muy buena o excelente, pero 55% del grupo encuestado tenía sobrepeso u obesidad.
- Los consumidores tratan de comer más frutas y verduras (82%).
- Cerca de 70% trata de consumir más alimentos con granos enteros.
- Cerca de 69% está disminuyendo el consumo de alimentos ricos en azúcar añadida.
- Cerca de 68% consume porciones más pequeñas.
- Más de la mitad de los estadounidenses encuestados (51%) admite que la oferta de alimentos en Estados Unidos sería más cara si se eliminaran los alimentos procesados, y 45% afirma que los alimentos provistos por el Estado serían menos

convenientes.

- Los encuestados de menores ingresos se preocupan por los elevados costos de los alimentos y son más propensos a gastar dinero extra, si lo tienen, en alimentos.
- El sabor (83%), el precio (68%) y la salubridad (60%) siguen siendo los tres impulsores principales en la compra de alimentos.
- Cerca de 60% (comparado con 70% en 2013) tiene confianza en la seguridad de la oferta de alimentos en Estados Unidos.
- Los consumidores leen las etiquetas para decidir antes de comprar el producto en busca de la fecha de caducidad (51%), información nutricional (49%), ingredientes (40%), tamaño de la porción y cantidad por envase (36%) y marca (27%). Solo 11% reportó que no lee las etiquetas.
- El tiempo reportado para preparar la comida: 19% menos de 15 minutos, 52% entre 15 y 44 minutos y 29% más de 45 minutos.

El acceso a la tecnología sigue cambiando el cuidado de la salud tanto para los profesionales como para sus pacientes. En 1995, solo 1 de cada 10 estadounidenses tenía acceso a internet comparado con 80% de los adultos en 2015. El número de individuos con un *smartphone* aumentó solo 13% (de 8% en 2013). El mayor incremento en el reemplazo del teléfono fijo y servicio de cable e internet por solo tecnología celular ocurrió en las poblaciones afroamericana y rural. Los pacientes con acceso a la red pueden llegar a sus citas con información médica y nutricional.¹⁷

Marco de referencia del ámbito de práctica

En Estados Unidos, el marco de referencia del ámbito de práctica de la Academy of Nutrition and Dietetics (AND) provee orientación sobre lo que está dentro del grupo de habilidades del nutricionista o su ámbito de práctica. Delinea las principales responsabilidades en el nivel inicial de la práctica con base en educación formal, conocimiento, habilidades y conocimiento fundamental o de capacitación establecido por el Accreditation Council of Education in Nutrition and Dietetics (ACEND).^{1,18,19} El primer nivel de este modelo usa el PCN como marco de referencia para la toma de decisiones en el cuidado nutricional.²⁰ El PCN es un área de conocimiento requerida en los programas de acreditación educacional, en los exámenes de recertificación de los nutricionistas y técnicos en nutrición conducido por la Commission on Dietetic Registration (CDR), y ha sido incorporado a los estándares de práctica y de desempeño profesional.^{1,18-21}

El segundo nivel aporta recursos de evaluación, tales como los estándares de práctica (EDP) y estándares de desempeño profesional (EDDP) en el nivel inicial y los niveles avanzados de la práctica, e incluye el Código de Ética de la Academia (figura 1-3). Por último, hay ayudas o herramientas de decisión para quienes están considerando actividades o roles nuevos. A medida que los profesionales de la nutrición se refieren a estos materiales orientan su práctica, y el algoritmo de decisión ayuda en la evaluación de la competencia personal. Es importante notar que estos

estándares son para el ámbito de la práctica teórica, pero la aplicación real de la práctica puede ser definida por acreditación, la cual suele ocurrir en el nivel estatal, mientras que las credenciales se otorgan en nivel nacional en Estados Unidos. Por ejemplo, un nutricionista obtiene sus credenciales aprobando un examen de competencia nacional impartido por el CDR. Sin embargo, debe obtener su acreditación para ejercer en cada estado, lo que resulta en un estatus de licenciatura que requiere de un título en nutrición, pero también el pago de una tarifa anual en el nivel estatal.

Como parte del ámbito de práctica, la AND desarrolla estándares para evaluar la calidad de la práctica y el desempeño de los nutricionistas y técnicos. Los EDP y EDDP son herramientas de uso profesional para autoevaluación y con el fin de determinar la educación y habilidades necesarias para avanzar del grado general a la especialidad y a niveles avanzados de práctica nutricional. Los EDP se basan en los cuatro pasos del PCN de valoración, diagnóstico, intervención, y vigilancia y evaluación nutricionales, y se relacionan con el cuidado del paciente.²⁰ Los EDDP contienen seis dimensiones de desempeño profesional, incluyendo: provisión de servicios, aplicación de la investigación, comunicación y aplicación del conocimiento, utilización y manejo de recursos, calidad de la práctica, y competencia y confiabilidad.

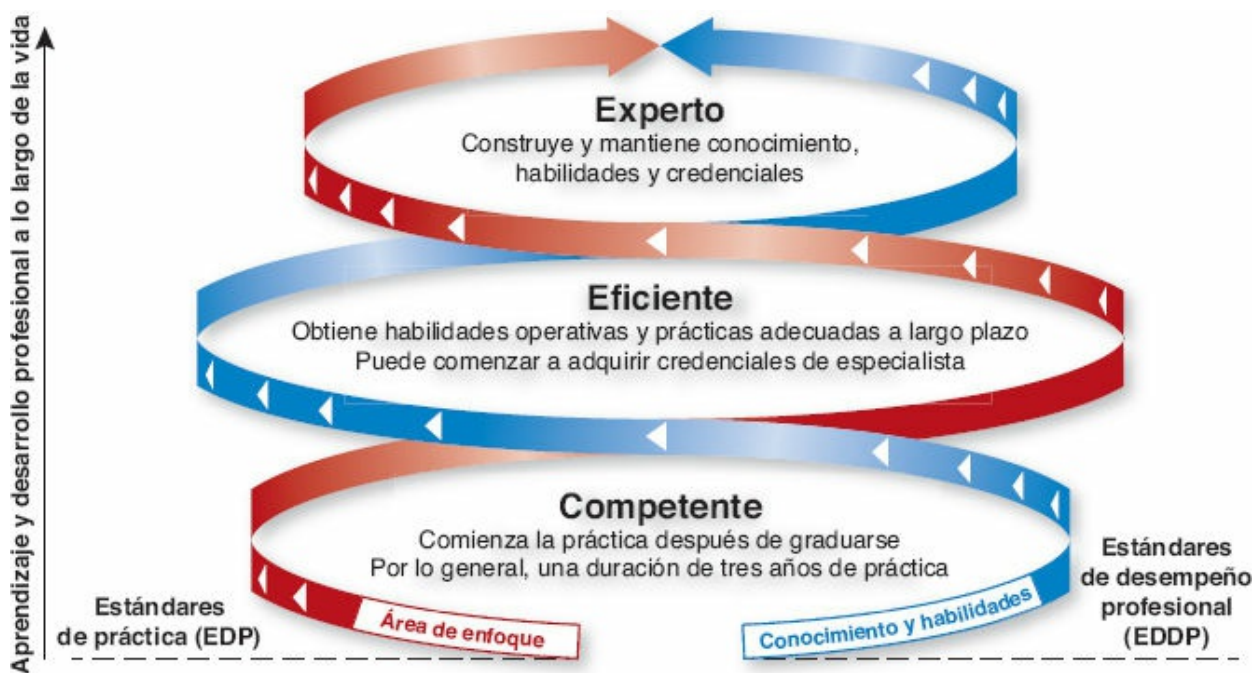


Figura 1-3 ■ Estándares de práctica y estándares de desempeño profesional para nutricionistas certificados (competente, eficiente y experto).

Fuente: ©Academy of Nutrition and Dietetics. Reimpreso bajo permiso.

Se han desarrollado también EDP y EDDP específicos de la práctica en áreas como alimentación “desordenada” y desórdenes de la alimentación, medicina integral y funcional, dispositivos de cuidados prolongados, cuidado de la diabetes, cuidado de la nutrición oncológica, nutrición deportiva y manejo de los sistemas de alimentación

y nutrición, por mencionar unos pocos.²² Muchos de estos EDP y EDDP específicos de la práctica forman la base de las credenciales de especialidad. Por ejemplo, un especialista renal certificado (CSR, *certified specialist in renal*) documenta la competencia en el estándar de práctica definido en el cuidado nefrológico en el nivel de experto.²³

Proceso de cuidado nutricional

El proceso de cuidado nutricional (PCN) es una herramienta creada para hacer avanzar la profesión y lograr “metas estratégicas de promoción de la demanda de profesionales de la nutrición y para ayudarlos a ser más competitivos en el mercado”.²⁰ Un grupo de trabajo inicial creó el proceso escalonado para describir la forma en que los nutricionistas ofrecen cuidados a sus pacientes. Fue evidente que una taxonomía estandarizada ayudaría a comunicar los resultados del cuidado nutricional y desarrollaría un lenguaje nutricional estandarizado. El PCN aporta un método para evaluar problemas relacionados con la práctica y tomar decisiones sobre las intervenciones nutricionales. El nutricionista obtiene e interpreta datos sobre un posible problema relacionado con la nutrición y sus causas. El marco de referencia ayuda al razonamiento y a la toma de decisiones que los nutricionistas usan para guiar su práctica profesional.

El PCN utiliza la terminología internacional oficial de dietética y nutrición (eNCPT), un grupo de términos estandarizados que solo está disponible en forma electrónica. Estos términos se usan también para la historia clínica. Su uso en un registro médico electrónico, pero no en un registro en papel, requiere del permiso de la Academy of Nutrition and Dietetics, porque el lenguaje está protegido por el derecho de autor.²⁴ La adopción de un lenguaje eNCPT estandarizado permitirá que las historias clínicas electrónicas puedan buscarse para el PCN y sus resultados. Esto, a su vez, aportará evidencia para resultados de salud que pueden atribuirse a la intervención nutricional y relacionarse con el reembolso basado en la evidencia por el asesoramiento y educación ofrecida por el nutricionista.

Los nutricionistas utilizan el PCN cuando dan cuidado nutricional de calidad a sus pacientes, clientes y otros grupos. El proceso estandarizado consta de cuatro pasos secuenciales interrelacionados: (1) valoración nutricional, (2) diagnóstico nutricional, (3) intervención nutricional y (4) vigilancia y evaluación nutricionales. Cada paso provee información para el siguiente. Sin embargo, si se obtiene nueva información y se requiere de una reevaluación, pueden revisarse los pasos previos. El PCN comienza después de que el paciente es referido por un médico o identificado como en posible riesgo nutricional (figura 1-4).²⁰

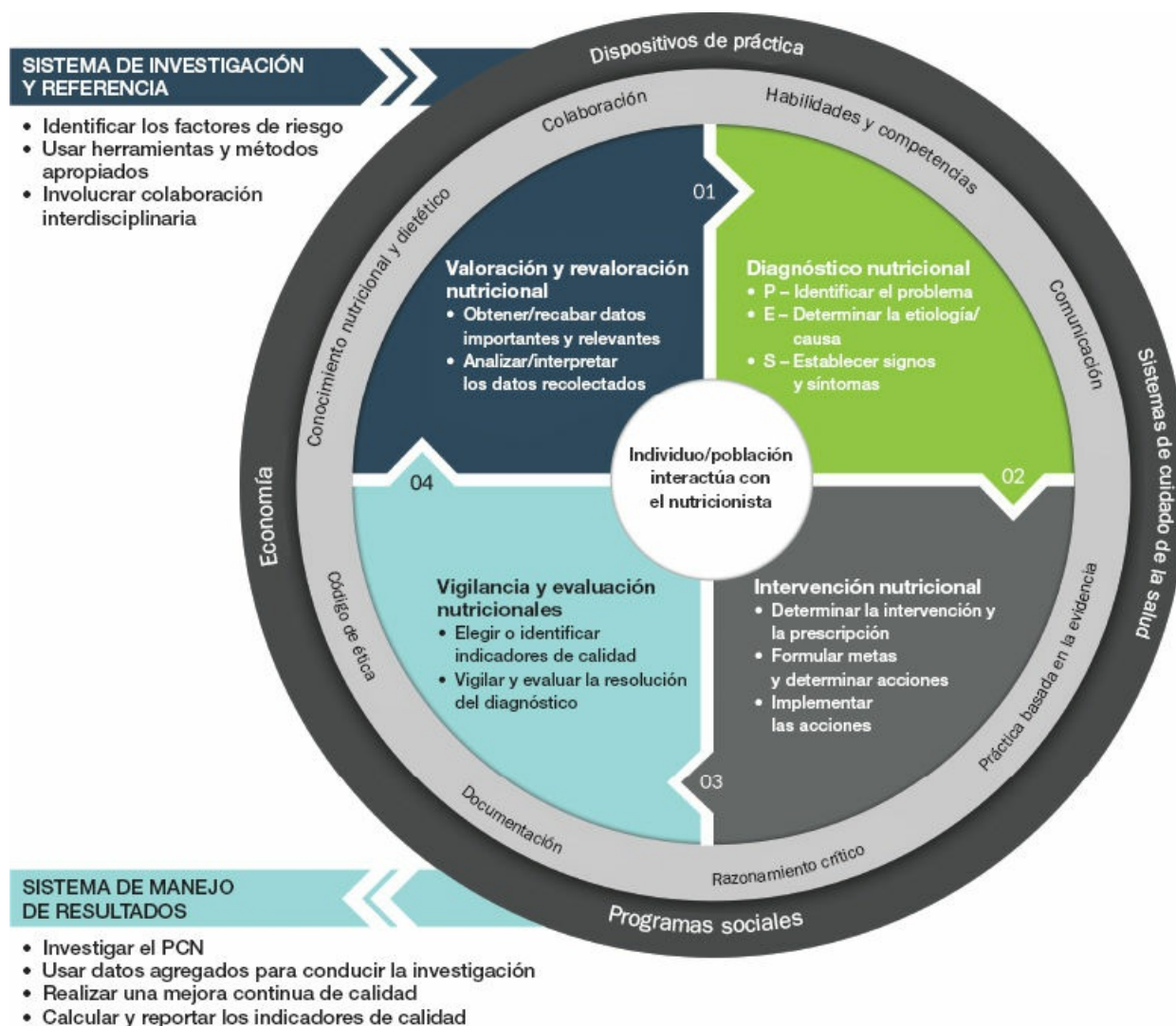


Figura 1-4 ■ El modelo del proceso de cuidado nutricional.

Fuente: ©Academy of Nutrition and Dietetics. Reimpreso con permiso.

Paso 1: Valoración nutricional

El propósito de la valoración nutricional es “obtener, verificar e interpretar los datos necesarios para identificar problemas relacionados con la nutrición, sus causas e importancia”.¹⁸ Estos datos se obtienen de los pacientes, la historia clínica y de otros miembros de la familia y profesionales de la salud. Existen cinco categorías de datos a recabar: (1) antecedentes relacionados con la nutrición y la alimentación, que suelen obtenerse por entrevistas; (2) mediciones antropométricas, como estatura, peso e índice de masa corporal (IMC); (3) resultados de datos bioquímicos, exámenes médicos y procedimientos en la historia clínica; (4) hallazgos físicos enfocados en la nutrición, como apetito y apariencia física; y (5) historia personal de la persona, parte de la cual está en la historia clínica. Los datos se comparan con los estándares y son interpretados.²⁰

En el paso de valoración, el nutricionista recoge con antelación datos o información sobre el paciente que pueden repercutir en el tratamiento. La

información no disponible en la historia clínica puede obtenerse durante una entrevista, como antecedentes de alimentación y nutrición. Los factores que pueden tener una repercusión en la ingesta de alimentos o nutrientes pueden incluir el papel que desempeña en la familia, la ocupación, el estatus socioeconómico, el nivel educacional, las creencias culturales y religiosas, la actividad física, el estado funcional, las habilidades cognitivas y la situación de vivienda. Por ejemplo, un nutricionista puede percatarse que el individuo ha estado ya en una dieta prescrita (código de terminología eNCPT FH 2.1, que representa la categoría principal de los antecedentes relacionados con el alimento/nutrición, término de valoración 2.1: Antecedentes Alimentarios).^{20,24}

El nutricionista puede recabar datos sobre los hábitos o patrones actuales de alimentación; sobre entornos físicos, sociales y cognitivos; y sobre intentos previos para hacer cambios alimentarios. El entorno físico incluye el sitio donde se come (en casa o en restaurantes, y en qué habitaciones de la casa), y los eventos que ocurren mientras se come (socializar, mirar televisión o leer). El entorno social, que puede o no prestar apoyo, incluye a los miembros de la familia, amigos, normas sociales y tendencias involucradas con las conductas alimentarias (ej., reunirse con amigos para cenar, alimentos de consumo popular y bebidas mientras se espera en la fila). El entorno cognitivo o mental involucra los pensamientos y sentimientos del paciente sobre los alimentos y su autoimagen y autoconfianza. Se trata de lo que los pacientes se digan a sí mismos sobre sus hábitos alimentarios y vida, ya que los pensamientos personales pueden o no promover el cambio exitoso. Los pensamientos positivos como “me encantan el filete y las papas horneadas”, o “mis entremeses preferidos son papas fritas y cerveza” pueden estimular el seguir comiendo.

Puede haber pensamientos negativos o derrotistas, o pensamientos de fracaso, aburrimiento, estrés y hambre. Por ejemplo: “Es muy difícil”, “No vale la pena”, “No puedo hacerlo”, “He estado a dieta antes, siempre fallé y volví a subir de peso”, o “Soy feliz como soy y no quiero cambiar”. Estos pensamientos también pueden estimular el seguir comiendo.

Dado que las creencias y actitudes influyen en el comportamiento, el nutricionista puede tener que explorarlas en relación con la condición clínica, nutrición, elecciones de alimentos y salud. También deben anotarse el nivel cultural de la persona y cualquier barrera del idioma.

Si se identifica un problema, la valoración del estado nutricional provee información básica a partir de la cual determinar el diagnóstico nutricional y establecer intervenciones realistas. Una vez recogidos todos los datos para la valoración, el nutricionista debe integrar y asimilar lo que ha visto, escuchado y observado para distinguir los datos relevantes de los que no lo son, identificar discrepancias y lagunas en los datos, y por último organizar los datos en una forma significativa y documentar la valoración.²⁰

ANÁLISIS DEL CASO 3



Paso 2: Diagnóstico nutricional

El objetivo del diagnóstico nutricional es “identificar y describir un problema de nutrición específico que puede resolverse o mejorarse a través del tratamiento/intervención nutricional por parte de un nutricionista profesional”.²⁰ El diagnóstico nutricional es lo que el nutricionista está tratando en forma independiente y difiere del diagnóstico del médico.

Los datos de la valoración nutricional se usan para etiquetar el diagnóstico nutricional, que se organiza en tres categorías: (1) ingesta (NI), como cuánta es la cantidad de alimentos o nutrientes consumidos comparados con las necesidades; (2) clínica (NC), como problemas relacionados con condiciones clínicas o físicas; y (3) conductual-ambiental (NB), como actitudes, creencias y el entorno físico de la persona. Por ejemplo, el diagnóstico médico para un paciente de diálisis puede ser “insuficiencia renal”, pero la terminología nutricional usando el eNCPT puede ser “NI-5.10.2 ingesta de potasio excesiva” o “NB-1.1 déficit de conocimiento de alimentación y nutrición”.^{20,24}

El diagnóstico nutricional, elegido de la lista de diagnósticos de la terminología eNCPT, se escribe en una declaración PES que describe el problema (P), su etiología (E) o causa, y los signos y síntomas (S) o datos de evidencia.²⁰ El formato de la declaración PES es “etiqueta de problema nutricional relacionado con _____ según lo demuestra _____”. El problema (P) *relacionado con* la etiología (E) *según lo demuestran* los signos y síntomas (S). El *problema* (P) o *etiqueta* del diagnóstico nutricional describe las alteraciones en el estado nutricional de la persona. Es seguido por la etiología (E), la causa potencial o factores contribuyentes, y se liga al diagnóstico por las palabras “relacionado con”. Los *signos y síntomas* (S) son los datos utilizados por el nutricionista para determinar que la persona tiene el diagnóstico nutricional especificado y se liga a la etiología por las palabras “según lo demuestra”.²⁰ La [tabla 1-2](#) es un ejemplo del PES.

Problema (P)	Etiología (E)	Signos y síntomas (S)
Diagnóstico de nutrición específico	Relacionado con etiología	Según lo demuestran los signos y síntomas
Sobrepeso (NC-3.3)	Relacionado con ingesta excesiva de energía (NI-1.5)	Según lo demuestra el consumo significativo de “comidas rápidas” (<i>fast food</i>) y aumento de peso hasta 4.5 kg (10 lb) en 3 meses (FH-1.2.2.3)

Tabla 1-2 ■ Ejemplo del sistema PES integrando los códigos de la terminología del proceso de cuidado nutricional.

Diagnóstico de nutrición: NC, clínico; NI, ingesta nutricional; valoración nutricional y vigilancia y evaluación: FH, antecedentes relacionados con la alimentación/nutrición.

La documentación es esencial a través del PCN, y es un proceso que incluye cuatro pasos.²⁰ Después de elegir el diagnóstico más esencial para trabajar el sistema de registro puede ser reorientado para capturar, en una o dos oraciones, el diagnóstico basado en la valoración. La recomendación es documentar el diagnóstico en un PES de tres pasos. El PES puede entrar en la sección de notas de una historia clínica electrónica o permanecer como una nota escrita en otros sistemas de documentación.

ANÁLISIS DEL CASO 4



¿Cuál sería el posible diagnóstico nutricional para Karen? ¿Cómo lo expresarías usando el eNCPT? Escribe una declaración PES para Karen.

Paso 3: Intervención nutricional

La intervención nutricional se define como “acciones planeadas dirigidas a lograr un cambio positivo en un comportamiento, condición ambiental o aspecto del estado de salud relacionados con la nutrición para un individuo (y su familia o cuidador), grupo objetivo o la comunidad en su conjunto”.¹⁸ El propósito es “resolver o mejorar el problema nutricional identificado al planear e implementar las intervenciones nutricionales adecuadas a la medida de las necesidades del paciente”.¹⁸ La intervención es dirigida por la etiología o causas del problema nutricional descrito en la declaración PES.

Existen cuatro categorías de intervenciones eNCPT: (1) entrega de alimentos o nutrientes (ND, *nutrient delivery*) como comidas, suplementos dietarios o métodos de alimentación alternativa; (2) educación nutricional (E), como dar información y desarrollar habilidades para modificar las conductas alimentarias con el fin de mejorar la salud; (3) asesoramiento nutricional (C) para crear planes de nutrición individualizados para mejorar la salud; y (4) cuidado nutricional coordinado (RC), como la coordinación con o referencia a otros profesionales de la salud. Hay dos componentes interrelacionados: una etapa de planificación y una etapa de implementación. Por ejemplo, la estrategia de intervención puede ser una entrevista motivacional C-2.1, seguida de desarrollo de habilidades E-2.2.^{20,24}

La intervención nutricional incluye las metas del paciente, las cuales sugieren la información, conocimiento y habilidades que la persona necesita para hacer cambios alimentarios. El nutricionista decide qué información proveerá, cuánta de dicha información puede absorberse en cada sesión, cuál es el nivel educacional y qué folletos o medios usar como complemento. La cantidad de información a proveer y el

mejor método para hacerlo debe ser individualizado y de acuerdo con las influencias culturales del paciente.

La intervención puede incluir asesoramiento o educación nutricional, por ejemplo, acerca de los siguientes temas y actividades: leer las etiquetas de los alimentos, adaptar recetas, planificar el menú, comidas en restaurante o para llevar, principios de alimentación saludable, salubridad de los alimentos, nutrientes en los alimentos elegidos, suplementos nutricionales, información nutricional errónea, conteo de grasas, carbohidratos, sodio o calorías, interacciones nutrientes-fármacos, manejo del apetito y la relación de la nutrición con el problema de salud. Además, la persona debe saber acerca de la actividad física, la autovigilancia de la alimentación y actividad, y el automanejo. Pueden requerirse intervenciones para resolver problemas de planificación, preparación y compra de los alimentos. Las intervenciones que contemplen cuestiones culturales son importantes para satisfacer las necesidades, deseos y estilos de vida de pacientes étnicos.

El nutricionista puede sugerir a otros con quienes el paciente puede discutir sus metas, ya que un compromiso público puede hacer que las metas se cumplan. Los registros de autovigilancia de la ingesta de alimentos y entornos deben presentarse en la siguiente cita, como una forma de que el paciente y el nutricionista sepan los factores que afectan las conductas alimentarias y como una demostración del compromiso para cambiar. Los registros personales, observaciones y análisis del entorno de los pacientes contribuyen a que tomen conciencia y entiendan mejor.

ANÁLISIS DEL CASO 5



¿Cuál sería una posible intervención nutricional para Karen? ¿Cómo expresarías la posible valoración nutricional usando el eNCPT?

Paso 4: Vigilancia y evaluación nutricionales

El propósito de la vigilancia y la evaluación nutricionales es “determinar el progreso realizado y si se logran las metas/resultados esperados”.¹⁸ El nutricionista identifica los resultados del paciente que son relevantes para el diagnóstico nutricional, planes de intervención y objetivos. Para determinar el progreso, el nutricionista identifica modificaciones en las conductas, metas o estándares de cuidado deseables como resultado del cuidado nutricional. Esto implica vigilar, medir y evaluar cualquier cambio en los indicadores del cuidado nutricional, el estado previo del paciente, los estándares de referencia y las diferencias entre la valoración y la revaloración.¹⁸

La vigilancia es el paso de seguimiento, mientras que la evaluación es el paso de comparación, sea en relación con la última visita o con un estándar. Después de establecer el progreso, puede ser necesario modificar las recomendaciones para promover el progreso hacia las metas. La determinación sobre cuál deberá ser la intervención puede hacerse en cuanto los mecanismos de evaluación se

individualicen, pero la Academy Evidence Analysis Library proporciona el marco de referencia para basar el PCN en la evidencia disponible de las mejores prácticas.²⁵ Por ejemplo, un resultado es el producto medido de los cambios debidos al proceso de asesoramiento y educación. Existen cuatro categorías de resultados organizados en la vigilancia y la evaluación nutricionales: (1) resultados de alimentación/nutrición relacionados con los antecedentes, como cambios en la ingesta dietética, actividad física, o conocimiento y comportamientos; (2) resultados de la medición antropométrica como peso, estatura e IMC; (3) resultados de los datos bioquímicos, exámenes médicos y procedimientos, incluyendo datos y pruebas de laboratorio; (4) resultados de los hallazgos físicos enfocados a la nutrición, como apariencia física y apetito.^{20,24}

Los datos de los resultados identifican los beneficios de la terapia nutricional médica en el cuidado del paciente. Al usar estos sistemas de control de calidad, los nutricionistas pueden evaluar varias cosas: (1) el éxito del paciente para seguir las metas establecidas e implementar nuevos comportamientos alimentarios; (2) el grado de éxito de la intervención nutricional, incluyendo sus fortalezas y debilidades; y (3) sus propias habilidades personales como nutricionista.

ANÁLISIS DEL CASO 6



¿Cuál sería el posible plan de vigilancia y evaluación nutricionales para Karen? ¿Cómo los expresarías usando el eNCPT?

Cadenas del proceso de cuidado nutricional

Rastrear el efecto de la intervención nutricional sobre los cambios en los patrones de salud ha sido un desafío. Con el PCN, se ha formulado el concepto de “cadenas” como un método para documentar que los nutricionistas están usando guías basadas en la evidencia en los contenidos de su orientación, asociando los datos de los resultados de salud con la intervención y el cambio en el paciente a través de búsquedas electrónicas de historias clínicas. Al rastrear estos cambios con el tiempo, pueden recabarse datos que proveen evidencia de que la retribución económica por los servicios del nutricionista resultará en mejoras costo-efectivas en los resultados de salud. El Center for Medicare Services (CMS) ha aprobado en Estados Unidos la retribución por servicios de nutrición para determinados clientes con diabetes y enfermedad renal crónica. Los nutricionistas deben obtener un número de proveedor de CMS para facturar y recibir su retribución en forma directa. En el mundo, las políticas de retribución por servicios de nutrición varían.²⁶



Tener acceso a alimentos saludables es de gran ayuda.

El nutricionista debe documentar usando registros electrónicos de los problemas y metas del paciente, los factores que los influyen y la intervención para la medición futura del cambio. Ejemplos de resultados son cambios en el peso, control glucémico, presión arterial, valores de lípidos y otros valores de laboratorio; aprobación del paciente; progreso del automanejo; y mejoras en el conocimiento, habilidades, cambios alimentarios y en el estilo de vida. Estos indican el efecto de la intervención y puede utilizarse para evaluar la efectividad del tratamiento. El nutricionista y el paciente deben realizar juntos la evaluación.

ANÁLISIS DEL CASO 7



Escribe un posible plan “encadenado” del proceso de cuidado nutricional para trabajar con Karen. ¿Cómo evaluarías la eficacia del tratamiento y documentarías el costo-efectividad de tu tiempo

El entusiasmo por el cambio puede declinar durante la primera semana, y aún más durante la segunda a medida que surgen los obstáculos. Por lo tanto, deben programarse frecuentes citas de control, si es posible. Los establecimientos de cuidados agudos pueden no proveer la oportunidad de seguimiento. Puede ser necesario derivar a nutricionistas de establecimientos ambulatorios o de práctica privada, porque una sola sesión no basta para promover un cambio a largo plazo en prácticas de salud. La comunicación es fundamental en cada paso del proceso. Con base en la valoración nutricional, una documentación clara del problema nutricional (diagnóstico) y la intervención o tratamiento asociarán los resultados con la práctica nutricional.

Evolución del ámbito de la práctica nutricional

A cada momento evolucionan nuevas áreas de práctica en el campo de la nutrición. Aquí podemos resaltar algunas, pero estos ejemplos solo ilustrarían una pequeña parte de las nuevas y excitantes áreas de práctica que aún deben definirse. La herramienta de valoración global subjetiva (*subjective global assessment*) y la exploración física nutricional examina a los pacientes en busca de cambios en la mucosa oral, integridad de la piel y deficiencias nutricionales para formular un diagnóstico nutricional y sus correspondientes intervenciones.^{27,28} Algunos practicantes están explorando normas de examinación de habilidades clínicas avanzadas que quizás algún día puedan ser probados usando pacientes comunes tal como se hace actualmente en medicina, medicina osteopática y podología.²⁹ Una auditoría de práctica avanzada conducida en 2013, con fondos de CDR, proveyó patrones de práctica iniciales que con el tiempo podrían ser usados para realizar un examen profesional de práctica avanzada.³⁰

Se está explorando también el concepto de valoración nutricional usando la medicina narrativa. Esta técnica se basa en habilidades para entrevistas motivacionales. Provee la habilidad de incluir prosa narrativa subjetiva y detallada además del PCN. A continuación presentamos un ejemplo de documentación de medicina narrativa:

El paciente se sentó en el cuarto con una expresión vacía, negándose a hacer contacto visual. Acababa de enterarse de que sus riñones fallaban y que pronto necesitaría diálisis. Qué comer o no era lo último que pasaba por su mente. En vez de eso, el Sr. Smith estaba concentrado en cómo podría continuar trabajando y manteniendo a su familia.³¹

Por último, se están explorando nuevos ámbitos de práctica. El área naciente de práctica nutricional dentro de equipos integrados de cuidado de la salud está evolucionando en filosofía médica centrada en el paciente, “de la persona íntegra” y en organizaciones de cuidado confiables. Estos sistemas están cambiando de un

modelo tradicional de cobro por servicio a una perspectiva más amplia de cuidado “total”. Estos sistemas integrados reciben recompensas financieras por mejorar los resultados de salud y bienestar. El nutricionista cuenta con una base integral para determinar el diagnóstico nutricional, aplicar las intervenciones nutricionales adecuadas y llevarse el crédito por cambios en el paciente que reducen el riesgo para la salud.³²

Apoyar las prácticas agrícolas sustentables y la innovación de agricultura ecológica.

Estimular la seguridad internacional en los alimentos y la colaboración en las políticas públicas.

Promover las iniciativas de educación global de la granja al tenedor y de la granja a la mesa.

Abogar por un procesamiento de alimentos seguro y consciente nutricionalmente.

Asociarse con los distribuidores de alimentos para comercializar programas y opciones de alimentos saludables.

Educar a los consumidores en métodos de almacenamiento y preparación de los alimentos basados en la evidencia.

Generar mayor conciencia sobre reducir lo más posible el desperdicio de alimentos.

Tabla 1-3 ■ Iniciativas profesionales para asociar la agricultura, la nutrición y la salud.

Adaptado de Volgiano C, Steiber A, Brown K. Linking agriculture, nutrition and health: The role of the Registered Dietitian Nutritionist. J Acad Nutr Diet. 2015;115:1710-1714; y Volgiano C, Brown K, Miller AM et al. Plentiful, nutrient-dense food for the world: A guide for Registered Dietitian Nutritionists. J Acad Nutr Diet. 2015;115:2014-2018.

En el ámbito global, diferentes grupos se han reunido para considerar la economía de la salud a partir de la terapia nutricional médica en la desnutrición asociada a enfermedad y en la inseguridad alimentaria.¹⁵ Han comenzado a surgir guías nutricionales basadas en la evidencia para una práctica e investigación avanzadas. Se requerirá de vigilancia y evaluación para dirigir estándares y políticas de salud pública. Un área de creciente interés es la integración directa de agricultura, nutrición y salud (tabla 1-3). En el panorama internacional, más de 30% del cultivo de alimentos para uso humano se desperdicia o nunca está disponible. Algunos nutricionistas han comenzado a trasladar su área de influencia al papel del agricultor y del productor directo de alimentos.^{33,34} Futuras áreas de práctica evolucionan con rapidez en nuevas y excitantes direcciones.





¿Cuál es el área de práctica nutricional que te gustaría explorar o que visualizas que se desarrollará en el futuro?

CAPÍTULO

1

Resumen

El alcance actual y en expansión del papel del nutricionista se basa en habilidades de comunicación, asesoría y educación. Trasladar la ciencia de la nutrición y las iniciativas gubernamentales de salud a la aplicación práctica es fundamental para la nutrición, sea aplicada a comunidades, grupos, familias o individuos en diversas áreas como preparación, compra o ingesta de los alimentos. El arte de la comunicación también es esencial en los roles gerenciales y de liderazgo. Todos los nutricionistas necesitan tener la habilidad de comunicarse y trabajar con eficacia con sus empleados, sus colegas y equipos en el mismo nivel, con las autoridades y con los pacientes. El marco de referencia del ámbito de práctica nos ayuda a considerar los límites presentes y futuros de la práctica y a brindar un cuidado seguro y de calidad a aquellos a quienes servimos. El uso del lenguaje estandarizado de PCN y la terminología eNCP mejora nuestra comunicación al proporcionar un cuidado nutricional efectivo y de calidad ligado a resultados positivos de salud.

Revisión y preguntas

1. Menciona cinco factores que influyen en las conductas o hábitos alimentarios.
2. ¿Cuáles son los tres componentes principales del marco de referencia de los estándares de práctica?
3. ¿Cuáles son los cuatro pasos del proceso de cuidado nutricional (PCN)?
4. ¿Qué hace el nutricionista en cada uno de los cuatro pasos del PCN?

Actividades sugeridas

1. Con alguien que trata de cambiar sus elecciones de alimentos, discute los cambios y los factores que las influyen, incluyendo oportunidades, retos o barreras. ¿Qué factores influyen en la persona?
2. Elige un plan de alimentación, como por ejemplo uno con aumento en fibra, sodio restringido, calorías reducidas o disminución de grasa y colesterol, y síguelo tú mismo por 7 días. Lleva un registro diario de todo lo que comes. ¿Qué tan fácil o difícil fue cumplir con el cambio alimentario por una semana? ¿Qué factores ayudaron o impidieron llevarlo a cabo rigurosamente?
3. Ve la televisión por dos horas o lee dos revistas actuales. ¿Qué productos alimenticios se anuncian? ¿Cuáles son los mensajes? ¿Cómo influyen estos anuncios en la elección de alimentos? Discútelo con tus colegas.

Comunicación



Objetivos

- Mencionar los componentes del modelo de la comunicación.
- Explorar formas de hacer que la comunicación verbal sea efectiva y de apoyo.
- Explicar el uso del parafraseo.
- Explicar ejemplos de comportamientos no verbales.
- Discutir el impacto de la diversidad en la comunicación.
- Enumerar formas de mejorar las habilidades de escucha.
- Identificar barreras comunes en la comunicación y cómo superarlas.



La nutricionista **Joan Stivers** anotó en la historia clínica que John Jones, su paciente de 63 años, mide 1.55 m (5'11") y pesa 113.39 kg (250 lb). Se trataba de un hombre jubilado, que acababa de ser diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2. Joan pasó por su cuarto del hospital, se presentó y le dijo que el propósito de su visita era conversar sobre su ingesta actual de alimentos. Durante la conversación, el Sr. Jones y su compañero de cuarto estaban viendo un partido de béisbol por televisión, y de vez en cuando comentaban brevemente las jugadas y los jugadores. Por último, el Sr. Jones dijo: "Tiene que hablar con mi esposa, no conmigo. Ella es la que cocina". En ese momento, el médico entró en el cuarto.

Solo hay una oportunidad de causar una buena primera impresión.

—Gary Dessler

Introducción

La tecnología actual facilita la comunicación. Estamos conectados por mensajes de texto, correo electrónico, teléfono celular, mensajería instantánea, Twitter y Facebook. Pero para los profesionales de la salud, relacionarse con los demás es necesario. Deben desarrollarse habilidades interpersonales para comunicarse con individuos, grupos y el público. La Academy of Nutrition and Dietetics (AND) reconoce la "experiencia en comunicación verbal" como una de las competencias fundamentales para comunicarse con eficacia con los pacientes, clientes y otros profesionales.^{1,2} Proveer "una información precisa y veraz al comunicarse con el público" es un requisito del código de ética.³

Las habilidades de comunicación son la base para entrevistar, asesorar y educar a los pacientes, clientes y el público, así como para ayudar a la gente a cambiar sus conductas alimentarias y de salud. Los nutricionistas y los profesionales de la salud proveen atención y educación nutricionales en relaciones colaborativas con pacientes, clientes y cuidadores. El asesoramiento y consejería centrados en el paciente como parte de una intervención, por ejemplo, requiere de habilidades competentes en comunicación, asesoramiento y educación.¹

El buen desarrollo de las habilidades de comunicación aumenta la probabilidad de éxito de los profesionales con los pacientes y su equipo. Es importante comunicarse con otros miembros del equipo de salud para identificar a quienes necesitan cuidado nutricional y para comunicarse con los pacientes con respecto a problemas relacionados con la nutrición. Los administradores de servicios de alimentos y quienes ocupan cargos que coordinan recursos humanos se comunican con el personal y otras personas en forma regular. A medida que los profesionales avanzan a niveles más altos de autoridad en la gerencia, las habilidades de comunicación son esenciales para trabajar eficazmente con la gente..

En este capítulo se presenta el proceso de comunicación interpersonal, incluyendo

la comunicación verbal y no verbal, y las habilidades de escucha. Se expone un modelo de comunicación que después se discute, seguido por una explicación de las implicaciones del proceso para los comportamientos verbales, no verbales y de escucha. También se aborda la repercusión de la diversidad en la comunicación.

Definición de comunicación

Una definición simple sería que la *comunicación* es “el proceso de actuar sobre la información”, y de transmitir mensajes verbales y no verbales en los cuales “el significado se crea entre la gente de manera simultánea”.⁴ Un profesional necesita la habilidad de usar un lenguaje apropiado al nivel de entendimiento de su paciente o su personal, de establecer una relación con ellos, de hablar en una forma que alivie la ansiedad, de comunicarse de manera que asegure la posibilidad de recordar información, y de proveer retroalimentación para la gente.

La comunicación efectiva requiere que el mensaje sea entendido con claridad, conforme a la intención del emisor; que logre el efecto pretendido; y que sea ético y veraz.⁴ Las diferencias en la cultura, el género, la edad, la educación, el origen y otros factores pueden ser fuente de malos entendidos. La comunicación ética y efectiva exige escuchar con cuidado, entender la historia de la persona y mantener la confidencialidad.⁵

Entre las áreas centrales de la iniciativa *Healthy People 2020* del gobierno de Estados Unidos está lograr mejor salud para todos los ciudadanos. La comunicación contribuye a la promoción de la salud, así como a los esfuerzos de prevención de la enfermedad. La estrategia es la comunicación para la salud y la tecnología de la información (TI) y para mejorar los indicadores de la salud de la población y la calidad del cuidado de la salud y así lograr equidad en salud.⁶ Entre los objetivos están las nuevas oportunidades para abarcar la diversidad cultural y llegar a quienes, por tener habilidades académicas limitadas, pueden enfrentar disparidades en el acceso a la información en salud.^{6,7}

El *alfabetismo en salud* se ha definido como “una diversidad de habilidades que contribuyen a la capacidad de realizar tareas de lectura y numéricas básicas para funcionar en el ámbito del cuidado de la salud y actuar con base en la información sobre cuidado de la salud”.⁸ Un nivel educativo bajo se asocia con un entendimiento deficiente de las indicaciones médicas escritas o verbales, que afectan la salud y que es más frecuente en ciertos grupos, como los menos alfabetizados, personas con deficiencias cognitivas, ciertos grupos étnicos y sociales y los adultos mayores.⁷

Las habilidades de comunicación se aprenden. El habla, la escucha y la capacidad de entender los mensajes verbales y no verbales deben mejorarse continuamente. Poner en práctica esas habilidades requiere de esfuerzos conscientes, intentos repetidos y muchas pruebas. Con la práctica, y en un tiempo más bien corto, notarás una diferencia en la forma en que otros te responden. Sin embargo, pulir las habilidades es un proceso continuo y comienza con el entendimiento de los muchos

elementos involucrados en el intercambio de la comunicación interpersonal.

Modelo de comunicación interpersonal

Los procesos complejos son más fáciles de entender cuando pueden visualizarse en un modelo. El modelo es una ilustración gráfica que ayuda al entendimiento. Estudiar el modelo de la comunicación para comprender el papel de cada componente es esencial para los profesionales interesados en expandir y mejorar su propio repertorio de comunicación.

Componentes del modelo de la comunicación

Los elementos incluidos en el modelo de la comunicación son: emisor, receptor, el mensaje en sí mismo, tanto verbal como no verbal, la retroalimentación y las barreras. Se representan de modo gráfico en la [figura 2-1](#).

Emisor

Los emisores del mensaje originan el pensamiento o emoción, lo codifican en palabras, y hablan primero.

Receptor

Los receptores o escuchas intentan decodificar o hallarle sentido al mensaje y suelen interpretar y transmitir de forma simultánea. Pueden estar escuchando lo que se dice, filtrando el mensaje a través de sus experiencias pasadas, valores o prejuicios, mientras piensan en lo que van a decir cuando el emisor deje de hablar. Incluso en silencio, es imposible que los involucrados en una situación de comunicación de dos direcciones no se comuniquen. Pueden reaccionar de modo no verbal con una cara ruborizada o una mirada aburrida, por ejemplo, dependiendo de lo que infieran del mensaje. Los emisores interpretan la apariencia y reacciones del receptor y ajustan la comunicación subsecuente. Así, ambas partes envían y reciben de modo simultáneo.

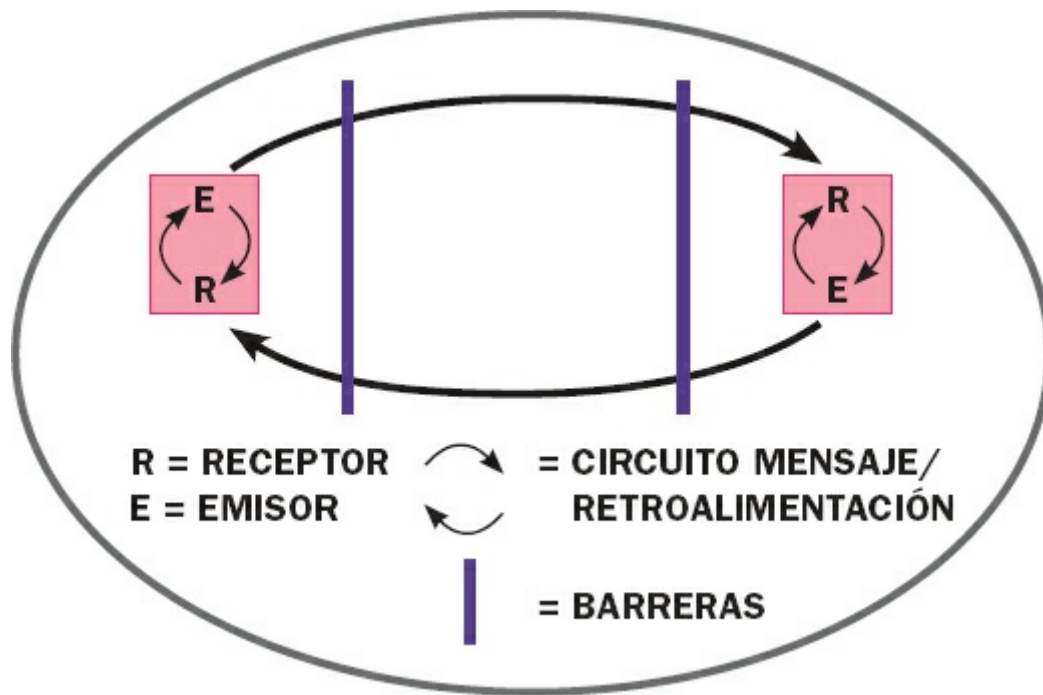


Figura 2-1 ■ El modelo de la comunicación.

Mensaje

El *mensaje* es la información que se comunica al otro. El receptor interpreta dos mensajes, el mensaje verbal real y el mensaje no verbal que infiere a partir del emisor y el entorno. Las inferencias no verbales surgen del tono emocional percibido en la voz del emisor, su expresión facial, atuendo, gestos, tono de voz, elección de palabras, dicción y pronunciación, así como del entorno donde se da la comunicación.

Retroalimentación

Como el proceso de comunicación puede estar teñido de errores, malos entendidos o malas interpretaciones por parte del receptor, la retroalimentación es una ayuda. El término se refiere a la respuesta verbal y no verbal a los mensajes. Asegura que el mensaje fue comprendido y que la comunicación fue exitosa. En la comunicación cara a cara, el emisor habla mientras mira a la otra persona, cuyas reacciones verbales y no verbales al mensaje, sean de aceptación, sorpresa, aburrimiento u hostilidad, son ejemplos de retroalimentación.

Después de los primeros segundos, la comunicación cara a cara se vuelve un proceso simultáneo de ida y vuelta de enviar y recibir. Mientras los emisores hablan, están recibiendo reacciones no verbales de los receptores. Con base en estas reacciones, pueden cambiar su tono, hablar más alto, usar un lenguaje más simple o hacer otros ajustes a su comunicación. Es de esperar que la retroalimentación varíe con la experiencia, educación, género y grupo cultural de una persona.⁴ En muchas culturas no occidentales, puede ser sutil e indirecta, mientras que el emisor puede preferir una aceptación más directa.

En la comunicación escrita, los escritores no pueden aclararles el contenido a los lectores porque no los ven. Aun cuando seleccionen con cuidado sus palabras para beneficio de sus lectores, la comunicación escrita suele ser menos eficaz que la comunicación verbal entre individuos, debido a la incapacidad de ajustar el lenguaje escrito en respuesta a la retroalimentación por parte de los lectores.

Barreras

A veces denominadas *ruido* o *interferencia*, las barreras pueden distorsionar la comunicación e interferir con la comprensión del mensaje. Estos factores incluyen los atributos únicos inherentes a los emisores y receptores, como el estado fisiológico de cada uno en el momento. Otros factores incluyen el tamaño de la habitación, su forma, color, temperatura y disposición de los muebles. La interferencia puede venir de un teléfono que suena o de un televisor encendido.

No hay dos personas idénticas. Los sentimientos de ansiedad, miedo o aprensión pueden distorsionar el mensaje.⁹ Como nadie ha compartido las experiencias exactas de la vida de otros, no hay dos personas que entiendan el lenguaje exactamente de la misma manera. El comunicador refinado debe entender esta dinámica y compensar o manejarse de acuerdo con ella, para que el mensaje recibido sea el que se envió.

Hay que tener presente que los individuos poseen una capacidad limitada para procesar información. Cuando lo comunicado excede nuestra capacidad, el resultado es una sobrecarga de información. Las personas pueden seleccionarla, ignorarla u olvidarla, lo que resulta en una comunicación deficiente.⁹ Las palabras tienen un significado distinto para cada persona, por lo que el mensaje puede ser mal interpretado. Los significados están en la gente, no en las palabras.

Más que nunca, los empleados y pacientes de hoy provienen de una gran variedad de antecedentes étnicos y culturales. Personas que pertenecen a grupos diferentes tienen mayor probabilidad de una mala comunicación en un intercambio verbal. Las palabras implican cosas diferentes en diferentes lenguajes y la gente tiene distintos valores, experiencias, percepciones y marcos de referencia.⁹ Las distorsiones pueden emanar también de una interferencia psicológica, como las predilecciones, los prejuicios y la rigidez mental.

La interferencia psicológica en los pacientes del cuidado de la salud puede deberse al temor a la enfermedad y sus consecuencias. El trabajo de los emisores es generar en los receptores significados lo más cercanos posible a los del emisor. Dado que los significados no son universales, pueden verse afectados por influencias externas e internas. El entorno de la comunicación, las diferencias culturales y la distancia entre interlocutores, así como la luz, la temperatura y los colores son algunas de las variables que pueden afectar los significados atribuidos a un mensaje. Estas variables pueden ser barreras y son responsables de la dificultad para generar en otros los significados que una persona pretende.

Comunicación interpersonal

Cuando se trabaja con un abordaje de cuidado de la salud centrado en la relación, la comunicación interpersonal eficaz debe conducir a resultados de salud mucho mejores para los pacientes. Son de utilidad mejorar el conocimiento y comprensión del paciente, la respuesta a las emociones y fomentar el autocontrol del paciente. Los resultados de la comunicación pueden ser afectados por muchos factores, como el conocimiento en salud, la comunicación del proveedor de salud, las preferencias personales, el nivel de educación, el ingreso, el empleo, la ocupación, el vecindario, la cultura y si su medio es urbano o rural. Todo esto moldea la comunicación interpersonal y la salud. La forma en que una persona lidia con la enfermedad influye en su proceso de cambio de conductas relacionadas con la salud.¹⁰

Aunque las teorías del cambio de comportamiento se enfocan en una modificación conductual real, las teorías de la comunicación interpersonal se basan en la relación entre el paciente y el proveedor de servicios. Esto puede incluir a la familia y a los amigos que pueden influir en la salud y la enfermedad de la persona.¹⁰ Las relaciones pueden afectar las metas y tareas asociadas con el cambio de conductas relacionadas con la salud. Una relación basada en la confianza y la empatía promueve la adquisición de la confianza y la apertura en la comunicación y afecta la forma en que las partes negocian los cambios en las conductas relativas al cuidado de la salud.

El paciente es un experto en su propia vida, salud, experiencias y relaciones. La toma de decisiones compartida, el diálogo negociador con el paciente, el desarrollo de empatía y el respeto y eliminación de juicios permiten la confianza y la apertura.¹⁰

En el abordaje centrado en la relación se supone que el proveedor y el paciente tienen una relación que se caracteriza por el respeto, la confianza mutua y el compromiso.¹⁰ Una vez que los sentimientos del paciente son entendidos y satisfechos, existe un compromiso para con las metas y planes de tratamiento.

La comunicación entre proveedor y paciente es importante para los resultados de salud. La comunicación interpersonal se desarrolla en una relación entre proveedor y paciente para influir en el cambio de conductas relacionadas con la salud. Las relaciones curativas implican tanto la atención a la persona como la tarea de intercambiar información sobre salud y proveer información al paciente para su automanejo. Ayudar y apoyar a la gente para que administre su propia salud promueve el automanejo.

ANÁLISIS DEL CASO 1



¿Cuáles son las barreras en la comunicación en el caso práctico?

Comunicación verbal y no verbal

A diario usamos dos lenguajes, uno verbal y otro no verbal, o lenguaje corporal. Aunque la comunicación verbal y no verbal ocurren de modo simultáneo durante las interacciones, las abordaremos por separado en el contexto de su influencia en el proceso de comunicación.

Comunicación verbal

Para mantener abierto el canal de comunicación entre el paciente o empleado y el profesional, se debe saber cómo crear un ambiente de apoyo, en donde una persona habla, la otra escucha concentrándose en el mensaje y no en sus propios pensamientos y sentimientos internos. Esto crea un clima de confianza, cuidado y aceptación. Un ambiente defensivo, que ocurre cuando la otra persona se siente amenazada o molesta, crea el efecto opuesto, y quien escucha “se cierra”. Cuando esto sucede, no tiene caso seguir con la interacción, porque el mensaje ya no está penetrando. Mantener un ambiente de apoyo es crucial en especial cuando el profesional está intentando abordar un tema en el que hay diferentes interpretaciones, o resolver un conflicto y disolver el enojo.

Las recomendaciones sobre lenguaje verbal para crear un ambiente de apoyo son (1) estar consciente de las palabras que uno elige y exponer los problemas en forma descriptiva y no valorativa; (2) describir las situaciones enfocándose en el problema al interpretar los mensajes y no utilizarlos de forma manipuladora; (3) ofrecer alternativas provisorias y no dogmáticas; (4) tratar a la gente como igual, de manera simétrica escuchando con atención; y (5) ser empático en vez de neutral o centrado en sí mismo, y responder en forma sensible.⁴



Las familias se comunican durante las comidas.

Fuente: Pillitteri A. Maternal & Child Health Nursing, 4a. ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.

Descriptivo más que valorativo

Habitualmente cuando se abordan temas que tienden a provocar que los pacientes se pongan defensivos, como el aumento de peso, los profesionales deberían pensar bien la conversación antes de comprometer al paciente, para que el problema se exponga en forma más descriptiva que valorativa. Cada vez que la gente siente que otros juzgan sus actitudes, comportamiento o la calidad de su trabajo, muestra una tendencia creciente a ponerse a la defensiva. Comentarios como: “No parece que te esfuerces”, o “No te importa cooperar” se basan en inferencias más que en hechos. Así que cuando la respuesta del otro es: “Sí me importa”, o “También lo estoy intentando”, queda establecido el marco para una discusión, sin que haya forma de probar quién tiene razón y quién no.

En vez de juzgar las actitudes o el comportamiento del otro, la manera más segura y menos ofensiva de lidiar con una cuestión espinosa es describir los hechos de la forma más objetiva posible. Por ejemplo, cuando el nutricionista le dice a un paciente que le desalienta que continúe consumiendo helado y papas fritas varias veces al día, está enfrentando el problema sin evaluarlo. El paciente puede abordar el tema en vez de discutir sobre la evaluación del nutricionista sobre su mala adherencia a la dieta.

En una situación de trabajo, es probable que acusar a un empleado que ha llegado tarde varias veces de ser “irresponsable” y “despreocupado” provoque una respuesta hostil o un frío silencio. El empleado tal vez piense que llegar tarde no merece una reprimenda. De hecho, podría haber una explicación razonable que el gerente debe averiguar. Describir la forma en que su retraso está causando problemas a sus compañeros y que el trabajo se acumule es honesto y descriptivo y permite un diálogo no defensivo.

Abordar el problema más que manipular

Enfocar a las personas sobre un problema en vez de manipularlas promueve un ambiente de apoyo para la comunicación. Con frecuencia, cuando las personas quieren que los demás aprecien su punto de vista, los guían a través de una serie de preguntas hasta que el otro llega a una percepción “apropiada”. Esta es una forma de manipulación y provoca que el otro se ponga a la defensiva tan pronto se da cuenta de que está siendo guiado con el objetivo de que comparta la visión de su interlocutor.

EJEMPLO “Hace varias semanas, aceptó que iba a dejar el helado y las papas fritas; sin embargo, cada semana reconoce haberlos comido. Hace como un mes estuvo de acuerdo en cambiar a fruta fresca como colación, pero eso no ha ocurrido”.

Es probable que la conversación con el paciente sea más productiva si el nutricionista aborda el problema en forma directa.

EJEMPLO “En las últimas 6 semanas ha subido kilo y medio (3 lb). Con los cambios alimentarios

que planeamos, anticipamos un descenso de 2 a 2.5 kilogramos (4 a 5 lb). Parece que hay una discrepancia. Veamos qué puede explicar este aumento de peso”.

Los empleados y pacientes respetan al profesional cuando piensan que está siendo directo.

Después de que el profesional planea sus comentarios de apertura como descriptivos y no valorativos, se debe permitir solucionar el problema de modo colaborativo sin soluciones planeadas con antelación. Es más probable que haya soluciones creativas, eficaces y duraderas cuando cada persona le pone atención a la otra, es escuchada a su vez, y cuando es el paciente quien plantea la solución.

En los ejemplos previos, los comentarios subsecuentes del nutricionista dependerán de cómo responda la persona al pedido de explicar el problema. El profesional debe dar tiempo a la persona para que piense; esto a menudo significa esperar una respuesta. El nutricionista debe aprender la disciplina de esperar otorgando su apoyo en medio de un silencio incómodo hasta que su paciente o empleado responda.

Con frecuencia, las primeras explicaciones son las que la persona piensa que no molestarán o escandalizarán al profesional. Sin embargo, las razones “reales” pueden no revelarse hasta que el paciente o el empleado se sienten lo bastante seguros como para arriesgarse a perturbar al profesional sin miedo a ser ridiculizados o humillados. En otras palabras, una vez que se ofrecen las primeras explicaciones, es mejor que los profesionales repitan sus propias palabras o parafraseen lo que han entendido. Solo cuando los pacientes o empleados se sienten lo bastante cómodos podrán expresar sus reacciones, preguntas o respuestas auténticas.

Provisorio más que dogmático

Cuando se ofrece un asesoramiento a los pacientes o se les ayuda a resolver problemas, los profesionales deben hacerlo en forma provisoria y no dogmática. “Provisorio” implica la posibilidad de que el nutricionista cambie las opciones siempre que surjan datos adicionales. Esto mantiene la puerta abierta para que los pacientes agreguen información. Una prescripción dogmática sería: “Yo sé que esta es la forma de resolver su problema”. Una prescripción provisoria sería: “Aquí hay varias opciones que puede considerar”, o “Existen otras formas de manejar este problema; quizás se le ocurran algunas ideas, pero hay cosas que debe tomar en cuenta”.

Igual más que superior

Al abordar problemas, las dos partes deben considerarse como iguales y trabajar en colaboración. Cuando existe la posibilidad de una actitud defensiva, incluso entre personas del mismo rango, cualquier conducta verbal o no verbal que el otro interprete como superioridad genera una respuesta defensiva.

En la relación entre profesionales y pacientes, o gerentes y empleados, las

tendencias del profesional a enfatizar su estatus o rango pueden surgir de un deseo inconsciente de convencer al otro de aceptar sus recomendaciones. Comentarios como los siguientes pueden causar que el otro se sienta inferior o enojado: “Como consumidor, puede costarle entenderlo. Solo haga lo que le recomiendo; he estado haciendo esto por 10 años”. Con certeza que no hay nada de malo con que los profesionales hagan saber a sus pacientes qué tan expertos y competentes son. Sin embargo, la forma en que se hace es crucial. Una manera más sutil y efectiva es aclarar que no tienes todas las respuestas y decir: “He estudiado este problema y tratado con otros pacientes que están en situaciones similares. Pero me interesa incorporar sus propios planes y pensamientos a la solución. Usted debe estar conforme y dispuesto a intentar nuevos hábitos alimentarios”.

Se puede decir a un empleado que le hace a un gerente una recomendación que este ya ha intentado inútilmente en el pasado: “Yo haría lo mismo si estuviera en sus zapatos. Algún día, cuando tenga más experiencia, sabrá que no funciona”. Una referencia sutil al estatus inferior del subordinado puede bastar para causar una batalla defensiva. El profesional puede haber tenido éxito con un comentario como: “Entiendo lo que dice. Yo mismo lo he pensado, pero cuando lo intenté, no tuve éxito”. Mostrar respeto por la inteligencia y experiencias de vida del otro y reconocer su dignidad humana facilita la cooperación.

En la resolución de conflictos y problemas, y en el abordaje de cualquier tema que pueda ser amenazante para la otra persona, la colaboración es mucho más eficaz que tratar de persuadirle de que actúe según las recomendaciones del profesional. La colaboración también tiene otras virtudes. La gente se siente más obligada a mantener soluciones en cuyo diseño ha participado. Si el paciente intenta la solución del profesional, puede obtener poca satisfacción de probar que aquel tuvo razón; sin embargo, si la solución fue creada en colaboración, existe una satisfacción genuina en probar su validez. Dos personas que comparten percepciones, conocimientos, experiencias y sentimientos pueden generar procesos de pensamiento creativo una en la otra, lo que a su vez genera otras ideas que de otra forma no hubiesen surgido.

Empático más que “neutral”

La *empatía* es “una reacción emocional similar a la reacción que experimenta la otra persona”.⁴ Sentimos lo que la otra persona siente. Pregúntate: “¿Soy capaz de entender las experiencias de otra persona como si yo las estuviera experimentando?”. La habilidad de la empatía es importante en especial cuando hay un prejuicio en el cuidado de la salud, como puede ocurrir con las personas obesas.

La empatía se menciona con frecuencia en la habilidad de escuchar y se aborda más adelante en este capítulo. Implica que el profesional está presente por completo y comprometido de manera activa en la interacción. La falta de empatía puede dejar a los pacientes, clientes y personal con la sensación de no ser comprendidos.⁹

Para ser efectivos al trabajar con pacientes y empleados, los profesionales deben ser capaces de demostrar en cierta forma su deseo de comprender los sentimientos de los demás. Esta “demostración” puede ser una respuesta empática a los comentarios, donde quien escucha dice al otro que está intentando entender su contenido y

sentimientos. Por ejemplo, un paciente puede decir: “Toda mi vida he consumido alimentos salados; son parte de mi cultura. No sé cómo sería mi vida sin ellos”. El nutricionista puede responder: “Parece preocuparle que su calidad de vida cambie por las recomendaciones alimentarias”.

Si el profesional acierta con sus comentarios empáticos, el paciente lo reconocerá y es probable que siga hablando, seguro de que la persona lo escucha. Pero si el profesional se equivoca, el paciente aclarará el juicio y seguirá hablando. Así, el profesional no necesita acertar al inferir los sentimientos del otro mientras esté tratando de entenderlos. Además, las respuestas empáticas permiten al profesional responder sin dar un consejo, y enfocarse en cambio en la necesidad de la persona de hablar y expresar sus preocupaciones. Antes de que los pacientes o el personal puedan escuchar al profesional, deben expresar sus preocupaciones; de otro modo, mientras el profesional esté hablando, los pacientes o empleados estarán pensando en lo que dirán cuando haga una pausa.

Un empleado que ha pedido permiso para salir del trabajo en un fin de semana ajetreado para asistir a una reunión familiar puede recibir la siguiente respuesta neutra: “No se ofenda, pero reglas son reglas. Si hago una excepción con usted, otros esperarán que lo haga también”. El empleado se sentirá triste de quedarse a trabajar, pero sentirá menos antagonismo hacia su supervisor si este usa la siguiente respuesta empática: “Me doy cuenta de lo mal que se siente de no poder estar en la fiesta familiar. Siento haber tenido que negarle el permiso, pero no puedo darle el día libre”. Al hacerle saber al subordinado que entiende sus sentimientos subyacentes y simpatiza con ellos, el supervisor usa el medio más efectivo de apaciguar la desilusión de la persona.

ANÁLISIS DEL CASO 2



¿Cómo debe la nutricionista responderle al Sr. Jones? ¿Cuáles serían los siguientes pasos?

Parafrasear: una habilidad crucial

Parafrasear es reformular en palabras propias lo que otra persona ha dicho, y a menudo se hace con empatía.⁴ La mayoría de la gente no ha incorporado la habilidad de parafrasear en su repertorio comunicacional. Incluso después de que la gente se da cuenta de cuán vital es este paso y comienza a practicarlo en sus interacciones, puede sentirse incómoda, cohibida o temer que otros puedan pensar que está “actuando”. Una pista para cuando el profesional se sienta cohibido al pedir a los pacientes y personal que parafraseen sería pedir la paráfrasis reconociendo la propia necesidad de verificar que lo que ha escuchado es lo que el otro quiso decir. Por ejemplo: “Para asegurarme de haber entendido su preocupación, parece que dijo...”.

EJEMPLO “Sé que no siempre me explico como debiera, y que a menudo la gente tiene preguntas. Solo para asegurarme de que he ofrecido la información con claridad, ¿podría explicar en sus propias palabras cómo planeará sus comidas?”.

Por supuesto, es más rápido preguntar: “¿Entendió?”, sin embargo, hacer esta pregunta es menos eficaz. Dada la diferencia en estatus percibida entre quien ayuda y a quién ayuda, esta última persona puede sentirse avergonzada de admitir que no entendió. Cuando las personas cuyo estatus es percibido como más alto preguntan a los demás si “entendieron”, casi siempre la respuesta es: “sí”. Es probable que ese fenómeno funcione con algunos pacientes étnicos.

Otra posibilidad es que el paciente o el personal realmente creen que entienden, y por esa razón contestaron que sí. No obstante, esta comprensión puede incluir cierta alteración del mensaje original, en forma de sustitución, distorsión o adición de contenido. La habilidad de parafrasear debe convertirse en algo natural y ser automática para que los profesionales puedan verificar instrucciones importantes, sentimientos y confidencias significativas de la otra parte.

Dada la ansiedad que conlleva estar en presencia de alguien cuyo estatus se percibe como más alto, el paciente o el empleado pueden ser menos claros que lo habitual al describir síntomas o explicar un problema. El profesional debe parafrasear para verificar que entiende el mensaje que el “emisor” le envió. Uno debe tratar de evitar sonar demasiado clínico, con comentarios como: “Lo que escuché que dijo es...”. En vez de eso, mantén el lenguaje claro, simple y natural. Comentarios como “Quiero asegurarme de que entendí esto; déjeme repetir lo que dijo en mis propias palabras” son más naturales.

Es necesario remarcar dos puntos con respecto al parafraseo: (1) no todo lo que la otra persona dice necesita parafraseo; se volvería una distracción. El parafraseo es esencial solo cuando la conversación se centra en información crítica que debe ser entendida. (2) A menudo, el parafraseo lleva a una revelación adicional y por lo tanto provee más información.

La gente está tan acostumbrada a estar con otros que en realidad no la escuchan, que cuando está con alguien que prueba que ha estado prestando atención al repetir el contenido de lo que se ha dicho, por lo común quiere hablar más. Para el profesional, esta información adicional puede ser valiosa. Otro beneficio es que una vez que el paciente o el empleado ha expresado todas las preguntas y preocupaciones y ha liberado su agenda mental, está psicológicamente listo para sentarse y escuchar o para resolver problemas.

Al hablar mucho o antes de tiempo, el profesional puede no ser capaz de transmitir todo el mensaje al otro, quien puede estar usando la diferencia de tiempo entre qué tan rápido habla el profesional y qué tan rápido la mente del paciente procesa la información, para ensayar lo que va a decir a continuación.⁴ La mente humana trabaja de cuatro a diez veces más rápido que el habla.

ANÁLISIS DEL CASO 3



¿Qué te dicen las afirmaciones verbales del Sr. Jones acerca de sus actitudes hacia su problema de salud?

AUTOEVALUACIÓN 1



Parafrasea lo siguiente:

1. Paciente: “Casi toda mi vida he tenido sobrepeso. He intentado muchas dietas diferentes: pierdo algunos kilos y luego los recupero”.
2. Empleado: “No sé por qué usted se la pasa cambiando las cosas. El otro gerente estaba satisfecho con nuestros procedimientos”.

Comunicación no verbal y manejo de la imagen

La comunicación que crea significados para la gente, pero que no es verbal o escrita, se denomina “no verbal”.⁴ De los dos mensajes recibidos simultáneamente por los receptores, verbal y no verbal, este último es el componente principal y más influyente y confiable. Como receptoras de mensajes, las personas aprenden a confiar en sus interpretaciones de comportamientos no verbales más que en la cuidadosa elección de palabras del emisor. En forma intuitiva, saben que el control del comportamiento no verbal suele ser inconsciente, mientras que el de los mensajes verbales por lo común es planeado y deliberado.



Sé consciente de los comportamientos no verbales de la gente.

Los mensajes no verbales comunican nuestros sentimientos hacia otros y son cruciales para las relaciones. Sin embargo, es importante desarrollar una conciencia al usar el lenguaje no verbal en interacciones, así como reconocerlo en los demás.⁴ Nuestros mensajes no verbales son más creíbles que los verbales.

“Una imagen vale más que mil palabras”. ¿Cuál es tu imagen? Antes incluso de hablar, podemos ser juzgados por nuestro atuendo y apariencia.^{11,12} Estos son elegidos a conciencia y son vehículos de comunicación no verbal. El maquillaje, el peinado, la ropa y los accesorios representan quién eres y tu autoimagen. La imagen profesional es difícil de definir, pero es una impresión que se crea en el primer encuentro, y la mayoría de la gente la reconoce. La apariencia personal, incluyendo la ropa, el peinado y los accesorios está entre los elementos más importantes de la imagen.

Prendas simples y bien hechas, como una falda o pantalones con una blusa o suéter son ejemplos para las mujeres. Una camisa, corbata, pantalones y zapatos de vestir son ejemplos para los hombres cuando la meta es verse profesionales y conservadores.⁴ Se deben evitar prendas demasiado ajustadas, cortas o modernas, piercings, chancas o chancletas, sudaderas o buzos, joyería excesiva, esmalte de uñas descascarado y tatuajes al descubierto. Los pacientes a los cuales les molesta la apariencia del profesional pueden tener dificultades para relacionarse con su mensaje y cuestionar su competencia.^{4,11}

Al conocer a nuevas personas, comenzamos de inmediato a hacer juicios basados en mensajes no verbales, como notar el contacto visual, la apariencia, o si el apretón de manos es fuerte o tímido.⁴ Los principales vehículos no verbales inherentes en los oradores son la expresión facial, el tono de voz, el contacto visual, los gestos, postura y contacto corporal, que tienen significados diversos entre las culturas.⁴ Los receptores de la comunicación perciben el comportamiento no verbal en fragmentos.

Si el profesional está escuchando a un paciente, por ejemplo, pero revisa papeles y mira aburrido la pantalla de la computadora, el paciente no creerá que esa persona está interesada. Por lo común, la gente no nota la postura, el contacto visual o la expresión facial de manera aislada de otros canales no verbales. Por esta razón, los profesionales deben vigilar todos los vehículos de comunicación no verbal para que los fragmentos sean congruentes entre sí, y con los mensajes verbales.

Los comportamientos no verbales varían mucho entre los diversos grupos, y cada uno tiene su propio lenguaje corporal. Aunque existen similitudes, los significados de los comportamientos difieren entre los grupos, porque la forma en que una persona se comporta es algo que se aprende temprano en la vida. Nuestra propia historia influye en nuestras ideas de lo que una persona “es” o “debería ser”. Estas variaciones pueden exigir que los profesionales adapten sus comportamientos no verbales. Si el paciente da muestras de resistirse o de objetar al contacto visual del profesional, por ejemplo, este debe suspenderlo de inmediato. La competencia comunicacional requiere “la habilidad de adaptar el propio comportamiento hacia otra persona en

formas que sean apropiadas para su cultura o grupo étnico”.⁴

ANÁLISIS DEL CASO 4



¿Qué puedes observar en los comportamientos no verbales del Sr. Jones?

La expresión facial suele ser el primer rasgo no verbal que se aprecia. “Sonríe y el mundo te sonreirá”. ¿Cómo te ves cuando estás contento? ¿O cuando estás aburrido o preocupado? Una cara relajada con una sonrisa agradable indica un ambiente amigable y accesible y causa una buena primera impresión.¹² Un

tono de voz que brinda apoyo es calmado, controlado, energético y entusiasta.

El contacto visual implica mirar en una forma que permite al comunicador encontrarse con el otro en el plano visual: al grado de ser capaz de notar su expresión facial y sus mensajes corporales. Además de ser un excelente vehículo para la retroalimentación, el contacto visual hace que la persona se sienta visible y le asegura que el profesional está interesado y desea comunicarse. La postura es mejor cuando se acerca un poco hacia la persona, en lugar de alejarse de ella. Los gestos grandilocuentes pueden ser interpretados como una demostración de poder y por lo común deben evitarse.

El contacto corporal es un vehículo de retroalimentación que funciona de modo positivo. A través de un contacto suave, una palmada, o un apretón de la mano, se puede comunicar al instante el deseo de resolver un problema sin ofender. El contacto puede comunicar afecto, preocupación e interés más rápido de lo que estos mensajes pueden ser generados en forma verbal. Aunque un individuo pueda verse calmado, controlado y a gusto, un contacto puede revelar nerviosismo e inseguridad.

Los profesionales deben estar alertas a las señales no verbales de los demás

Además de las preocupaciones del profesional con el entorno y con su propio comportamiento verbal y no verbal para crear un clima de confianza, también debe ser sensible a las pistas no verbales de los demás. Aun cuando el nutricionista sea abierto, afectuoso y atento a su propio comportamiento, la ansiedad, confusión, nerviosismo o miedo interno de la gente puede hacer que entienda mal. Dos requisitos para una comunicación interpersonal efectiva son observar las pistas no verbales de los demás y responder a ellas en una forma positiva.¹¹

Si el paciente o empleado asiente con la cabeza para sugerir que comprende, por ejemplo, pero se ve confundido, el profesional debe verificar el entendimiento haciendo que la persona parafrasee o resuma las instrucciones importantes o las recomendaciones alimentarias. Si el paciente está sonrojado, le tiemblan las manos, o lagrimea, el profesional puede tener que lidiar en forma directa con el alivio de la

ansiedad. Una óptima comunicación de ida y vuelta no será posible hasta que el individuo esté lo bastante relajado como para concentrarse.

Después de hablarse uno al otro por solo unos minutos, el profesional y el paciente pueden sentir la “calidez” o la “frialidad” del otro, así como el grado de su preocupación. Si quien habla tiene una expresión tranquila, y mira directo a los ojos de quien escucha mientras está hablando, puede lograr que su interlocutor lo perciba como una persona considerada. Después de que se ha creado la impresión inicial positiva, tiende a extenderse a otras áreas que no están relacionadas en forma directa con el comportamiento observado al principio.

El proceso también puede funcionar al contrario. Si el profesional no mira al paciente mientras habla, o lo toca con demasiada firmeza, y tiene una expresión facial desagradable, las percepciones creadas pueden ser negativas: arrogancia, falta de preocupación, indiferencia y “frialidad”. Aun cuando estas reacciones iniciales, positivas y negativas, pueden no ser exactas, las primeras impresiones equivocadas suelen ser comunes. El profesional puede no tener una segunda oportunidad para ganarse la confianza y cooperación del paciente.

El afecto positivo debe ser consistente

Ver pacientes o empleados con regularidad da a los profesionales y gerentes la oportunidad de reforzar o modificar las percepciones que la otra persona tiene de ellos. Una persona que suele ser fría, distante e indiferente y que de pronto, al momento de conducir una reunión, actúa en forma distinta, no resultará creíble. Los profesionales deben ser consistentes en sus intentos de generar percepciones positivas en sus pacientes y su personal.

No solo es importante generar credibilidad a través del propio comportamiento y disposición no verbales, sino que también es esencial controlar el entorno de la comunicación cuando sea posible, para que conduzca a percepciones positivas y elimine barreras. Las oficinas atractivas, los cuartos de colores pastel, la iluminación suave, el espacio privado y cómodo para la consulta y los muebles confortables pueden ayudar a la percepción global del paciente o del personal. Un escritorio cubierto de papeles, un celular que no deja de sonar y las interrupciones constantes deben reemplazarse con quietud y privacidad.¹¹ Dado que muchas consultas tienen lugar en un escenario clínico, debe ponerse más atención en crear un ambiente acogedor.

Entre los requisitos para una comunicación interpersonal efectiva y exitosa está la necesidad de que el profesional envíe mensajes verbales y no verbales que sean congruentes entre sí. Un paciente puede oír que el nutricionista dice: “Quiero ayudarlo; me preocupa su salud y la posible recurrencia de su problema cardiaco como resultado de sus elecciones alimentarias”, pero si ve que el profesional está tomando notas y mirando el reloj en vez de mirarle a él, el segundo mensaje contradictorio de impaciencia será más intenso que el mensaje declarado de preocupación. Quizá el profesional dijo las palabras “correctas”, pero es juzgado como poco sincero. Los profesionales y gerentes que no disfrutan en forma genuina de trabajar con la gente suelen estar destinados al fracaso.

Diversidad

En fechas recientes, la población estadounidense se ha vuelto más diversa en razas y etnias.^{13,14} Con esta creciente diversidad, los profesionales necesitan conocimiento y habilidades relacionadas con la competencia cultural en la comunicación. Estados Unidos es un país multirracial debido a los cambios demográficos que resultan de la inmigración y los índices de fertilidad, con un número de recién nacidos que va en aumento. En 2011 nacieron más bebés de minorías que de blancos.¹³ Más niños son miembros de las minorías, es decir, afroamericanos, hispanos, asiáticos y otras etnias.

A medida que los *baby boomers* envejecen y ante la falta de inmigración blanca se espera que la población blanca decline. Las proyecciones poblacionales basadas en el censo de 2010 muestran que la gente blanca se convertirá en minoría en la década de 2040. Se predice que no habrá una mayoría racial en Estados Unidos después de 2046.¹³

Las influencias culturales afectan la comunicación de la educación en salud y nutrición. Las personas de otras culturas tienen su propio estilo de comunicación, idiomas, prácticas, creencias, valores, costumbres y alimentos. El entendimiento y la competencia cultural son básicos para comunicarse con eficacia con grupos racial, étnica, cultural y lingüísticamente diversos.¹⁴ La adquisición de estas habilidades toma su tiempo.

Las prácticas culturales, las creencias sobre salud, la forma de lidiar con la enfermedad y el nivel educativo también pueden influir. Las interacciones con personas que son diferentes en cultura e idioma de uno mismo deben basarse en el respeto mutuo, la confianza, la empatía, la tolerancia, el interés genuino y las respuestas sin prejuicios. El hecho de responder a la persona e intercambiar información con palabras simples acerca de las prácticas alimentarias en un ambiente de apoyo mejora la comunicación.

Es preciso estar consciente de los propios valores culturales, suposiciones y creencias, y a la vez tener la habilidad de funcionar con personas de diversos orígenes étnicos y culturales.¹⁵ Los materiales sobre la cultura de la persona y otros recursos están disponibles en internet.

Los afroamericanos fueron la minoría más grande en Estados Unidos hasta 2000. En la actualidad, los hispanos son el grupo minoritario más grande, seguido por los asiáticos. En general, los hispanos son menos alfabetizados que la población total, y tienen menor dominio del inglés.¹³ A medida que el país se vuelve más diverso en razas, esto afecta a las instituciones educativas y médicas, entre otras.

Dado que existe un riesgo al confesar cosas sobre uno mismo, las etnias varían mucho en qué tanto expresan y a quién. Las mujeres tienden a exteriorizarse más que los hombres. Los estadounidenses pueden expresar un rango más amplio de información, incluyendo información personal, que los japoneses, los chinos y los asiáticos. Las personas de culturas colectivistas como China y Japón, obedecen a normas culturales, exteriorizan menos y trabajan por el bien del grupo. La autoexpresión se ve afectada por la competencia, el involucramiento y la similitud percibida con uno mismo. En estas culturas, las oraciones rara vez comienzan con

“yo” y la gente evita llamar la atención sobre sí misma, mientras que los estadounidenses son más directos.¹³

Los comportamientos no verbales deben transmitir apertura, respeto, preocupación e interés al escuchar en forma activa y al moderar las variables culturales, como el contacto corporal, el contacto visual, la expresión facial, el espacio físico y el uso de gestos. ¿Tú haces contacto visual cuando conoces a alguien? Las dimensiones del espacio personal están determinadas por el bagaje cultural. Las preferencias acerca de la distancia espacial varían, por ejemplo, y algunas personas se aproximan más para hablar. Las cualidades vocales como el timbre, el volumen, el ritmo, el tono y la proyección de la voz también diferirán. Nuestros comportamientos verbales deben indicar respeto, empatía y preocupación sin prejuicios, estimular las preguntas e integrar los valores y creencias étnicos de la persona.

La competencia comunicacional en un abordaje centrado en el paciente puede consistir en evaluar las cuestiones interculturales; explorar el significado de la enfermedad; preguntar acerca del contexto social de vida; y comprometerse a una negociación de colaboración. En la industria del cuidado de la salud, pueden encontrarse hasta 20 idiomas distintos entre los pacientes y el personal. Es imposible aprenderlos todos, pero debemos aprender aquellos que se usan más a menudo.

Habilidades de escucha

Escuchar es probablemente la más antigua de las habilidades del cuidado médico. Escuchar es “el proceso de recibir, construir un significado y responder a mensajes verbales y no verbales”.⁴ La mayoría somos egocéntricos o estamos enfocados en nosotros mismos, y podemos tener dificultad para concentrarnos en la comunicación que no se relaciona directamente con nosotros. Las habilidades de escucha bien desarrolladas son fundamentales para las relaciones interpersonales efectivas y la calidad en la atención de los proveedores de salud. Sea que trabaje con individuos o con grupos, la gente desea, por encima de todo, ser escuchada, y la falta de escucha lleva a la insatisfacción.⁴

Un individuo con inteligencia promedio puede procesar la información mentalmente a velocidades más rápidas que el habla humana. La mayoría de la gente dice 125 palabras por minuto, mientras que algunas personas pueden escuchar hasta 600 u 800 palabras por minuto.⁴ Como resultado, la gente tiene tiempo de pensar en otras cosas al mismo tiempo. Dos días después, la mayoría de nosotros recuerda solo 25% a 50% de lo que escuchamos. Esto es cierto también para pacientes y empleados. Así, aunque los nutricionistas están escuchando hablar a sus pacientes o empleados, tienen tiempo para pensar en algo más. Los pacientes y el personal deben creer que están siendo escuchados y comprendidos, y que quien escucha está de verdad interesado en el mensaje. Una actitud centrada en la persona, basada en la empatía, la congruencia y la atención positiva e incondicional resulta de suma utilidad.



Escuchar es una habilidad esencial.

Fuente: CDC/Amanda Mills.

Todo el mundo ha tenido la experiencia de escuchar a alguien y dejar que la mente divague hacia otros temas. A partir de la ropa, los zapatos, la joyería, la dicción y los patrones de habla del emisor, la gente puede tender a incluir detalles y a desarrollar mentalmente un elaborado escenario mientras escucha. El proceso de escuchar bien implica aprender a centrar su atención para ser capaz de concentrarse por entero en el mensaje del emisor, tanto verbal como no verbal. No es difícil desarrollar estas habilidades, pero sí se requiere un esfuerzo consciente y perseverancia.

La habilidad de escuchar puede enriquecerse solo cuando la persona desea tal enriquecimiento y está dispuesta a complementar el entrenamiento con la práctica. A continuación se presenta una lista de los cinco problemas y barreras más comunes relacionadas con una mala escucha:⁴

1. La mayoría de la gente tiene un espectro de atención limitado y poco desarrollado.
2. La gente tiende a dejar de escuchar cuando decide que el material es poco interesante, y tiende a prestar atención solo a material que le “gusta” o si ve un

interés inmediato en conocerlo.

3. Quienes escuchan tienden a confiar en su intuición acerca de la credibilidad de quien habla, y basan sus juicios más en el comportamiento no verbal del emisor que en el contenido del mensaje.
4. Quienes escuchan tienden a dar demasiada credibilidad a mensajes que oyeron en los medios electrónicos, tales como internet, televisión, cine y otros.
5. La comunicación resulta inhibida por el juicio, el prejuicio, los consejos, la provisión de soluciones y el hecho de ignorar las preocupaciones de la persona.

ANÁLISIS DEL CASO 5



¿Qué opinas de las habilidades de escucha del Sr. Jones?

La escucha activa es una habilidad aprendida, y requiere de concentrarse en lo que el otro está diciendo. La escucha mejora con la práctica; no es una habilidad nueva, sino más bien un esfuerzo por eliminar las cosas que interfieren con ella. El paso más importante para mejorar es decidirse a escuchar en forma más activa y eficiente.⁴ A continuación se dan algunas sugerencias específicas para mejorar la escucha:

- *Recuerda escuchar con atención y permanecer en silencio.* Presta toda tu atención y recuérdate a ti mismo escuchar con cuidado. Resume los hechos principales, toma notas o delinea los puntos relevantes. Percibe cuando tu mente divaga hacia sus propias preocupaciones y evita distracciones.⁴
- *Sé objetivo.* Debes aproximarte a la comunicación con una actitud objetiva, una mente abierta y un espíritu de investigación. Trata de repetir el mensaje en tu mente conforme te lo digan, sin formular tu respuesta.
- *Debes estar atento a los indicios que ofrece tu interlocutor.* Así como en los libros se usan las negritas y las itálicas, los emisores usan la postura física, los gestos, la inflexión y calidad de la voz, el ritmo, el énfasis y los movimientos corporales como auxiliares para ayudar a quien le escucha a determinar el significado de lo que se está diciendo y su importancia.
- *Tómate tu tiempo.* Quien escucha necesita usar la diferencia entre el habla y el pensamiento y recordarse a sí mismo concentrarse en el mensaje del emisor. Debe usar el tiempo extra para pensar en forma crítica sobre el mensaje, buscarle un significado y comprenderlo, relacionarlo con lo que ya sabe, considerar la lógica de los argumentos y registrar el comportamiento no verbal, todo en forma simultánea.
- *Encuentra el significado real.* Quien escucha debe mirar más allá de las palabras para determinar qué quiere decir el emisor, y decidir si los fragmentos de

comportamiento no verbal son congruentes con el mensaje verbal. Parafrasea la información.

- *Responde para confirmar que entendiste.* Quien escucha debe proveer retroalimentación al emisor, ya sea de modo indirecto a través de reacciones no verbales, o directo mediante paráfrasis, reflexión, reformulación o resumen, para verificar que lo que entiende es lo que el emisor pretende. Asentir con la cabeza o un “mjm” indica que estás escuchando.

Dar una retroalimentación precisa es la mejor forma de probar que el mensaje de la otra persona ha sido escuchado y comprendido.⁴ Crea un ambiente de confianza en el que la gente se siente libre de comunicarse en forma abierta y sin miedo. En última instancia, la manera más valiosa de mejorar las habilidades de escucha es la práctica continua, ponerse en situaciones de escucha difíciles, y concentrarse.

2 CAPÍTULO

Resumen

En el capítulo se presenta las habilidades de comunicación verbales y no verbales, las habilidades de escucha, un modelo del proceso de comunicación, la diversidad y la comunicación cultural. Se dan sugerencias para mejorar la competencia del profesional en la comunicación nutricional y del cuidado de la salud con pacientes y su personal. Para desarrollar estas habilidades, el lector deberá comenzar a intentar nuevos comportamientos y a poner en práctica lo que ha leído. Cuando la gente tiene la oportunidad de probar nuevas conductas comunicacionales, las fuerzas internas comienzan a conducirla hacia su comportamiento pasado. Incluso cuando las antiguas estrategias no hayan sido exitosas, por lo general tienden a repetirse. Los profesionales competentes deben comunicarse con efectividad con sus pacientes, personal, clientes y otros profesionales.^{1,2}

Revisión y preguntas

1. En las profesiones de servicio, ¿qué es lo que transmite la eficacia del profesional a sus pacientes y su personal?
2. Explica los componentes del modelo de la comunicación.
3. ¿Cómo se relacionan las comunicaciones verbal y no verbal?

4. ¿Qué puedes hacer para identificar y resolver las barreras en la comunicación?
5. ¿Cuáles son las recomendaciones verbales para crear un ambiente de apoyo de COMUNICACIÓN?
6. Describe una respuesta EMPÁTICA.
7. De los dos MENSAJES que reciben los receptores al mismo tiempo, ¿cuál es más influyente, el verbal o el no verbal? Da un ejemplo de hacer que un mensaje verbal no sea creíble usando un mensaje no verbal.
8. ¿Cuáles son las barreras más comunes para escuchar?
9. ¿Cuáles son algunas sugerencias ESPECÍFICAS para mejorar la escucha?

Actividades sugeridas

1. Después de responder las siguientes preguntas, reúnete con tus compañeros en grupos de tres para compartir y debatir sus respuestas.
 - A. ¿Qué tipo de señales no verbales de tu instructor o supervisor te indican que no se siente satisfecho?
 - (1)
 - (2)
 - B. ¿Qué pistas no verbales indican que te estás enojando?
 - (1)
 - (2)
 - C. Menciona algunas señales no verbales que envías cuando estás hablando y alguien te interrumpe.
 - (1)
 - (2)
 - D. Menciona algunas señales no verbales que envías cuando deseas transmitir confianza o aprobación a la otra persona.
 - (1)
 - (2)
 - E. Menciona los cambios que le harías a la habitación en donde estás leyendo para modificar su ambiente en forma positiva.
 - (1)
 - (2)
2. Escribe una descripción en dos párrafos de un conflicto interpersonal actual que estés experimentando. Asegúrate de indicar: (1) el comportamiento de parte del otro que te ha causado el problema y (2) qué “sentimientos” estás experimentando como resultado de dicho comportamiento. No pongas tu nombre a menos que desees ser reconocido. Una vez que el instructor haya recogido las descripciones, puedes leerlas e invitar a la clase a participar en una representación de las situaciones usando las recomendaciones para un comportamiento de apoyo verbal y no verbal, o involucrar a la clase en un debate de cómo pueden usarse las habilidades de comunicación para resolver el conflicto.
3. Puedes aumentar tu conocimiento del comportamiento no verbal observando a otros hablar, pero sin escuchar lo que dicen. Enciende el televisor en una serie o en un *talk show*; baja el volumen, observa el comportamiento no verbal y trata de interpretarlo. A los 3 a 5 minutos, sube el volumen. Vuélvelo a bajar. Hazlo varias veces e intenta captar los mensajes verbales sin el sonido, simplemente interpretando el comportamiento no verbal. Toma notas y prepárate para compartir tu experiencia en clase.
4. Como un ejercicio de clase, apunta en silencio los “significados” generales que asocias con los

comportamientos no verbales mencionados más abajo. Compara tus respuestas con las de tus compañeros. ¿Existe un consenso general en todas o hay un rango de respuestas? Cuando varíen las respuestas, discute las posibles razones.

- A. Falta de contacto visual sostenido.
 - B. Bajar la vista o mirar hacia otro lado.
 - C. Fruncir el entrecejo.
 - D. Apretar los labios.
 - E. Morderse un labio o tener temblor en el labio inferior.
 - F. Asentir con la cabeza.
 - G. Dejar caer la cabeza sobre el pecho.
 - H. Mover la cabeza de derecha a izquierda.
 - I. Cruzar los brazos sobre el pecho.
 - J. Brazos abiertos.
 - K. Inclinarsse hacia adelante.
 - L. Encorvarse, recostarse hacia atrás.
 - M. Manos temblorosas.
 - N. Cara ruborizada.
 - O. Apretarse o retorcerse las manos.
 - P. Mover el pie constantemente.
 - Q. Sentarse detrás de un escritorio.
 - R. Sentarse cerca sin que haya objetos en medio.
5. El siguiente es un ejercicio que puedes intentar con tus amigos. La primera persona transmite un mensaje a la segunda persona, quien a su vez se lo dice a la tercera y así sucesivamente, hasta que seis personas lo hayan oído. Por lo común, el mensaje es grabado y reproducido. Esto permite a los participantes darse cuenta de las muchas formas en que los mensajes son alterados conforme pasan de una persona a otra.

MENSAJE: Una niña se lastimó en la piscina y debo reportarlo a la policía. Pero tengo que llegar al hospital tan pronto como pueda. Ella caminaba por el trampolín, preparándose para saltar, cuando alguien en traje de baño azul la empujó. Un niño en traje de baño rojo trató de detenerla, pero ella cayó y aterrizó sobre su espalda. El niño dice que fue culpa de la niña, pero ella lo culpa a él.

Entrevistas



Objetivos

- Discutir los propósitos de los distintos tipos de entrevista, como la entrevista nutricional y alimentaria, y la entrevista de trabajo.
- Explicar las condiciones necesarias para una entrevista eficaz.
- Identificar las partes de una entrevista y qué debe incluir cada una.
- Explorar las ventajas y desventajas de diversos tipos de preguntas.
- Desarrollar una lista de respuestas adecuadas para la entrevista nutricional y alimentaria y ordenarlas en secuencia.
- Identificar los distintos tipos de respuestas a los comentarios de un entrevistado.
- Utilizar técnicas de entrevista y conducir una entrevista nutricional y alimentaria.

CASO PRÁCTICO 1



Dolores Maynard es una mujer de 55 años que trabaja en una oficina corporativa. Visita el centro de salud de la compañía y concierta una cita con la nutricionista Joan Stivers. D. M. mide 1.58 m (5'2") y pesa 86 kg (190 lb). Tiene una ligera hipertensión. Es casada y tiene dos hijos ya grandes.

Nutricionista: “¿A qué debemos su cita de hoy?”

D. M.: “Necesito perder algo de peso para controlar mi presión sanguínea”.

Escuchar bien es una forma tan poderosa de comunicación e influencia como hablar bien.

—John Marshall

Introducción

La entrevista es una herramienta que usan los gerentes y los profesionales de la salud. ¿Cuándo fue la última vez que te entrevistaron? ¿Fue cuando querías entrar a un colegio o conseguir un empleo? Los nutricionistas registrados, los técnicos en nutrición y dietética, los especialistas y otros profesionales de la salud utilizan las habilidades para entrevistar al interactuar con clientes, pacientes, empleados y el público. Las entrevistas nutricionales y alimentarias, y otras técnicas de comunicación, son parte de una valoración de la ingesta y el estado nutricional en la prevención y tratamiento de la obesidad, las enfermedades crónicas y en la conservación de la salud general.¹

Antes de comenzar un asesoramiento y consejería con un paciente, es importante entender su estilo de vida, su cultura y sus prácticas alimentarias y de salud. El profesional usa técnicas de entrevista para interrogar a la persona y completar así una valoración de sus elecciones de alimentos actuales, sus hábitos alimentarios y su estado nutricional. Junto con otros datos, la valoración nutricional es la base del diagnóstico y la intervención en el proceso de cuidado nutricional (PCN). En el paso final, la vigilancia y evaluación nutricionales, el nutricionista puede tomar otra historia alimentaria y nutricional para verificar que la persona ha comprendido y para vigilar el progreso hacia metas y resultados.²

La administración de los recursos humanos es también una responsabilidad en muchos puestos. Estas capacidades administrativas con frecuencia requieren de habilidades para entrevistar.

Es un mal entendido común que una entrevista involucra a dos personas que tienen una conversación, una que hace las preguntas y otra que contesta. Nada más lejos de la verdad. La entrevista podría definirse como un proceso guiado de comunicación entre dos personas con el propósito predeterminado de compartir,

obtener y verificar información específica mediante preguntas y respuestas.³

El objetivo es recabar información precisa durante la valoración nutricional como base para el diagnóstico e intervención nutricionales, establecer metas y resolver problemas al tiempo que se mantiene un entorno interpersonal que lleve a una declaración de información completa.³ Los profesionales dependen de sus habilidades como entrevistadores para facilitar la relación y recolectar información.

En este capítulo se cubren los conceptos básicos de las habilidades para entrevistar, incluyendo los principios y proceso de la entrevista, las condiciones que la facilitan, las tres partes de una entrevista, el uso de diversos tipos de preguntas y las variedades de respuestas del entrevistado. Se debe ser consciente de variables como el impacto del entorno, las interacciones de comunicación verbal y no verbal, las percepciones y roles de ambas partes, las necesidades e intereses, personalidades, actitudes, creencias, valores y retroalimentación. La cultura puede afectar qué tanto se declara. Lleva tiempo y práctica convertirse en un entrevistador experto hasta que las técnicas y principios se dan en forma natural.

Un entrevistador efectivo debe saber escuchar. Se concentra tanto en las respuestas verbales como en el comportamiento no verbal, o lenguaje corporal, del entrevistado. Para descubrir lo que es importante para la persona, uno escucha y percibe no solo los hechos, sino también las emociones, actitudes, sentimientos y valores. Por ejemplo, una persona que acaba de ser diagnosticada con diabetes mellitus puede estar afligida o ansiosa. Estas emociones deben reconocerse para lidiar con ellas.

Para ilustrar los principios y el proceso, este capítulo presenta dos ejemplos de entrevista: la entrevista nutricional y alimentaria y la entrevista de trabajo. Aunque la explicación completa del contenido de estos tipos de entrevista está fuera del campo de este libro, es posible encontrar información detallada en otras fuentes.³⁻⁸

Entrevistas nutricionales

Una entrevista nutricional y alimentaria, o historia alimentaria, es un recuento de los hábitos, preferencias, comportamientos alimentarios y otros factores, que influyen en la elección de alimentos de una persona. Algunos pacientes llevan un registro de su ingesta alimentaria en la computadora. Las entrevistas efectivas dependen de la memoria y cooperación del paciente, así como en la habilidad del entrevistador. Una entrevista inicial de valoración nutricional sirve a uno o varios de los siguientes propósitos:²

- Hace que el nutricionista y el paciente estén conscientes de los hábitos alimentarios actuales y sus orígenes, los factores que influyen en el estilo de vida e información relacionada.
- Identifica cualquier problema relacionado con la nutrición y busca si hay desnutrición, para poder planear un diagnóstico e intervención nutricionales apropiados.

- Contribuye a definir el estado nutricional del paciente, junto con otros datos.
- Define problemas para poder establecer metas realistas para el cambio.
- Ayuda al nutricionista a identificar posibles alternativas para poder considerar los cambios.
- Provee datos básicos contra los cuales comparar los cambios y el progreso.
- Permite al nutricionista continuar desarrollando una buena relación con su paciente.

La historia clínica es una fuente de información sobre la talla, peso, antecedentes de salud pasados y presentes, así como factores psicosociales como edad, ocupación, tamaño de la familia, nivel educativo y datos similares. Al completar los antecedentes alimentarios y nutricionales, el nutricionista puede recabar información específica para identificar problemas relacionados con la nutrición y la alimentación.⁶⁻⁸

1. Consumo de alimentos (es decir, ingesta, hora/ubicación y patrones de comidas y colaciones, porciones, ocasiones para comer, complementos nutricionales y a base de hierbas, dietas o restricciones previas o actuales e intolerancias).
2. Conocimiento sobre nutrición y salud (es decir, conocimiento y creencias acerca de la nutrición, prácticas de autovigilancia y autocuidado, consultas nutricionales previas y educación, y disposición para aprender).
3. Actividad física y ejercicio (es decir, patrones de actividad, tiempo sedentario y frecuencia, intensidad y duración del ejercicio).
4. Disponibilidad del alimento (es decir, planeación de las comidas familiares, compra y habilidades de preparación, salubridad de los alimentos, utilización de algún programa de asistencia nutricional e inseguridad alimentaria).

ANÁLISIS DEL CASO 1



¿Qué preguntas específicas le harías a la Sra. Maynard para obtener sus antecedentes alimentarios y nutricionales? ¿Por qué son importantes?

Valoración alimentaria

Los métodos de la valoración alimentaria incluyen registros alimentarios, recordatorios alimentarios hablados o impresos, cuestionarios de frecuencia de alimentación y aplicaciones de computadora para mejorar la exactitud.⁹ Dado que mucho está basado en el autorreporte, no existe una fórmula de oro para obtener información acerca de la ingesta alimentaria de una persona, pero los abordajes más usados son el recordatorio de 24 horas, el registro de la ingesta diaria habitual y el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (FCA).

En un recordatorio de 24 horas, el entrevistador pide al paciente que haga un recuento de los tipos y cantidades de todos los alimentos y bebidas consumidos,

incluyendo los métodos de preparación, los tamaños de las porciones y los complementos nutricionales en las 24 horas previas.¹⁰⁻¹² Tiene la ventaja de estar basado en la memoria a corto plazo.

Para mejorar la memoria, se debe alentar al individuo a que recuerde el día de la semana y la hora del día en que hizo su comida (hogar, trabajo, restaurante), otros hechos que ocurrieron durante el día (ver televisión, hacer ejercicio, contestar correos electrónicos, ir de compras) y personas que estuvieron presentes (familia, amigos). Se puede pedir a los pacientes que traigan registros de alimentos en próximas citas, que mostrarán las variaciones día a día. Pueden proveerse instrucciones escritas y formas de registro. En Estados Unidos, el National Cancer Institute (NCI) tiene un recordatorio de 24 horas automático y autoadministrado que se usa en investigación, así como un cuestionario canadiense de historia alimentaria.¹³

El segundo método, la ingesta diaria habitual, pide al paciente que explique los tipos y cantidades de alimentos y bebidas que suele consumir durante un día. Las respuestas muestran que la persona por lo general come y bebe durante las comidas y las colaciones. En ambos enfoques, son de especial consideración los métodos de preparación de los alimentos (fritos contra asados), las colaciones entre comidas, la hora y lugar en que se consumen alimentos, los condimentos, el uso de suplementos de vitaminas y minerales o de terapias nutricionales alternativas, y las bebidas alcohólicas consumidas.

Un tercer método es el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos. Esta lista de alimentos y bebidas identifica la frecuencia diaria, semanal o mensual en que un paciente consume alimentos y bebidas básicos como leche y sus derivados, carne, pescado y pollo, huevos, fruta y jugos de fruta, verduras y ensaladas, panes y cereales, postres y dulces, mantequilla, margarina, grasas y aceites, colaciones entre comidas y bebidas, incluyendo café, té, refrescos y bebidas alcohólicas.⁷ Otra opción es pedir a la persona que llene un registro de alimentos de 1 a 3 días a medida que consume cada producto. Se anotan las marcas, los métodos de preparación, el sitio donde se consume la comida y el tamaño de las porciones.

Ningún método es considerado cien por ciento preciso para valorar el estado nutricional del paciente, y todos tienen sus limitaciones e inexactitudes inherentes, como las siguientes:⁷

- Las 24 horas previas pueden no haber sido típicas o adecuadas para representar la ingesta diaria de una persona.
- Los fines de semana pueden ser diferentes a los días de entre semana.
- Hay variaciones estacionales.
- La persona tal vez no sepa juzgar el tamaño de las porciones.
- La persona puede tener lagunas de memoria, falta de motivación o problemas de educación.
- Muchos tienden a reportar de menos, en especial quienes tienen sobrepeso.
- Los pacientes pueden reflexionar que algunos alimentos se consideran socialmente indeseables o insalubres, así que prefieren no decir que los consumieron.

Es importante la estimación del paciente con respecto al tamaño de la porción. Para superar el problema de calcular los tamaños de la porción, los nutricionistas pueden mostrar modelos de alimentos tridimensionales, fotografías de alimentos, utensilios para servir, platos, tazas y cucharas medidoras y diversos tipos de vasos. Por ejemplo, un vaso de 226 g (8 onzas) es pequeño comparado con los grandes vasos de las tiendas de conveniencia y los restaurantes de comida rápida.



La nutricionista entrevista a una paciente.

ANÁLISIS DEL CASO 2



¿Qué preguntas le harías a la Sra. Maynard sobre compra y preparación de los alimentos?

La percepción de que las porciones grandes son apropiadas se denomina distorsión de la porción. Los consumidores pueden tener dificultades para reconocer las porciones apropiadas para su peso y nivel de actividad. Las porciones amorfas de alimentos como papas fritas, papas a la francesa, puré de papas y palomitas, pororó o pochoclo, pueden ser difíciles de visualizar, al igual que las porciones pequeñas como los productos untables. Un mazo de cartas, una pelota de béisbol o pedazos de espuma de varios tamaños pueden ayudar a la visualización. También resultan útiles los empaques de los alimentos, los envases de las botanas, aperitivos o *snacks*, las etiquetas de los alimentos y otros recursos similares.

Algunos reportes indican que los pacientes pueden no ofrecer información sobre alimentos que consideran menos deseables para otros. Ejemplos de temas sensibles pueden incluir dulces, postres, bebidas alcohólicas, algunas botanas, aperitivos o

snacks, mantequilla o margarina, comida para llevar, atracones y otros.⁶ Es frecuente el subreporte de ingestas. El paciente decide qué tan sensible es la información y qué declarar.

Cuando estén por completo validadas, las tecnologías nuevas y futuras mejorarán la práctica y la investigación. Se usan autorreportes de ingesta alimentaria obtenidos durante las entrevistas o registros de alimentos que abarcan de 1 a 7 días. Un estudio combinó recordatorios alimentarios con fotografías digitales de antes y después de las comidas.¹⁴ Innovaciones tales como los celulares para capturar imágenes de comidas y colaciones, y el uso de cámaras portátiles proveen registros alimentarios en imágenes.¹⁵ Las valoraciones nutricionales asistidas por imágenes ofrecen información adicional.

Las cámaras digitales, fotografiar las comidas y colaciones, las cámaras portátiles y los celulares pueden registrar las imágenes de los alimentos consumidos. Proveen datos que muestran los alimentos y los tamaños de la porción.¹⁵⁻¹⁷ Las cámaras portátiles han aumentado la precisión de los autorreportes al mostrar alimentos no reportados, como las botanas, aperitivos o *snacks*.¹⁸ El uso de cámaras portátiles por 4 días mientras se consumía alimentos, mostró los sitios, porciones, el tiempo viendo televisión y las interacciones ambientales y sociales.¹⁹

Se usó fotografía digital para valorar las ingestas de alimentos de niños y adultos utilizando imágenes de los alimentos elegidos y el desperdicio, comparado con el tamaño estándar de las porciones. En otro estudio que empleó un método remoto, los participantes reunieron información mediante aplicaciones descargadas en sus celulares. Para estimar la ingesta, capturaron imágenes de alimentos y sobras que enviaron para su análisis. El estudio continuará mejorando en este método.²⁰

Se halló que los FCA administrados por computadora o los recordatorios de 24 horas mejoraron la precisión de los cuestionarios en papel. Se están usando métodos tecnológicos y basados en internet para mejorar la valoración en encuestas e investigación.⁶ Otras técnicas están en periodo de prueba.

Para ahorrar tiempo, puede hacerse una valoración alimentaria breve usando los antecedentes dietarios y/o el FCA que se concentre solo en el problema de salud de la persona, por ejemplo enfatizando las fuentes alimentarias de grasa en la enfermedad cardíaca, los alimentos ricos en sodio en la hipertensión, o el calcio y la vitamina D en osteoporosis. Un ejemplo es la herramienta MEDFICTS (acrónimo de *Meats* (carnes), *Eggs* (huevos), *Dairy* (leche), *Fried foods* (alimentos fritos), *In baked goods* (alimentos horneados), *Convenience foods* (alimentos de conveniencia), *Table fats* (grasas) y *Snacks* (botanas)), que se usa para valorar la adherencia a regímenes de paso 1 y 2 del National Cholesterol Education Program. Se centra en registrar alimentos y porciones que contribuyen a las grasas totales, colesterol y grasas saturadas.^{21,22}

Otras valoraciones cortas incluyen, por ejemplo, un cuestionario de 16 ítems que incluye fotografías de alimentos desarrolladas para hispanoparlantes de bajos ingresos y baja escolaridad.²³ Otros ejemplos son un test en línea sobre calcio para medir la ingesta alimentaria insuficiente de calcio, una herramienta breve de

valoración de calcio (BCAT, *Brief Calcium Assessment Tool*) con 16 ítems,^{23,24} y un FCA para valorar la ingesta de ácidos grasos n-3 poliinsaturados.²⁵

ANÁLISIS DEL CASO 3



¿Qué preguntas harías sobre el estilo de vida y la familia de la Sra. Maynard?

Entrevistas de trabajo

Las habilidades para entrevistar son igualmente importantes en los puestos gerenciales, donde se usan para medir el potencial de los nuevos empleados, para obtener información de los empleados actuales y para explorar soluciones a los problemas.²⁶ Administrar los recursos humanos es una responsabilidad en muchos cargos. Un ejemplo es la entrevista de trabajo usada por un gerente con potenciales empleados.

En este caso, se entrevista a varios solicitantes a un puesto para evaluar las credenciales y habilidades de la persona para el empleo. Después de revisar la solicitud y el currículum, el entrevistador brinda información sobre el trabajo. Una entrevista estructurada se vale de preguntas preplaneadas y estandarizadas con respecto a las obligaciones y requisitos del trabajo a partir de la descripción del puesto. A todos los solicitantes se les aplican las mismas preguntas.^{4,5} Esto disminuirá los estereotipos y aumentará la validez. Hacer preguntas distintas a cada solicitante dificulta las comparaciones.⁴ Una variante es plantear situaciones específicas y preguntar cómo respondería la persona.

Una de las claves para descubrir cómo funcionará una persona en un empleo es analizar ejemplos de su desempeño pasado. Una entrevista conductual pregunta a la persona sobre situaciones reales en un empleo previo y cómo se manejaron.⁴ La contratación basada en la competencia utiliza las descripciones de puesto que enfatizan el conocimiento, habilidades y comportamientos que la persona necesita para hacer el trabajo, en vez de una lista de deberes. Además del conocimiento y la experiencia necesarios, los comportamientos pueden incluir, por ejemplo, habilidades interpersonales y computacionales. Se identifican y discuten otras conductas necesarias para el éxito, como iniciativa y colaboración con miembros de un equipo. Las entrevistas basadas en el comportamiento se enfocan en el desempeño, retos y experiencias en empleos anteriores para medir cómo un empleado potencial realizará el trabajo.²⁷

Recabar ejemplos previos expande nuestro entendimiento de los antecedentes laborales del candidato, su conocimiento, experiencia y motivación. Se puede pedir a la persona que describa cómo resolvió un problema o tomó una decisión, una experiencia desafiante o satisfactoria, o algo que aprendió en el pasado. Como los

sitios web proporcionan preguntas y respuestas para entrevistas de trabajo, puede ser más útil recurrir a una entrevista conductual específica acerca de lo que el candidato ha hecho y cómo lo hizo. Por ejemplo, la persona que dice tener habilidades computacionales debe proveer ejemplos específicos de lo que ha hecho.

La mayoría de las entrevistas constan de tres etapas o componentes: (1) introducir el proceso, (2) preguntas del entrevistador y el entrevistado, (3) cierre que incluye información sobre los siguientes pasos y un cronograma para cada uno. A veces se presenta una entrevista situacional, que plantea escenarios al candidato para que explique lo que haría en cada caso.

Se utilizan los mismos principios y técnicas de entrevista, pero con un fin distinto. Con los empleados potenciales, el entrevistador pretende encontrar al individuo con la capacidad de cumplir con los deberes y responsabilidades del empleo de acuerdo con el conocimiento, habilidades, capacidades y conductas de la descripción del puesto. Dado que la legislación federal en EU prohíbe la discriminación por raza, color, religión, género, embarazo, nacionalidad, edad de 40 años o más e incapacidad, deben evitarse las preguntas sobre estos temas porque pueden llevar a costosas demandas.⁵ Quienes necesiten más información deben consultar recursos adicionales.^{4,5}

Condiciones que facilitan las entrevistas

Para mejores resultados, los profesionales deben aumentar su efectividad como entrevistadores a través de lo siguiente:³

- Definir con claridad el propósito de la entrevista al entrevistado.
- Estar atentos a las conductas verbales y no verbales, escuchando y construyendo una relación.
- Procurar que la entrevista transcurra sin interrupciones.
- Proveer privacidad psicológica.
- Contar con un entorno físico apropiado.
- Tener objetividad emocional.
- Considerar el contexto personal del entrevistado.
- Limitar la toma de notas o explicar para qué las necesita.

Propósito

Es el propósito lo que distingue las entrevistas de las conversaciones sociales.³ El entrevistador debe explicar el propósito de la entrevista, o el entrevistado puede cuestionarse por qué son necesarias las preguntas. Sin una respuesta, una persona puede ser reacia a contestar. Con los pacientes, se puede subrayar que la entrevista es necesaria para brindar asistencia con recomendaciones de salud. Por ejemplo:

“Hagamos una evaluación cuidadosa de lo que come y veamos si encontramos sugerencias para mejorar su elección”. A quienes buscan empleo, indícales que es importante hallar un empleado que estará satisfecho con la compañía y con el puesto. Si el propósito es claro y comprendido, puede esperarse una mejor cooperación por parte del entrevistado.

ANÁLISIS DEL CASO 4



¿Cuál es el propósito de la entrevista con la Sra. Maynard?

Atención y compenetración

Los profesionales deben tener habilidades de escucha, un proceso activo, no pasivo, que requiere una gran cantidad de concentración. Escuchar con atención ayuda a construir una relación de colaboración con la persona, y a crear un ambiente en el que el entrevistado puede comunicarse con facilidad. El entrevistador debe escuchar con cuidado y ayudar a su entrevistado a comunicar sus pensamientos, sentimientos e información. La conversación incluye comportamientos verbales y no verbales. El parafraseo o el resumen periódicos confirman que estás escuchando y tratando de entender.

Ten presente que el entrevistado te está observando también. Mirar con frecuencia el reloj, usar dispositivos electrónicos, no hacer contacto visual, sentarse en una postura demasiado relajada, fruncir el ceño, bostezar y el tono de voz, todo esto puede transmitir un mensaje negativo e inhibir una entrevista efectiva. Por ejemplo, puede mostrarse atención mediante los comportamientos no verbales adecuados como un contacto visual amigable, una expresión facial interesada, una buena postura, sonreír y asentir.

Es normal que la gente sienta cierta incomodidad o reticencia durante las entrevistas. Compenetración es la relación personal que se establece entre el entrevistador y quien responde. Debe establecerse temprano y seguir desarrollándose. Es importante construir un ambiente de apoyo amigable, liberar el estrés, hacer que la persona se sienta a gusto, crear confianza y proveer respuestas, no juicios, verbales y no verbales, sin importar lo que la persona diga.³ Sus declaraciones no deben ser etiquetadas como “buenas” o “malas”.

El entrevistador busca crear un entorno de respeto y confianza, al disponer condiciones en las que los individuos se perciben aceptados, recibidos con calidez, valorados y comprendidos. La confianza debe ganarse; sin ella puede no haber una autorrevelación vital por parte del entrevistado. Ponerse a uno mismo como “el experto” y al entrevistado como “el receptor de nuestra experiencia” inhibe las relaciones. “He tenido mucha experiencia en esto y puedo decirle qué hacer” no es un enfoque útil. Los entrevistados abrumados por la experiencia y posición del profesional pueden responder con información que piensan que él busca o acepta en

vez de algo de utilidad.

La compenetración puede inhibirse si se llama a la persona por su nombre de pila. Algunas personas, y en ciertas culturas, esto puede interpretarse como demasiado informal o como una falta de respeto. Por ejemplo, a una mujer de 72 años puede no gustarle que alguien de 30 años de edad le diga “Martha”. Si tienes dudas, usa ambos nombres, como “Martha Smith”, “Sra. Smith”, o pregunta: “¿Prefiere que le diga Sra. Smith o Martha?”. Di también cómo quieres que te llamen. Si te llaman por tu apellido y el paciente por su nombre de pila se crea una relación superior-subordinado.

Libre de interrupciones

Para dedicar toda su atención al entrevistado, el profesional debe señalar que no le pasen llamadas y apagar los celulares. Si tiene que contestar una llamada, la conversación telefónica debe ser breve, disculpándose con el entrevistado. En una consulta de hospital, es aconsejable pedir que apaguen el televisor, cerrar la puerta y elegir un momento en que sea menos probable que los visitantes y el personal interrumpan. El escenario debe ser confortable, callado y privado.

Privacidad psicológica

Dado que se discutirán asuntos privados, el entrevistador y el entrevistado deben estar solos. Es preferible hacerlo en una oficina tranquila y sin interrupciones. Sin embargo, es posible que otras personas estén presentes si la entrevista es en un cuarto de hospital. Cuando sea posible, dispón las cosas de modo que nadie pueda escuchar la entrevista y que no haya interrupciones; esto fomenta prestar una atención completa y, en Estados Unidos, cumple con la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). Asegura al entrevistado que su información será confidencial y solo se compartirá con el personal médico pertinente.

Entorno físico

Un ambiente confortable, con los muebles, iluminación, temperatura, ventilación apropiados y un entorno agradable pueden mejorar la entrevista. Puede disponerse un escenario donde sea posible mantener el contacto visual. Como pararse ante un paciente que está acostado en una cama de hospital puede desencadenar un comportamiento respetuoso, es preferible que los ojos estén al mismo nivel. La distancia óptima entre la gente involucrada en una entrevista es de 0.6 a 1.2 metros, la distancia de un brazo, pero esto difiere entre culturas.³

El escenario más formal es una persona sentada al escritorio y la otra en frente, mientras que una silla junto al escritorio es menos formal y hace que la gente se sienta al mismo nivel. Dos personas sentadas sin mesa en medio es informal, pero para ver materiales, una mesa redonda es menos formal que una cuadrada o rectangular, porque elimina la posición de la cabecera. En general, mientras menos

barreras haya en la línea de visión, mucho mejor. Un escritorio con una computadora, teléfono, libros, plantas y otros elementos entre tú y tu paciente es una barrera psicológica.

Objetividad emocional

El paciente debe sentirse libre de expresar sus sentimientos, actitudes y valores. Debe mantenerse una actitud de aceptación y preocupación por el entrevistado, con un deseo de entender su conducta y no de juzgarla. Una ceja levantada, una mirada escandalizada, sorprendida o divertida, o una pregunta de seguimiento incrédula (por ejemplo: “¿Se tomó tres cervezas con la comida?” o “¿Todo lo que comió fue un paquete de galletas?”) puede hacer que el paciente cambie o termine la historia.

Los entrevistadores deben estar alerta a sus propios valores conscientes e inconscientes, prejuicios y sesgos. Esto no solo incluye sus preferencias raciales, étnicas y religiosas, sino el rechazo exagerado a la gente y a sus características. Por ejemplo hacia los mal vestidos, menos educados, mujeres agresivas, hombres sumisos, voces muy estridentes o apretones de manos débiles. Identificar sus propias intolerancias puede ayudar a controlar cualquier expresión de ellas a través de los comportamientos no verbales.

Contexto personal

La gente trae consigo sus propios contextos personales o sistemas de creencias, actitudes, sentimientos y valores, que deben ser reconocidos. Por ejemplo, la preocupación acerca de amenazas a la salud percibidas puede ser tan atemorizante que ocupa los pensamientos y bloquea la conversación. Los entrevistadores deben reconocer la situación del interlocutor y sus aspectos subjetivos y objetivos. Después de un ataque cardíaco, por ejemplo, un hombre puede sentir miedo, resentimiento, coraje, ansiedad, dependencia o regresión, todo lo cual puede interferir con la concentración y la cooperación. Es de mucha ayuda entender las reacciones psicológicas a la enfermedad y las formas de lidiar con ellas.

Es más fácil establecer una relación profesional con personas similares a nosotros mismos, mientras que con otras pueden surgir barreras. Las entrevistas deben ser apropiadas para la edad y específicas para la población, con listas de alimentos basadas en los hábitos alimentarios de la población.⁷ Es importante lograr un entendimiento completo de las elecciones y prácticas alimentarias de los diversos grupos.

La gente de todos los grupos socioeconómicos, de diversos grupos étnicos y culturales, y de edades de jóvenes a mayores, participa en forma diferente en la relación profesional. El contacto visual y otros comportamientos no verbales deben ser apropiados para la cultura. Por ejemplo, los niños pequeños no están acostumbrados a hablar con adultos que no sean amigos o de su familia. Es útil conocer el nivel de vocabulario del niño.

Puede ser que el entrevistador deba facilitar que se ventilen algunos sentimientos

y reconocerlos antes de continuar. Alguien que solicita un empleo, digamos, puede haber sido despedido en forma reciente de un puesto de muchos años. Sin embargo, la manera en que una persona se siente con respecto a la situación es tan importante como los hechos. Es posible que la ansiedad, el nerviosismo y otras emociones sean evidentes. El gerente debe estar atento a las señales verbales y no verbales, porque le darán un marco de referencia para comprender.

ANÁLISIS DEL CASO 5



¿Qué discutirías con la Sra. Maynard sobre sus intentos previos de perder peso?

Por lo general, el nutricionista cuenta con ciertos antecedentes del paciente. En un hospital, la historia clínica es la fuente de información sobre las circunstancias sociales, culturales y económicas, el estado civil, el número de habitantes en la casa, la edad, el empleo, la religión, el nivel educativo, la salud física, los medicamentos, peso y talla, antecedentes médicos y los resultados de laboratorio y radiografías. En las entrevistas de trabajo, la solicitud y el currículum deben examinarse antes de la entrevista, porque contienen información sobre el nivel académico y la experiencia previa de trabajo.



La entrevista de trabajo.

Tomar notas

Tomar demasiadas notas interrumpe el flujo de la conversación, inhibe la

compenetración y evita que el entrevistador se concentre en las respuestas verbales y no verbales del entrevistado. Además, el entrevistado puede distraerse o sentir recelo por lo que se escribe. Sin embargo, tomar notas puede ser necesario para un entrevistador inexperto. Si es así, deben ser breves. Para evitar preocupaciones, el individuo debe pedir permiso al entrevistado para hacer algunos apuntes y explicar por qué son necesarios y para qué se usarán. Por ejemplo, el nutricionista puede decir: “¿Está bien si tomo notas para revisar después lo que dijimos?”.

Al escribir, trate de mantener el contacto visual tanto como sea posible. Hay que inventar algunas palabras clave, frases o abreviaturas. Por ejemplo, un desayuno de jugo de naranja, cereal, pan tostado y café con crema y azúcar puede abreviarse como “JG, cer, tst, C-C-A”, y una ensalada de piña y queso cottage puede ser “Ens Pi/QC”.

Las notas extensas deben ser dictadas o grabadas de inmediato después de que la persona se ha ido. Esperar 15 minutos o más, ver a otro paciente o solicitante, o aceptar llamadas telefónicas pueden causar que el entrevistador olvide información esencial.

Durante la entrevista, se puede examinar no solo lo que la persona dice, sino también lo que no dice. ¿Hay lagunas que el entrevistador debe tratar de llenar? Ten en cuenta también los comportamientos no verbales como tensión, incapacidad de mantener contacto visual, movimientos de las manos, inquietud y expresiones faciales de incomodidad, nerviosismo, enojo o falta de comprensión. Las conductas no verbales pueden ser inconsistentes con el mensaje verbal, o pueden añadirle elementos.

Aunque los entrevistadores ajustan el ritmo de la entrevista al del interlocutor, son también responsables por la dirección que esta toma. Cuando los temas son inapropiados, el entrevistador experto vuelve la conversación a temas apropiados. Por ejemplo, cuando el paciente hable sobre su esposa y sus hijos, hay que traerle de vuelta a los antecedentes nutricionales. Un solicitante que describe su reciente visita a España debe ser traído de vuelta a temas relevantes. La gente que es muy habladora puede divagar con frecuencia, y requiere de más orientación por parte del entrevistador. En estos casos, reformular o enfatizar lo último que se dijo que haya sido importante para la entrevista y plantear una pregunta relacionada pueden ser de utilidad.

Partes de la entrevista

La entrevista puede dividirse en tres partes: (1) apertura, (2) exploración o cuerpo de la entrevista y (3) cierre.

El inicio de la entrevista, o apertura, implica un saludo, presentaciones y establecer una relación, un proceso para crear confianza y buena voluntad entre las partes.³ La fase de exploración incluye el uso de preguntas para obtener información, al tiempo que se mantiene la relación personal conforme el entrevistador conduce la entrevista con respuestas. En la fase final, la entrevista se cierra y se planean futuros contactos. En la [tabla 3-1](#) se resume el proceso de la entrevista.

Apertura

La apertura establece el tono de la entrevista (amigable o no, profesional o informal, relajada o tensa, calmada o apresurada), e influye en la forma en que el entrevistado te percibe. Los nutricionistas deben saludar al paciente, y decir su nombre y su título, por ejemplo: “Buenos días. Mi nombre es Judy Jones y soy nutricionista”. Una sonrisa, un contacto visual, un apretón de manos o colocar la mano en la mano o brazo del otro, con una expresión y un tono de voz agradables son comportamientos no verbales de apoyo.³

Fases	Tareas
Apertura	Introducciones y presentación.
	Establecer la compenetración.
	Discutir el propósito de la entrevista.
Exploración o cuerpo	Recabar información mediante preguntas.
	Explorar los problemas.
	Explorar pensamientos y sentimientos involucrados.
	Seguir construyendo la compenetración.
Cierre	Expresar agradecimiento.
	Revisar el propósito; pedir comentarios o preguntas. Planear futuros contactos.

Tabla 3-1 ■ El proceso de la entrevista.

En el hospital, el entrevistador puede preguntar: “¿Usted es Mary Johnson?”. Si la respuesta es afirmativa, puede responder: “Gusto en conocerla. ¿Prefiere que la llame Mary o Sra. Johnson?”. El profesional puede decirle cómo quiere que lo llamen, como: “Por favor, dígame Mike”.

Si el médico del paciente ha solicitado el contacto, el entrevistador puede mencionarlo. “¿El Dr. Smith le dijo que él me pidió que viniera a verla?”. Si la respuesta es “no”, explícale la solicitud del médico. Puede seguir una exposición de la naturaleza y propósito de la entrevista, y de cómo se beneficiará la persona. Por ejemplo: “El Dr. Smith mencionó que usted tiene la presión alta. Me pidió que hablara con usted para encontrar una forma de reducir la cantidad de sal y sodio de los alimentos que usted consume. Esta es una forma de ayudar a controlar su presión

arterial”.

Antes de soltar una descarga de preguntas, pueden usarse algunos minutos hablando de otros temas para fomentar la relación. Lo apropiado es un diálogo, no un monólogo. La conversación sobre cierta información conocida de la historia clínica o de la solicitud o currículum de los solicitantes de empleo puede ser adecuada. O bien hablar del clima, eventos deportivos, días festivos, algún suceso nacional o internacional, el tránsito, el estacionamiento, o de cualquier tema que interese a ambos puede ser una buena forma de abrir la conversación. Aunque uno tiene una tarea que cumplir, la charla trivial es importante para construir la relación. No obstante, no debe prolongarse, o el entrevistado se preguntará cuándo irás al grano. Puede indicarse un lapso de tiempo para la entrevista.

Cuando los entrevistados inician la sesión, es preferible dejarles expresar el problema o la razón de su visita en sus propias palabras. Un gerente puede preguntar: “¿Qué le trae a esta compañía a buscar empleo, Sr. Smithfield?”, o para un paciente: “¿Cómo le ha ido desde la última cita, cuando hablamos sobre su meta de perder peso?”, o bien: “Cuando hablamos por teléfono, Sra. Jones, usted mencionó que su doctor le dijo que tiene diabetes incipiente. ¿Cómo puedo ayudar?”. Cuando se da a los entrevistados la oportunidad de expresarse primero, la entrevista comienza con sus propósitos, o con lo que es importante para ellos.

Aunque pueda parecer una pérdida de tiempo, el intercambio inicial de información o trivialidades es importante y no debe omitirse. Crea un clima positivo para abrir la comunicación.²⁶ La compenetración, cierto grado de calidez, un ambiente de apoyo y una sensación de involucramiento mutuo son componentes cruciales de la entrevista. El nivel de confianza establecido en la relación influye en la disposición a brindar información acerca de uno mismo, y la cooperación y la información brindadas son básicas para el éxito.

Los entrevistados desarrollan con rapidez percepciones de la situación, y toman decisiones acerca de la cantidad de información que desean compartir. Se forman impresiones del entrevistador, al igual que el profesional lo hace acerca de ellos. Antes de dirigir la conversación a la siguiente etapa, deben aclararse y comprenderse el propósito, las metas, la naturaleza de la entrevista, la duración y cómo se usará la información, para que la persona sepa qué esperar.³

AUTOEVALUACIÓN 1



¿Qué tan satisfactorias son las siguientes aperturas? ¿Cómo pueden mejorarse?

Entrevista de trabajo:

1. “Pase, por favor. Estoy muy ocupado, pero necesito contratar a un nuevo empleado. ¿Tiene usted alguna experiencia?”.
2. “Hola, soy Steve Johnson (se estrechan las manos). Estamos buscando un cocinero para el primer turno. ¿Prefiere la mañana o la tarde?”.

Entrevista con el paciente:

1. “Hola, Sr. Jones. Soy Mary, nutricionista. ¿Ha estado antes en un plan de alimentación para diabéticos?”.
2. Entrando al cuarto del paciente: “Buenos días, Julia. ¿Cómo va? ¿Todos están bien hoy? Vine a

Exploración o cuerpo de la entrevista

En la segunda etapa, la exploración o cuerpo de la entrevista, se hace al entrevistado una serie de preguntas, que son las herramientas para obtener información. No surgen en el momento. Un buen entrevistador ha planeado antes las preguntas con cuidado, en una “guía de entrevista”, un esbozo de la información deseada o de los temas a ser cubiertos que son relevantes para el claro propósito de la entrevista.³ Esta guía debe indicar no solo qué preguntas se harán, sino también cómo serán formuladas para obtener la mayor información en el limitado tiempo disponible. Con la práctica el flujo será natural. Los entrevistadores efectivos hablan en forma natural y no siguiendo un mensaje trazado y preplaneado.²⁶

Los temas deben disponerse en una secuencia definida. Por ejemplo, en una historia alimentaria o nutricional, el entrevistador puede desear información sobre los alimentos y bebidas consumidos, el hecho de comer en restaurantes, los tamaños de las porciones, las comidas, los métodos de preparación de los alimentos y las colaciones. En secuencia, la lista incluye comidas, tamaños de la porción, los métodos de preparación, las colaciones, las bebidas y comidas en restaurantes. Observa el [recuadro 3-1](#) para cuestiones y guías para los antecedentes alimentarios.

En una entrevista de trabajo, la secuencia puede ser: ejemplos de experiencias laborales, metas de carrera, educación, actividades e intereses actuales relacionados con el trabajo y cualificaciones personales. Las preguntas específicas dirigidas a obtener información sobre las cualificaciones del solicitante, comparadas con las de la descripción del puesto, deben planearse con anticipación.

1. “¿Quién planea y prepara los alimentos en casa? ¿Quién hace las compras de alimentos?”.
2. “¿Está usted limitando ahora sus elecciones de alimentos en alguna forma?” (por alergia, religión, intolerancia, etc.).
3. “Por favor dígame dudas o problemas que tenga en sus elecciones de alimentos; acerca de los miembros de su familia que comen juntos, y cualquier problema alimentario que puedan tener”.
4. “¿Cuánta actividad física realiza?”.
5. “Ahora voy a pedirle que piense en los alimentos y bebidas que consume en un día típico. Por favor dígame cuál es el primer alimento o bebida que toma al despertar y el tamaño de la porción”.
6. “Muy bien. Ahora dígame qué come y bebe después, incluyendo la cantidad”.
7. “¿Y después? ¿Qué come o bebe después?”.

8. “¿Qué tipo de condimentos usa al cocinar? Cuénteme sobre ellos”.
9. “A menudo nos olvidamos de las bebidas y las colaciones. ¿Qué come entre cada una de sus comidas y durante la noche, o antes de acostarse?”.
10. “No ha mencionado bebidas alcohólicas, incluyendo cerveza y vino. Hábleme de ellos”.
11. “¿Qué tan a menudo toma usted un complemento de vitaminas y minerales o utiliza hierbas u otras terapias alternativas? Por favor describa los tipos y cantidades”.
12. “¿A qué horas del día consume sus alimentos?”.
13. “¿Cuántas veces a la semana come fuera de casa? ¿Qué pide?”.
14. “¿Diría usted que la cantidad de alimento que ha descrito es típica, más que lo habitual o menos que lo habitual?”.
15. “Para resumir lo que me ha dicho, ¿puede decirme cuántas porciones come al día o a la semana de estos alimentos?”: (sigue con una lista de frecuencia de consumo de alimentos).

Recuadro 3-1 ■ Ejemplos de preguntas y guías para historias alimentarias.

Si bien asegura que la información se recaba en una forma sistemática, la guía de la entrevista no se debe seguir de manera estricta. Hay que adaptar las preguntas para la edad, región y grupo de población. Nunca leas las preguntas de la lista ni trates de seguir una secuencia predeterminada. El entrevistador debe estar por completo familiarizado con las preguntas y no tener que consultarlas a cada momento. Cuando el entrevistado saca a relucir algún tema o hace una pregunta, esto muestra interés, por lo que debería ser abordado por el entrevistador. Conocer el propósito e importancia de cada pregunta es importante, para no plantearlas en una forma superficial, y por lo tanto el entrevistador tampoco debe aceptar respuestas superficiales o inadecuadas.

Por ejemplo, preguntar a un solicitante para un empleo acerca de los puestos que ha desempeñado es un intento por buscar información sobre sus habilidades de liderazgo y la aceptación de responsabilidad. La técnica de preguntar acerca de los planes de carrera para los siguientes 3 a 5 años busca conocer las metas a corto y largo plazos. Para contestar en forma completa, el entrevistado debe considerar que las preguntas son relevantes. Con los pacientes, el profesional puede explicar por qué las preguntas son la base para una valoración, asesoramiento o educación nutricional. Observa el [recuadro 3-2](#) para preguntas en una entrevista laboral.

En general, las preguntas en una entrevista laboral deben relacionarse con el empleo o predecir el éxito en el puesto. Deben obtener información para comparar las cualificaciones e intereses del individuo con la descripción del puesto vacante. Por ejemplo:

1. “Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre usted mismo y su experiencia de trabajo previa”. Introduce la línea de preguntas.
2. “Cuénteme acerca de su experiencia laboral previa y cómo se relaciona con el empleo que le interesa”. Da impresiones generales sobre si la persona está capacitada.
3. “Por favor descríbame dos logros importantes en su empleo anterior”. Revela habilidades.
4. “¿Cuáles eran sus responsabilidades en su empleo anterior?”. Da conocimiento, habilidades y capacidades.
5. “¿Cuáles diría que son sus principales fortalezas como trabajador? ¿Hay áreas que mejorar?”. Habla de habilidades y capacidades.
6. “¿Qué tipo de trabajo le interesa?”. Revela interés y motivación.
7. “¿A qué organizaciones pertenece que sean relevantes para el empleo que solicita?”. Muestra intereses y habilidades interpersonales.
8. “¿Qué puestos ha ocupado?”. Muestra la capacidad de liderazgo y la aceptación de responsabilidades.
9. “¿Cuáles son sus metas de carrera? ¿Dónde se ve a usted mismo en 3 a 5 años?”. Habla de si la persona planea por anticipado y si sus planes son congruentes con los de la compañía.
10. “¿En qué horario prefiere trabajar? ¿Qué tan flexible es su horario?”.
11. “¿Qué le trajo a solicitar empleo en nuestra compañía? ¿Le gustaría trabajar para nosotros?”. Habla de si la persona conoce la compañía.
12. “¿Prefiere trabajar solo o en grupo?”. Indica si la persona trabajará bien en un entorno de equipo.
13. “Cuénteme un momento en su empleo anterior cuando el trabajo en equipo fue importante”.
14. “Cuénteme un problema que resolvió en el trabajo y cómo lo hizo”.
15. “Describa cómo tomó una decisión importante en el trabajo”.

Preguntas que *no deben* hacerse

En Estados Unidos, algunos temas pueden ser la base para una queja por discriminación por raza, color, género, estado civil, nacionalidad, religión, edad y discapacidad. Por esta razón, las siguientes preguntas son ejemplos de aquellas que deben evitarse en las entrevistas laborales. Si las preguntas no están relacionadas con el trabajo, no las haga.

1. “¿Cuál es su nacionalidad y lenguaje materno? ¿Lugar de nacimiento?”.
2. “¿Cuál es su afiliación religiosa?”.

3. “¿Cuál es su estado civil? ¿El nombre de su cónyuge? ¿Cuál es su nombre de soltera?”.
4. “¿Dónde trabaja su cónyuge? ¿Qué piensa de que usted trabaje?”.
5. “¿Tiene familia o planes para empezar una? ¿Quién cuidará a sus hijos?”.
6. “¿Cuál es su fecha de nacimiento? ¿Fecha en que se graduó de la escuela? ¿Su edad?”.

Recuadro 3-2 ■ Preguntas muestra para una entrevista laboral.

Usar las preguntas

Las preguntas juegan un papel principal en una entrevista como herramientas para el intercambio. Su formulación es tan importante como la forma y el tono de la voz. Un abordaje amigable al hacer las preguntas comunica el deseo de entender y ser de ayuda. El tipo de preguntas debe requerir que la otra persona hable durante 60% a 70% del tiempo. Al principio deben evitarse las preguntas que son muy específicas o que pueden ser respondidas con monosílabos, como “sí” o “no”, pero puede ser necesario hacer un seguimiento de alguna información en especial. Una persona experta escucha y evalúa cada respuesta, y puede investigar más.

Las preguntas pueden clasificarse de varias maneras: abiertas o cerradas, primarias o secundarias, de sondeo, y neutrales o direccionales.³

Preguntas abiertas y cerradas

Las preguntas abiertas son amplias y dan al entrevistado gran libertad para decidir qué hechos, pensamientos y sentimientos expresar, y le dan al profesional la oportunidad de escuchar y observar. Las preguntas abiertas permiten que la gente cuente su historia.²⁸ Los siguientes son ejemplos de preguntas abiertas:

- “¿Me contaría un poco sobre usted?”.
- “¿Cuáles son algunos alimentos que consume durante el día?”.
- “¿Qué ha hecho en el pasado para tratar de perder peso?”.
- “¿Qué le hizo decidirse a buscar empleo aquí?”.

Al comienzo de la entrevista, las preguntas abiertas son menos amenazadoras y comunican más interés y confianza; las respuestas revelan lo que el entrevistado considera más importante.

Las desventajas son que pueden tomar mucho tiempo, recabar información innecesaria y respuestas largas y desorganizadas.³ Los siguientes son ejemplos de preguntas abiertas con restricciones moderadas:

- “¿Puede decirme qué tipo de comidas hace durante el día?”.
- “¿Qué le dijo el doctor sobre su alimentación y salud?”.

- “¿Cuáles eran sus responsabilidades en su puesto anterior?”.
- “¿Cómo se interesó en este puesto?”.
- “¿Qué habilidades tiene que sean importantes para este empleo?”.

ANÁLISIS DEL CASO 6



¿Qué temas te gustaría abordar con la Sra. Maynard acerca de controlar su presión arterial?

En las visitas de seguimiento, las preguntas abiertas deben ser amplias para permitir que el paciente determine el foco de la entrevista. Algunos ejemplos son: “¿Cómo van progresando sus metas alimentarias?” o “¿Qué progreso ha hecho desde que hablamos la última vez?”. El nutricionista debe iniciar la discusión con la preocupación que esté en la mente del paciente. Para preguntas de apertura, el entrevistador debe también referirse a los registros sobre los antecedentes, problemas y previas metas para el paciente.

Las preguntas cerradas son más restrictivas, es decir, controlan la extensión de las respuestas y obtienen un solo hecho o información faltante. Algunas preguntas cerradas son más limitantes que otras, como:

- “¿Quién cocina en casa?”.
- “¿Le pone sal a los alimentos?”.
- “Mencióneme algunas colaciones que toma entre comidas”.
- “¿Qué restricciones especiales de alimentos sigue usted, si las hay?”.

Las preguntas cerradas dan al entrevistador más control, requieren de menos esfuerzo por parte del entrevistado, y toman menos tiempo, lo cual es valioso cuando solo se necesita una breve exploración.³ Sus desventajas incluyen la inhibición de la comunicación, lo que puede ocurrir si el entrevistador muestra poco interés en las respuestas, y en la necesidad de hacer más preguntas para obtener información. En la [tabla 3-2](#) se resumen las ventajas y desventajas de los distintos tipos de preguntas.

Tipo de pregunta	Ventajas	Desventajas
Abierta	Da el control al entrevistado	Toma tiempo
	Comunica confianza/interés	Provee información innecesaria
	Menos amenazadora	
	Revela lo que es importante	

	para la persona	
Cerrada	Da el control al entrevistador	Provee respuestas incompletas
	Provee respuestas rápidas	Las preguntas cortas obligan a hacer más preguntas
	Verifica información	
Primaria	Introduce nuevos temas	
Secundaria	Revela más información	
Direccional		Dirige la respuesta de la persona
		Revela los prejuicios del entrevistador
Neutral	Respuestas más precisas	

Tabla 3-2 ■ Ventajas y desventajas de los tipos de preguntas.

Preguntas primarias y secundarias

Las preguntas pueden clasificarse también como primarias o secundarias. Las preguntas o solicitudes primarias se usan para introducir temas o nuevas áreas de discusión. Los siguientes son ejemplos:

“Ahora que hemos explorado su puesto más reciente, cuénteme acerca de su trabajo anterior con esa compañía”.

“Ahora que hemos visto los alimentos que consume en casa, por favor dígame qué come cuando va a los restaurantes”.

Nota que mencionar lo que acaba de decirse demuestra que has estado escuchando.

Las preguntas secundarias, también denominadas preguntas de “seguimiento”, son solicitudes para obtener más información o explicación que no se obtuvo con las preguntas primarias.³ Los entrevistados pueden haber dado una respuesta inadecuada por muchas razones, incluyendo mala memoria, mala interpretación de la pregunta o de la cantidad de detalles necesarios, y la sensación de que la pregunta es demasiado personal o irrelevante. Pueden hacerse preguntas específicas de seguimiento, como las siguientes:

“¿Qué comió de postre?”.

“¿Qué otras bebidas consume?”.

“En su empleo anterior, ¿a cuántas personas supervisaba?”.

Sondeo

Aunque el paciente quizá no haya podido responder las preguntas anteriores en ese momento, la memoria a corto plazo de los alimentos puede mejorarse fomentándola. Se puede recordar al paciente el día de la semana, dónde pasó el día, si comió en casa o en un restaurante, si había otras personas, etc.

Las preguntas de sondeo son preguntas secundarias que le piden al paciente que aclare sus respuestas parciales o que continúe.²⁶ Por ejemplo:

“¿Podría profundizar sobre...?”.

“¿Me diría algo más acerca de...?”.

Preguntas neutrales y dirigidas

Las preguntas neutrales son preferibles a las dirigidas, porque permiten que el entrevistado decida la respuesta, mientras que las dirigidas llevan al entrevistado hacia una respuesta, un efecto que puede no ser intencional por parte de un entrevistador inexperto.³ Las preguntas dirigidas sugieren una respuesta esperada, como en los siguientes ejemplos:

“Usted toma leche, ¿verdad?”. “Sí, por supuesto”. Pregunte mejor:

“¿Qué bebidas acostumbra beber?”.

“Usted ya no va a comer postres, ¿verdad?”. “No”. Pregunte mejor:

“¿Qué tomará de postre?”.

“El desayuno es TAN importante. ¿Qué desayunó? ¿Cereal?”.

Pregunte mejor: “¿Qué bebe y come primero al despertarse por la mañana?”.

Una de estas preguntas supone que el paciente desayuna, y en estos casos la gente puede contestar incluso si suele saltarse esa comida. Los pacientes pueden cambiar sus respuestas con base en una apariencia no verbal del nutricionista de sorpresa, disgusto, rechazo o desacuerdo con lo que están diciendo. Para lograr respuestas desinhibidas, el entrevistador debe evitar estas manifestaciones.



Discusión de la información de la entrevista.

Fuente: Fotografía por Joe Mitchell.

AUTOEVALUACIÓN 2



Identifica las siguientes preguntas como abierta, cerrada, primaria, secundaria o direccional.

1. “Mencionó que la única comida que hace en casa es la cena. ¿Puede decirme dónde desayuna y almuerza, y qué suele consumir?”.
2. “¿Le puso mostaza a su hamburguesa?”.
3. “¿Qué le pone a su ensalada?”.
4. “¿Cómo prepara sus carnes?”.

Directrices

Cuando como entrevistador sientes que estás haciendo demasiadas preguntas y tu entrevistado tal vez tenga la sensación de estar siendo interrogado, puedes plantear algunas preguntas como una afirmación o guía. Por ejemplo: “¿Cómo va su dieta?” puede cambiarse a “Me interesa saber cómo va su dieta”.

“¿Cómo se interesó por este puesto?” puede cambiarse a “Me interesaría conocer algunas de las razones por las que decidió solicitar este puesto”. Esto hace que la entrevista sea más coloquial. Las preguntas deben hacerse una a la vez, y el entrevistador debe concentrarse en escuchar con cuidado las respuestas en vez de pensar en la siguiente pregunta.

Preguntas de secuencia

Las preguntas pueden disponerse en una secuencia de “embudo”, “embudo invertido”

o “túnel”. La secuencia de embudo comienza con preguntas amplias y abiertas y sigue con preguntas más restrictivas o cerradas.^{3,26} La secuencia de embudo es una serie de preguntas, cada una de las cuales cubre un tema diferente para obtener información específica. Puede ser una opción apropiada en una entrevista nutricional.

EJEMPLO “Mencione por favor los alimentos que consume durante un día”.
“¿Qué toma como colación entre comidas?”.
“No hemos hablado de las bebidas; ¿qué le gusta beber?”.

Comenzar la entrevista con preguntas abiertas plantea menor amenaza a la persona y estimula la respuesta.²⁸ La persona ofrece la información, lo que evita la necesidad de más preguntas. Una secuencia de embudo invertido puede ser preferible. En las entrevistas laborales, por ejemplo, un solicitante nervioso puede sentirse más cómodo lidiando al principio con una pregunta cerrada específica que con una amplia y abierta como: “Hábleme de usted”. A medida que la reunión progresa, las preguntas pueden volverse más abiertas.²⁶

Al tomar los antecedentes alimentarios y nutricionales, las preguntas o afirmaciones que comienzan con “Qué” o “Hábleme de” generan mejores respuestas que “¿Usted...?”. Revisa los ejemplos de la historia alimentaria del [recuadro 3-1](#). Las preguntas que no requieren de una respuesta amplia o que pueden ser respondidas con una palabra o “sí” o “no” son menos productivas, como en los siguientes ejemplos:

EJEMPLO “¿Usted desayuna?”. “Sí”.
“¿Le gusta la leche?”. “No”.
“¿Con qué frecuencia come carne?”. “A diario”.

Una serie de preguntas cerradas, breves y secuenciales de la lista de información a recabar del profesional evita que la gente cuente su historia, y como resultado puede omitir información. En vez de eso, recolecta esta información usando una pregunta amplia y abierta o guías, como sigue:

EJEMPLO “Por favor hábleme de los primeros alimentos y bebidas que consume casi todos los días, qué come, y la cantidad”.

Preguntas que empiezan con “¿Por qué?”

Algunos recomiendan evitar preguntas que empiecen con “¿por qué?”, ya que pueden indicar desaprobación, disgusto o falta de confianza, provocando sentimientos defensivos, porque parece que piden que la persona se justifique o explique su comportamiento. Por ejemplo:

“¿Por qué no cumple mejor con su plan de alimentación?”.
“¿Por qué no desayuna?”.
“¿Por qué no hace ejercicio más seguido?”.
“¿Por qué renunció a su trabajo?”.

Las personas pueden reaccionar en forma defensiva o explicar su conducta en una forma que creen que es aceptable.

“No sigo mi plan de alimentación porque no me gusta. A usted tampoco le gustaría”.
“Puedo desayunar si usted piensa que debo hacerlo”.
“No hago ejercicio porque no tengo tiempo. ¿Usted hace ejercicio?”.
“Renuncié porque no había oportunidad de avanzar”.

Si se siente amenazado por una pregunta de ese tipo y no está dispuesto a revelar la respuesta, el individuo puede responder en forma evasiva, en cuyo caso nada se gana.

Respuestas

Una vez que el paciente contesta, el entrevistador puede responder en una de varias formas. Algunas se recomiendan y otras ayudan menos. Incluyen: (1) respuestas de comprensión, (2) respuestas de sondeo, (3) respuestas de confrontación, (4) respuestas de evaluación, (5) respuestas hostiles y (6) respuestas de refuerzo.

Respuestas de comprensión

Las respuestas de comprensión son una de las mejores opciones. Con ellas, los nutricionistas tratan de entender el mensaje de la persona y de recrearlo dentro de su propio marco de referencia. La gente tiene cierta compenetración con quienes tratan de comprender en vez de juzgar. Esto puede llevar a una mayor cooperación por parte del paciente.

EJEMPLO Sra. Jones: “No he perdido peso esta semana. Solo comí algunas galletas. El plan de alimentación no funciona”.
El nutricionista, parafraseando un sentimiento más que un hecho:
“¿Usted está preocupada porque no ha perdido peso, Sra. Jones, y se pregunta si fue algo que comió o un problema con el plan de alimentación?”.

En esta respuesta de comprensión, la paráfrasis ayuda a que la persona se sienta aceptada aun si su comportamiento no fue perfecto. Se siente segura al expresar sus sentimientos y seguir explorándolos. Nota que el profesional debe enfocarse en los sentimientos y actitudes de la Sra. Jones, más que solo en el contenido de sus palabras. Ella puede estar sintiéndose culpable, preocupada o desilusionada con el plan de alimentación o consigo misma. El nutricionista supone que está “preocupada” y si esto no es correcto, la Sra. Jones corregirá la impresión errónea, ampliando la

comprensión del profesional y demostrando que está tratando de entenderla.

La respuesta de comprensión es más útil para ayudar a los pacientes a reconocer problemas y a llegar a sus propias soluciones. El paciente puede progresar de sentimientos negativos iniciales a unos más neutrales y por último a actitudes y soluciones más positivas.

Es necesario diferenciar y comprender tanto el contenido como los sentimientos de los comentarios del paciente. Para determinar el contenido, puedes preguntarte: “¿Qué está pensando o diciéndome esta persona?”. Los sentimientos pueden clasificarse como positivos, negativos o ambivalentes, y pueden cambiar a medida que la entrevista progresa.

El parafraseo, estudiado en el capítulo 2, verifica tu comprensión. Es parte de la empatía que implica el intento del profesional de experimentar con precisión el mundo de la persona y comunicarle ese entendimiento. Refleja el contenido de lo que el paciente dijo en palabras del profesional para asegurar que la comunicación ha sido comprendida. La respuesta puede insertarse en un formato.

EJEMPLO “Creo haberle escuchado decir que se siente... porque...”.

Para evitar el uso excesivo de la misma frase o sonar mecánico, la frase puede variarse.

EJEMPLO “¿Entiendo correctamente que usted se siente...?”.

“Usted parece estar diciendo que se siente...”.

“Creo que...”.

“Usted suena...”.

“En otras palabras, usted está sintiendo...”.

Las respuestas del entrevistado que sugieren sentimientos con respecto a un evento pueden proveer una clave importante sobre su comportamiento. La forma en que los pacientes se sienten acerca de sus estilos de vida, hábitos o elecciones alimentarias o su salud es crucial para la adhesión al plan de alimentación. Los comportamientos alimentarios pueden ser influidos por variables psicológicas, culturales y ambientales que es importante comprender.

Los solicitantes a un empleo también pueden expresar sentimientos con respecto a una experiencia laboral, relaciones con superiores y subordinados, y actividades e intereses. Iniciar una afirmación con “Siento...”, “Pienso...” o “Creo...” da una señal de que dicha oración expresa opiniones, creencias, actitudes o valores. Los siguientes ejemplos incluyen posibles sondeos de seguimiento:

EJEMPLO “¿Puede explicar más acerca de sus sentimientos?”.

“¿Qué piensa de eso?”.

“¿Qué piensa usted que está causando eso?”.

Es difícil para algunos hombres explorar sus emociones y sentimientos, y controlar los sentimientos es algo valorado en algunas culturas.

Respuestas de sondeo

La respuesta de sondeo es útil para aclarar u obtener información adicional a medida que la gente recuerda detalles. Por ejemplo, en las entrevistas nutricionales, los detalles acerca de las cantidades de alimentos, los ingredientes añadidos, los métodos de preparación de los alimentos y colaciones se sondean con frecuencia. El sondeo implica que la persona debe dar más información para que el nutricionista pueda comprender.

EJEMPLO Sra. Jones: “No he perdido peso esta semana. Solo comí algunas galletas. El plan de alimentación no funciona”.

Nutricionista: “Usted parece pensar que el plan de alimentación no funciona. ¿Podría hablarme más sobre eso?”.

En vez de dar un consejo, lo cual puede ser tentador o incluso una respuesta automática, esta respuesta ayuda a la persona a contar su historia, y puede obtenerse más información.

Existen muchas técnicas de sondeo, que pueden usarse además de las preguntas secundarias o de seguimiento. No deben ser amenazadoras, ni juzgar ni dirigir para evitar conducir a la gente a respuestas específicas. Un breve silencio puede ser eficaz, al igual que la repetición de la última frase dicha por el paciente, o una afirmación que resuma. Los siguientes párrafos sugieren sondear más en caso de respuestas vagas o superficiales, así como para aclarar sentimientos sobre eventos.

Cuando se desea una respuesta más detallada en el caso de respuestas superficiales, las siguientes preguntas pueden servir:

EJEMPLO “¿Puede hablarme más de eso?”.

“¿Y usted qué hace después?”.

“Por favor explíqueme un poco más acerca de...”.

“¿Qué más?”.

Para aclarar si la respuesta es vaga, puedes contestar:

EJEMPLO “¿Podría aclararme qué quiso decir con...?”. “Creo que no entendí bien...”.

El parafraseo es otra técnica para asegurar que la información es clara y correcta. Al repetir, resumir o rephrasear lo que se ha dicho, los entrevistadores muestran que están tratando de comprender.

Cuando la persona parece dudar si continuar o no, el entrevistador puede permanecer en silencio, haciendo una pausa para que el paciente ordene sus pensamientos y continúe. El profesional debe parecer atento, quizás con una mirada expectante o comprensiva, pero debe evitar el contacto visual por el momento. El silencio puede ser incómodo para el entrevistador inexperto, que tratará de presionar. Sin embargo, si el paciente no continúa en 30 o 60 segundos, el entrevistador debe comenzar antes de que dicha impresión ocurra. Véase el [recuadro 3-3](#) para otras frases de sondeo.

“Continúe”.
“Ya veo”.
“Entiendo, Sra. Jones, continúe por favor”.
“Mjm”.
“Mmmm”.
“¿Y después?”.
“¿Eh?”, o bien “¡Oh!”.
“¿En serio?”.
“¡Muy bien!”.
“Qué interesante”.

Recuadro 3-3 ■ Otras frases de sondeo.

Una técnica útil para romper el silencio es repetir la última frase u oración que la persona dijo, elevando el tono de voz hacia una pregunta.

EJEMPLO “Sigo mi plan de alimentación, menos cuando como fuera”.
“¿Menos cuando come fuera?”.
“Me gusta en especial hacer proyectos novedosos con mis compañeros de trabajo”.
“¿Trabajos novedosos con sus compañeros?”.

Sin embargo, no hay que exagerar con las repeticiones, porque se hace un efecto “loro”. Si esto se percibe, inhibirá la conversación.

Una afirmación de resumen planteada como pregunta también genera que el paciente se explye.

EJEMPLO “¿Usted dice que ya sabe cómo planear un plan de alimentación para la diabetes?”.
“¿Piensa que es en esta compañía donde quiere trabajar?”.

“Ya veo”, “Entiendo” y “Qué interesante” pueden dar una sensación de aceptación y estimular la conversación o abundar en un punto de vista. “Muy bien” da a la persona una palmada simbólica en la espalda y es otro tipo de aceptación. Los sondeos no verbales incluyen una mirada interrogante, inclinarse hacia adelante y asentir de vez en cuando.³

Respuestas de confrontación

La respuesta de confrontación está cargada de autoridad; el entrevistador llama la atención de la persona con tacto y en forma tentativa acerca de alguna inconsistencia o discrepancia en la historia, las palabras o acciones del paciente, al señalarle dicha discrepancia, como que dice haber seguido el plan de alimentación pero no ha perdido peso.

Esta respuesta desafía y estimula a la persona a reconocer y lidiar de modo psicológico con algún aspecto de comportamiento derrotista o a examinar las consecuencias de cierta conducta. Debe ser expresada en forma que no juzgue, porque la entrevista es para resolver problemas.

La confrontación es una habilidad de nivel avanzado que debe ser usada rara vez por un entrevistador inexperto o cuando no hay una buena compenetración, una relación de confianza o un ambiente de apoyo. De otra manera, tales respuestas pueden ser amenazadoras e inhibir la conversación.

Respuestas de evaluación

En una respuesta de evaluación, el entrevistador emite un juicio acerca del comportamiento o respuestas de una persona o implica cómo esta debe sentirse. La respuesta de evaluación lleva a la oferta de asesoramiento para la solución del problema del paciente y rara vez es útil. El receptor del asesoramiento tiene la opción de seguirlo o no.

AUTOEVALUACIÓN 1



Identifica los siguientes tipos de respuestas como de entendimiento, de sondeo, de confrontación, de evaluación, hostiles o de refuerzo.

1. “El alimento sabe distinto sin sal. Veamos si podemos encontrar algunos sustitutos que usted puede probar”.
2. “Yo sé que usted puede hacerlo. Solo lleva tiempo”.
3. ¿Cómo espera perder peso si sigue consumiendo comida rápida todos los días?”.
4. “Qué interesante. Hábleme más sobre eso”.
5. “Usted dice que todos los días vigila sus elecciones de alimentos, pero come lo que quiere los fines de semana. ¿Cree que por eso no ha perdido peso?”.
6. “Cuando esté en una fiesta, trate de hablar con alguien en vez de comer”.

Respuestas hostiles

En la respuesta hostil, el enojo o frustración del profesional se sale de control, y la respuesta puede conducir al antagonismo o a la humillación del paciente. La respuesta hostil puede provocar una revancha del paciente. De aquí resulta un círculo vicioso de enojo y respuestas hostiles que destruye la relación entre profesional y paciente.

Respuestas de refuerzo

Con una respuesta de refuerzo, se evita que el paciente trabaje sobre sus sentimientos, porque el entrevistador sugiere que no hay nada de qué preocuparse. Con frecuencia, las expresiones de ansiedad del paciente son seguidas por la respuesta reafirmante del nutricionista de que las cosas mejorarán y no debe preocuparse. Esta respuesta sugiere que el problema no existe, o que el nutricionista no quiere hablar de ello, y dificulta hablar o resolver el problema del paciente. Admitir que se ha fracasado con el plan de alimentación puede haber sido difícil para el paciente, pero indicaba un deseo de discutir el problema.

Cierre de la entrevista

La tercera parte de la entrevista, o cierre, toma muy poco tiempo pero no debe apresurarse ni tomarse a la ligera. Durante el cierre, termina con algo positivo, como una palabra sincera de agradecimiento y dándole las gracias al paciente por su tiempo y cooperación. Otra sugerencia es revisar el propósito de la entrevista, resumir los puntos o metas y darla por terminada. “Esas son todas las preguntas que tenía. Gracias por su tiempo e información”.

Puedes preguntarle a la persona si tiene dudas o algún comentario que quiera expresar, lo cual puede revelar nueva información importante para la cual debe haber tiempo disponible. Por ejemplo: “¿Qué más quisiera preguntarme o decirme?”. Puedes pedirle a la persona que resuma los puntos, metas o los siguientes pasos a tomar.

Deben mencionarse el tiempo, lugar y propósito de futuros contactos. El profesional puede decirle a un paciente hospitalizado: “Pasaré a verle mañana”. Con un paciente, pueden hacerse arreglos para una nueva cita: “¿Cuándo podemos vernos de nuevo para discutir su progreso y preguntas?”. Para asegurarse de que se han entendido, los planes pueden parafrasearse. La gente tiende a olvidar lo último que se dijo.

Para los solicitantes de empleo, se puede preguntar si hay dudas y hablar de la compañía, si es apropiado. Para quienes no cumplen con los requisitos, agrádeceles su tiempo pero menciona que hay otros candidatos.⁴ Como una cortesía a los solicitantes, debes decirles el tiempo aproximado en que se tomará la decisión y cómo se les notificará si son seleccionados, por ejemplo: “Estamos entrevistando más

candidatos para este puesto, pero si resulta elegido, Recursos Humanos se comunicará con usted en una o dos semanas. Gracias por venir y por su interés en nuestra empresa”.

Pueden enviarse señales no verbales de que la entrevista ha concluido rompiendo el contacto visual, haciendo la silla hacia atrás, levantándose, extendiendo la mano, sonriendo y acompañando al entrevistado a la puerta.³



Cierre de la entrevista.

Es conveniente hacer una autoevaluación después de la entrevista para identificar las áreas que fueron bien y las que pueden mejorarse en la próxima entrevista. Puedes preguntarte algo como:

- ¿Qué tan efectivo fue el ambiente? ¿Fue relajado e informal, con buena compenetración?
- ¿Qué tan efectiva fue mi apertura?
- ¿Qué tan efectivas fueron mis preguntas para obtener la información que requería?
- ¿Qué tan efectivas fueron mis respuestas a las afirmaciones de la persona?
- ¿Qué tan empático fui? ¿Evité hacer juicios?
- ¿Qué tan efectivo fue mi cierre?
- ¿Cuánto tiempo escuché comparado con el tiempo en que hablé?



CAPÍTULO

Resumen

En resumen, entrevistar es una habilidad y, como con otras habilidades, requiere práctica. El entrevistador debe planear por escrito los temas a abordar. Pueden prepararse varios tipos de preguntas en la secuencia apropiada para las tres partes de la entrevista. Debe planearse el entorno físico y la ausencia de interrupciones. Estas condiciones ponen al profesional en una mejor posición para concentrarse en el entrevistado y en el proceso de lograr compenetración, percibiendo las respuestas verbales y no verbales, y proveyendo respuestas de comprensión con empatía.

Revisión y preguntas

1. ¿Cuáles son los posibles propósitos de una entrevista nutricional o de antecedentes alimentarios? ¿Y de una entrevista laboral?
2. ¿Qué condiciones facilitan una entrevista?
3. Explica las tres partes de la entrevista. ¿Qué ocurre en cada parte?
4. Explica la diferencia entre los siguientes tipos de preguntas: abierta y cerrada; primaria y secundaria; y neutral y direccional.
5. Explica los seis tipos de respuestas.

Actividades sugeridas

1. Ve una entrevista por televisión notando las partes de la entrevista, las técnicas utilizadas y las respuestas verbales y no verbales. Escribe tus reacciones y análisis.
2. Haz una lista de lo que consideras que son las características de una buena entrevista. Después observa un programa de entrevistas en la televisión. ¿Qué tipo de preguntas se plantean? ¿Qué tipos de respuestas obtiene el entrevistador? ¿Cuál fue el nivel de compenetración entre ambas partes? ¿Qué tan bien cumplió la entrevista según tus propios criterios? Diseña una guía de entrevista para las preguntas, con su secuencia.
3. Planea una guía de entrevista especificando el contenido y secuencia de las preguntas. Escribe ejemplos de varios tipos de preguntas, como abiertas y cerradas, primarias y secundarias, y neutrales y direccionales. ¿Qué tipo de preguntas prefieres contestar?
4. Divídanse en parejas para actuar los roles del recordatorio de 24 horas, tomando turnos para entrevistar. Usen varios tipos de respuestas, como de sondeo, parafraseo y de comprensión. Si hay tres personas disponibles, la tercera puede actuar como evaluador.
5. Usando una guía de entrevista, graba un audio de una entrevista real o simulada utilizando la ingesta diaria habitual, si el participante da su permiso. Completa una evaluación.

6. Usando una guía de entrevista, graba un video de una entrevista real o simulada, si el participante lo permite. Esto mostrará los comportamientos verbales o no verbales, así como cualquier idiosincrasia personal. Completa una evaluación.
7. Enciende la televisión, sin sonido. Trata de interpretar el comportamiento no verbal que observes.
8. Visita tres oficinas y observa el entorno físico. ¿Cuál es más confortable y propicio para la comunicación? ¿Por qué? ¿Cuál es el menos confortable? ¿Por qué? Dispón los muebles en un cuarto u oficina para crear un óptimo escenario para entrevistas.
9. Cambia los siguientes términos técnicos usados por los nutricionistas a palabras que ayudarán a un paciente a entender sus significados: fibra, nutrientes, sodio, lípidos, proteína, glicemia, carbohidratos, lipoproteínas de baja densidad, ácidos grasos poliinsaturados, ácidos grasos saturados, colitis, úlcera gástrica, hipertensión, ingesta de líquidos, osteoporosis.
10. Lee las oraciones siguientes. Identifica tanto el pensamiento que la persona expresa como sus sentimientos. Escribe una oración de paráfrasis que refleje el pensamiento o contenido del mensaje:
 - A. “He tenido diabetes por 6 años. Me mandaron un plan de alimentación e inyecciones de insulina cuando lo supe por primera vez, y a veces compruebo mi azúcar sanguínea. El plan de alimentación no está tan mal”.
 - B. “Estoy esperando mi segundo bebé. Nunca le puse atención a lo que comía durante mi primer embarazo, y el bebé nació muy sano”.
 - C. “El doctor me dijo que mañana puedo irme a casa, pero vivo sola, así que no tengo a nadie que me ayude con la alimentación, y no tengo prisa por irme”.
 - D. “Joan habla con la gente todo el día y no hace su trabajo. El resto de nosotros tenemos que terminarlo por ella, o nos gritan”.
 - E. “He trabajado aquí por 10 años. Ahora viene usted como nuevo supervisor y quiere cambiarlo todo. ¿Qué hay de malo en dejar las cosas como están?”.
 - F. “¿Cómo espera que termine todo este trabajo? Primero me dice que haga una cosa, y luego me dice que haga otra”.

Escribe una segunda paráfrasis que refleje los sentimientos en los ejemplos anteriores, como:

“Usted parece sentirse (enojada, deprimida, solitaria, etc.) porque...”.

“Suenan como que usted se siente...”.

“La escucho decir que se siente... Dígame si la estoy entendiendo bien”.

EJEMPLO. Paciente: “Mi amiga y yo estamos a dieta. Ella ha bajado de peso, pero yo no, aunque lo he estado intentando”.

Nutricionista: “Usted parece molesta porque su amiga ha perdido peso y usted no”.

Discute tus paráfrasis con tus compañeros.

11. Obtén una copia de la minivaloración nutricional (disponible en 20 idiomas) disponible en línea (<http://www.mna-elderly.com>). Úsala con una persona mayor y evalúa el resultado.
12. Identifica cuáles de estas preguntas laborales se pueden hacer y cuáles no.
 - A. “Nuestros pisos son resbalosos cuando están mojados. ¿Usted cojea?”.
 - B. “¿Puede trabajar los fines de semana?”.
 - C. “¿Planea tener hijos?”.
 - D. “¿Puede trabajar durante las festividades religiosas?”.
 - E. “¿Qué tanto sabe de computación?”.
 - F. “¿Cuáles eran sus responsabilidades en su empleo anterior?”.
13. Entrevista a un reclutador de recursos humanos experimentado acerca de las preguntas que hace, el grado de estructura en la entrevista, y las preocupaciones acerca de la oportunidad igualitaria de empleo.

Comunicación y competencia cultural



Objetivos

- Describir los aspectos de la competencia cultural.
- Explicar las diferencias entre asimilación, enculturación y aculturación.
- Explorar las dimensiones de la diversidad en el sitio de trabajo.
- Comparar los modelos de competencia cultural.
- Identificar estrategias de asesoramiento clave en las poblaciones con diversidad cultural.

CASO PRÁCTICO 1



Judy R. es una nutricionista recién titulada cuyas responsabilidades en el centro médico involucran con frecuencia la entrevista, el asesoramiento y consejería y la educación nutricionales de la comunidad. Muchos de sus pacientes son de grupos étnicos y culturales distintos a los suyos. La mayoría son mexicanos, portorriqueños, tailandeses y coreanos. Le parece un tanto abrumador entender la variedad de comidas exóticas que consumen. Esto también limita su habilidad para brindar opciones apropiadas de alimentos cuando los asesora para modificar su alimentación. Judy desea mejorar su eficacia como nutricionista.

Debemos aprender a respetar y a aceptar nuestras diferencias, hasta que nuestras diferencias no hagan una diferencia en la forma en que somos tratados.

—Yolanda King

Introducción

El área de la comunicación cultural, asesoramiento y consejería, y cuidado de la salud de calidad recibe cada vez más atención. Nuestra sociedad global, con su demografía cambiante, propicia que los profesionales de la nutrición interactúen con otros profesionales de la salud, empleados y pacientes con antecedentes culturales distintos a los suyos. El conocimiento de los alimentos y hábitos alimentarios, las influencias culturales de la comida y los factores que influyen en los comportamientos de estilo de vida son fundamentales para una comunicación y habilidades educativas efectivas. La Academy of Nutrition and Dietetics (AND) prepara a sus miembros para los retos de una sociedad multicultural, al integrar la diversidad y la competencia cultural en el ámbito de práctica de los nutricionistas y técnicos en nutrición.^{1,2} En Estados Unidos, la Joint Commission requiere evidencia de cuidado de la salud apropiado en aspectos culturales y lingüísticos en la aprobación de instalaciones que prestan servicios de salud.³

El problema de la cultura y la diversidad no es nuevo en Estados Unidos, un país en continua evolución hacia una población cada vez más heterogénea.⁴ Otros países también experimentan nuevos retos en la diversidad debido a la migración y movilidad globales. Los objetivos del programa *Healthy People 2020* reflejan las necesidades de salud de una población diversa.⁵ Dado que los profesionales de la nutrición se encuentran todos los días con pacientes diversos, deben esforzarse por aprender acerca de las costumbres y culturas que difieren de las suyas. De esta forma, pueden poner en práctica métodos y estrategias efectivos para atender a sus pacientes. Estar alerta a las diferencias y similitudes de la diversidad cultural le permitirá al nutricionista adaptarse y funcionar mejor en un entorno multicultural.

La competencia cultural es un término más amplio que intenta abarcar las múltiples dimensiones de un individuo o un grupo, y es un “requisito principal para trabajar efectivamente con gente culturalmente diversa”.⁶ La competencia implica un proceso más que un resultado.⁷ El desafío para los profesionales de la salud es ser culturalmente competentes al ayudar a sus pacientes a cambiar sus elecciones de alimentos sin afectar las funciones socioculturales de la comida. Para que los cambios alimentarios tengan éxito, puede requerirse una combinación de enfoques, incluyendo intervenciones conductuales y cognitivas, autoeficiencia, prevención de recaídas, autovigilancia, fases del cambio, apoyo social y estrategias educativas, para ayudar a la gente a cambiar sus elecciones de alimentos.^{8,9}

A través de los siglos, la comida ha sido una influencia cultural. La cultura es la suma total del comportamiento aprendido y compartido de un grupo. La gente la adquiere en sus vidas diarias y les brinda una sensación de identidad, orden y seguridad. Como fenómeno grupal, la cultura es aprendida de otros y transmitida de manera formal e informal a la siguiente generación. Estas tradiciones aprendidas no son estáticas, sino dinámicas con ciertos cambios que se aceptan con el tiempo. Todos los grupos étnicos y culturales sustentan sus identidades, en parte, a través de sus prácticas alimentarias, valores y creencias. La familia y la cultura determinan qué alimentos son apropiados o inapropiados.^{8,9}

En este capítulo se exploran las estrategias efectivas para uso de los nutricionistas al comunicarse con pacientes, empleados y otros miembros del equipo de cuidado de la salud que son de culturas diversas.

Diversidad cultural

¿Qué es la diversidad cultural? La diversidad e identidad culturales tienen muchos componentes y definiciones, más allá de etnicidad, nacionalidad y lenguaje. La identidad cultural incluye también la raza, la edad, el género, la religión, las capacidades diferentes, el estado socioeconómico, la ocupación, el nivel educativo, la política, la aptitud física, la orientación sexual y el estado migratorio.⁶ La diversidad consiste en las muchas formas en que los individuos son únicos y diferentes, al mismo tiempo que son similares de otras maneras. Estados Unidos de Norteamérica es hogar de individuos y familias con diversos orígenes étnicos y culturales que hablan muchos idiomas distintos. El US Census Bureau reporta que se hablan al menos 350 idiomas en los hogares estadounidenses (figura 4-1).⁴ La población de ese país comprende gente de diferentes razas, religiones, géneros, orientaciones sexuales, dimensiones corporales, aptitudes físicas, estados de salud, niveles educativos, edades, experiencias laborales, estilos de vida, valores, estados civiles, estados socioeconómicos y similares. Es importante valorar y entender todos los tipos de culturas y diversidad. Esta conciencia multicultural puede tener un efecto positivo en la política, administración, estilo educativo y éxito general de una organización.

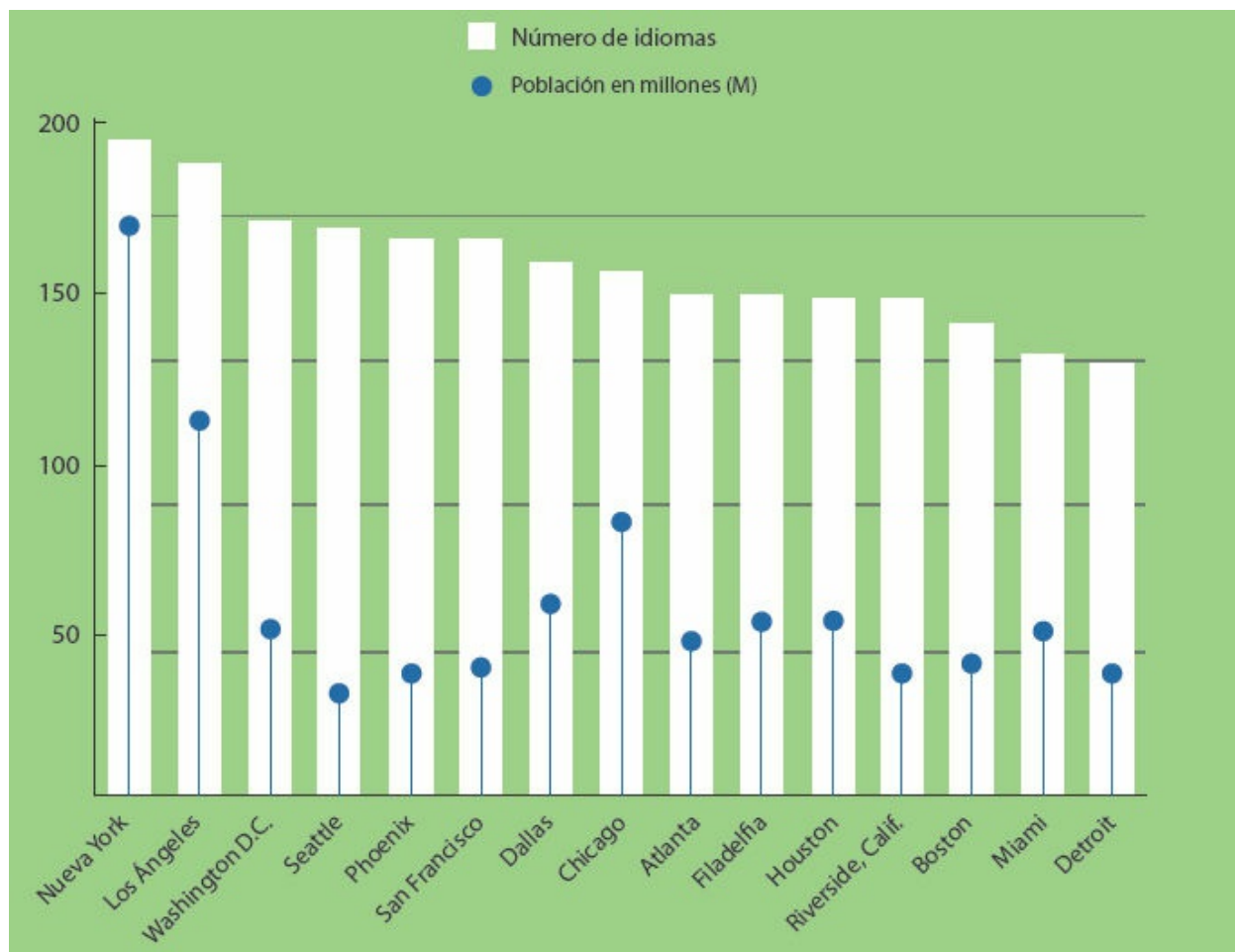


Figura 4-1 ■ Número de idiomas hablados en las 15 áreas urbanas más grandes de Estados Unidos.

Fuente: US Census Bureau, 2009–2013 American Community Survey.

Un antiguo proverbio asiático reza: “Todos los individuos, en muchos aspectos, son (a) como ningún otro individuo, (b) como algunos individuos y (c) como todos los otros individuos”.⁸ Es cierto que todos somos únicos en el aspecto biológico y genético, y que no hay dos personas que compartan las mismas experiencias en la sociedad. Pero somos similares en nuestros grupos sociales, étnicos y culturales a través de experiencias y características compartidas. También tenemos similitudes con otros que tienen idiomas comunes y experiencias de vida como el amor, el matrimonio, el género, la muerte y las emociones.

Así, toda la gente tiene niveles individuales, grupales y universales de identidad que la hacen única. El profesional de la salud debe reconocer todas las dimensiones e identidades, porque la cultura determina la forma en que la gente experimenta la salud y la enfermedad, dónde busca tratamiento, y la relación esperada entre el paciente y los profesionales de la salud.⁹



ANÁLISIS DEL CASO 1

¿Qué información sobre diversidad cultural le resultaría de utilidad a Judy?

Procesos culturales

La *cultura* es el conocimiento aprendido y compartido que grupos específicos usan para generar su comportamiento e interpretar su experiencia en el mundo. Comprende creencias con respecto a la realidad, cómo la gente debe interactuar entre sí, qué “sabe” del mundo y cómo debe responder a los entornos social y material en los que se encuentra. La cultura se refleja en sus religiones, moral, costumbres, tecnologías y estrategias de supervivencia. Afecta la manera en que trabajan, crían, aman, se casan y entienden la salud, la salud mental, el bienestar, la enfermedad, la discapacidad y la muerte.

La cultura es un “marco de referencia que conduce y enlaza las prácticas de la vida”.¹⁰ Permite que la persona se identifique con un grupo o población específicos. La gente comienza a aprender su cultura a una edad temprana de forma que, cuando ingresa a la escuela, ya está inmersa en ella. Como un concepto profundamente innato, las prácticas culturales evolucionan de modo gradual. Además, afectan y guían las actividades y el comportamiento diario de grupos específicos.¹⁰

La cultura influye en muchos aspectos de la identidad de una persona; moldea los alimentos servidos, los métodos de preparación de los alimentos, los patrones de alimentación, la forma de celebrar los días festivos, los valores, las creencias, la espiritualidad, las prácticas de crianza de los niños y los roles familiares esperados. Las raíces culturales afectan las actitudes y tienen una profunda influencia en los comportamientos.

Los valores difieren en relación con cooperación *versus* competencia, actividad *versus* pasividad, juventud *versus* madurez, importancia de la familia *versus* la de los amigos e independencia *versus* interdependencia. Por ejemplo, algunas culturas alientan la competencia, mientras que otras promueven la cooperación y el trabajo en equipo.^{8,9}



ANÁLISIS DEL CASO 2

¿Qué recursos puedes sugerirle a Judy para ayudarla en su asesoramiento? ¿Dónde puede encontrarlos?

Enculturación y variación intracultural

La cultura se aprende, no se hereda. Se transmite de generación a generación en el hogar por un proceso llamado enculturación. Sin embargo, dentro de cada cultura existen distintas costumbres, prácticas, ideologías y puntos de vista. Muchos países en todo el mundo tienen poblaciones que incluyen un grupo principal y varios subgrupos que difieren uno del otro en formas distintas. Esto se denomina variación

intracultural. Por ejemplo, la población latina o hispana es un grupo principal en América; no obstante, dentro de esta comunidad existen muchos subgrupos, como mexicanos, portorriqueños, cubanos y centro y sudamericanos. Dentro de estos subgrupos existen, a su vez, otras subculturas, y es probable que entre estas haya muchas similitudes, pero también marcadas diferencias culturales. Otro ejemplo es la cultura asiática. Existen más de 25 países de origen en esta categoría. Cada país y región tiene sus propias subculturas, que a su vez poseen sus propias culturas, estilos de vida, tradiciones, alimentos, idioma y dialectos. Esto se ve también en los afroamericanos y en muchas otras culturas. Los subgrupos y variedad en la cultura son más la norma que un estereotipo.⁸⁻¹⁰

Aculturación y asimilación

El proceso por el cual la gente de un grupo cultural modifica sus comportamientos, actitudes y puntos de vista tradicionales como resultado del contacto con una nueva cultura dominante se denomina aculturación.¹¹ A diferencia del proceso de asimilación, en donde los miembros de una minoría adoptan las prácticas y sistema de creencias del grupo dominante, la aculturación implica que tanto la cultura étnica tradicional como la nueva cultura dominante juegan un papel importante en el proceso de identidad cultural. Como resultado de este proceso, la gente puede moverse hacia la cultura dominante, integrar ambas culturas, rechazar la nueva cultura al reafirmar su propia cultura tradicional, o separarse de ambas culturas.

La relación entre la aculturación y los hábitos alimentarios es bien conocida. Una exposición prolongada a una cultura provocará una aculturación más elevada. Esto puede observarse en los recordatorios alimentarios, los cuestionarios de frecuencia de consumo de alimentos y en los patrones alimentarios generales. Por ejemplo, se ha visto que en comparación con los nuevos inmigrantes, los latinos que viven en Estados Unidos por largos periodos aumentan su consumo de bebidas azucaradas y reducen su ingesta de fibra proveniente de frijoles y fruta fresca. Además, la globalización de la alimentación occidental también ha tenido su efecto en las alimentaciones tradicionales de muchos países.¹² Los nuevos inmigrantes también fueron menos propensos a comprar con una lista de compras y tendieron a adquirir alimentos familiares clave.^{13,14}

Como nutricionistas, es importante entender el concepto de aculturación para tener una mejor comprensión de los factores que entorpecen o estimulan las elecciones de alimentos particulares. Los nutricionistas no deben suponer que toda la aculturación alimentaria es saludable o no.⁸ Por ejemplo, un asiático que se “acultura” en la cultura estadounidense dominante al consumir comida rápida será visto como alguien que hace elecciones alimentarias no saludables, pero uno que mantiene la dieta tradicional del grupo minoritario, rica en granos enteros y arroz, se percibiría como saludable. También pueden apreciarse diferencias de género. Los profesionales de la nutrición deben identificar si la aculturación a la cultura dominante está influyendo en factores de enfermedad crónica, y si es así, cómo.⁷



¿Qué actividades puede planear Judy en la comunidad para educar a estos grupos diversos? ¿Qué asesoramiento le darías para que tenga éxito en sus esfuerzos?

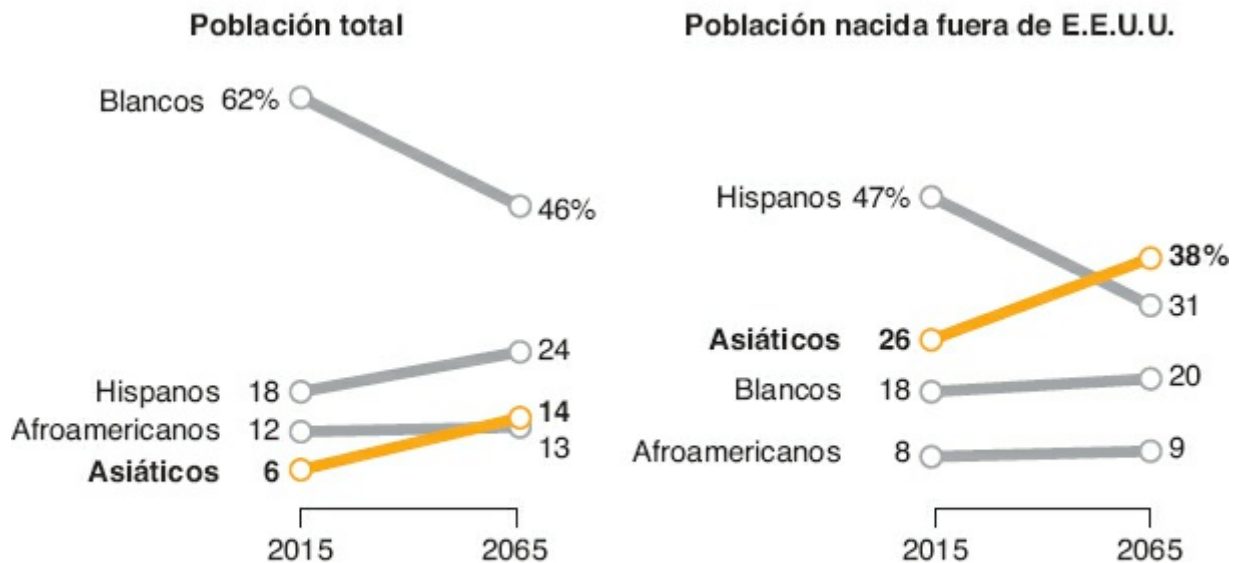
Diversidad en el sitio de trabajo

Siempre ha existido la diversidad en el sitio de trabajo, pero la legislación gubernamental que exige iguales oportunidades de empleo, acción afirmativa y el acceso para la gente con discapacidad provocó cambios a partir de la década de 1960 y después.¹⁵ La [figura 4-2](#) ilustra los patrones de cambio de la inmigración en Estados Unidos de 2005 a 2010 según el US Census Bureau.⁴ El flujo entrante anual de nuevos inmigrantes, en forma más reciente gente de ascendencia asiática e hispana, ha contribuido a la diversidad cultural en el sitio de trabajo. En años pasados, la mayoría de los inmigrantes estadounidenses provenía de Europa y Canadá. En años recientes, provienen de Asia, México, América Latina y Centroamérica. Se estima que para 2060 ningún grupo étnico o racial recibirá la clasificación tradicional de “minoría” en ese país, pero los individuos por debajo de los 18 años aumentarán de 48% a 64%.^{4,16}

Retos de la diversidad

Muchos inmigrantes que eligen hacer de Estados Unidos su hogar enfrentan problemas de asimilación. Por lo general, la primera generación de inmigrantes tiene mayor dificultad para adaptarse a la cultura estadounidense. Muchos experimentan problemas para hablar e interpretar el idioma inglés. El analfabetismo a menudo es el problema más grande para los aprendices o pacientes no nativos que ahora deben leer o escribir en inglés y no en su propio idioma. Así, los profesionales de la nutrición pueden tener dificultades para comunicarse con sus empleados.

Para 2065, ningún grupo étnico o racial será minoría en Estados Unidos



Nota: La población blanca, afroamericana y asiática incluye solo a la población no hispana perteneciente a una sola raza; la población asiática abarca a quienes provienen de las Islas del Pacífico; la población hispana proviene de cualquier raza. Otras razas se incluyen en el total aunque no se muestran.

Figura 4-2 ■ Población nacida fuera de Estados Unidos, por periodo de entrada y región de nacimiento.

Fuente: Proyecciones del Pew Research Center.

Los departamentos de servicios alimentarios emplean a un gran porcentaje de poblaciones inmigrantes y grupos étnicos. A medida que este acervo de empleados disponibles sigue teniendo más diversidad cultural, los supervisores enfrentan varios desafíos. Los gerentes y los profesionales de la salud deben integrar esta población diversa al sitio de trabajo. También deben crear estrategias y programas de capacitación que permitan a todos los trabajadores aprender y comunicarse entre sí. Dado que muchos tipos de poblaciones de inmigrantes se emplean en la industria alimentaria, también puede existir una barrera del idioma entre los gerentes y el personal. Por lo tanto, las cocinas bilingües y la diversidad cultural son retos modernos que enfrentan todos los empleadores y empleados del cuidado de la salud.^{15,17}

Otra área de diversidad en el sitio de trabajo es la cultura de la edad. Los trabajadores de niveles inferiores no siempre son los más jóvenes ni los menos experimentados. La escasez laboral de personas jóvenes en el servicio de alimentos a menudo se suple con inmigrantes y/o empleados mayores. Muchos adultos mayores están volviendo a las filas laborales buscando empleos de medio tiempo para complementar su ingreso o siguen involucrados en otros. El cambio porcentual proyectado en la fuerza de trabajo por edad, de 2006 a 2016, muestra el mayor incremento en el segmento de 65 años de edad en adelante.^{15,18}

Beneficios de la diversidad

Existen muchos beneficios para una organización con diversidad. Primero, las organizaciones compuestas por empleados culturalmente diversos desarrollan e implementan mejor una variedad de ideas, políticas y programas.^{15,19} Una empresa puede satisfacer mejor las necesidades y demandas de una población en su conjunto al contratar gente de múltiples orígenes que posee diferentes puntos de vista, experiencias e ideologías. Un personal diverso puede ser esencial para compañías que sirven a consumidores o grupos de clientes diversos. Los estudios muestran que los clientes se identifican mejor con proveedores de servicios cuyo género y origen étnico son similares a los suyos. Este hallazgo puede atribuirse a normas intrínsecas que permiten al consumidor entender y relacionarse mejor con un proveedor de servicio. Una organización compuesta de empleados culturalmente diversos es mejor en el negocio porque eso permite que la compañía entienda mejor a un cierto segmento del mercado al cual dirige su producto o servicio. Si la organización refleja la comunidad a la que sirve, aumenta la probabilidad de proveer los bienes y servicios que se necesitan o se desean.

Los administradores deben comprometerse a desarrollar y apoyar a grupos y equipos culturalmente diversos para que pueden administrar con eficacia una fuerza de trabajo con diversidad cultural.²⁰ En un esfuerzo por crear una organización con diversidad cultural, los gerentes deben practicar la diversidad todos los días. Esto incluye entrevistas de trabajo, supervisión de los empleados, programas de desarrollo de personal y la creación de un entorno laboral justo e igualitario, libre de acoso. Por ejemplo, en las prácticas de reclutamiento, los gerentes deben anunciar las descripciones del puesto en lugares donde los grupos minoritarios puedan verlos. Todos los miembros de la organización, incluyendo a los de la cultura dominante, no solo deben aceptar la diversidad, sino también comprometerse con ella y valorarla.^{15,19,20}

Manejo de la diversidad

La meta de una organización efectiva y un sitio de trabajo operacional es promover un entorno en el que todos los empleados lleven al máximo su potencial, al contribuir con una variedad de talentos y habilidades.^{18,19} Para hacerlo, los gerentes deben aprovechar las diferencias culturales y crear un ambiente productivo, donde la gente sienta que sus habilidades se utilizan con eficiencia y se valoran. Para eso, debe verse a todos los empleados como activos que trabajan juntos para lograr las metas y objetivos universales de la organización, a la vez que prosperan en forma individual.

Aunque es necesario tratar a todo el mundo con respeto en la organización, algunos miembros pueden tener dificultades para desarrollar una sensibilidad cultural y pueden tratar inadvertidamente a los empleados en forma distinta. Aún más, cuando se trata con colegas o clientes que son diferentes a ellas, algunas personas pueden tender a hacer suposiciones o generalizaciones sobre los comportamientos de estos individuos. Por ejemplo, en algunos entornos existe una tendencia a etiquetar a los trabajadores por su raza, etnicidad u orientación sexual.¹⁵ Específicamente, la gente puede referirse todavía a un colega como “el supervisor negro”, “el mesero blanco”,

“el cocinero mexicano”, “la anfitriona japonesa”, “el lavaplatos gay” o “el gerente portorriqueño”. Para rectificar este etiquetado étnico, la gente debe estar consciente de sus propios prejuicios y examinarlos, y trabajar para superarlos. Es importante no solo aceptar la diversidad, sino también valorarla y mostrar aceptación a través de palabras y acciones. Se ha demostrado que el papel del liderazgo en moldear la competencia y diversidad culturales es de gran influencia.²¹

En entornos que promueven la diversidad cultural, la individualidad es estimulada y alimentada. De este modo, las diferencias de ideas y experiencias pueden conducir a resolver problemas de maneras más creativas y a la toma de mejores decisiones. La colaboración, el consenso y el poder compartido, por el cual la autoridad profesional es compartida y determinada por los conocimientos y habilidades de cada uno, hace que todos se sientan iguales. En este tipo de ambientes laborales los empleados son más productivos y la empresa resulta más competitiva a la hora de lograr sus objetivos.^{15,19-21}

El cambio permanente en la forma en que los empleados trabajan juntos puede tomar tiempo. Sin embargo, es responsabilidad de la gerencia establecer un espacio de trabajo donde la aceptación cultural sea la norma.²⁰ A continuación presentamos algunas preguntas a considerar cuando se evalúa la diversidad en el sitio de trabajo:

- ¿Se contempla a todos los empleados como activos?
- ¿Existen expectativas inferiores con respecto a algunos empleados debido a su etnicidad o nivel educativo?
- ¿Existe un ambiente general de aceptación y aliento para todos los trabajadores?
- ¿Las expectativas del gerente son más bajas para ciertos grupos o individuos?
- ¿Existen ciertos grupos étnicos que estén sobre o subrepresentados en algunas áreas o departamentos?
- ¿Existen oportunidades de contratación y promoción para todos? ¿Qué porcentaje de puestos gerenciales están ocupados por mujeres y minorías? ¿Se considera a las minorías o mujeres como empleados “comodín” o son respetados? ¿Se sienten resentidos?
- ¿Se toman en serio las ideas, propuestas y sugerencias de todos?
- ¿Todos los grupos participan en la socialización y redes de trabajo habituales durante las horas laborales?
- ¿Los empleados de la cultura dominante se impacientan con quienes hablan su idioma mal o muy despacio?
- ¿Se aceptan diferentes estilos culturales y lenguaje corporales, o son mal comprendidos o ridiculizados?
- ¿Se trata a toda la gente con paciencia, tolerancia y comprensión?
- ¿Los materiales y sesiones de capacitación se planean con la idea de que todos los entiendan?

Modelos de competencia cultural

Existen numerosas definiciones de competencia cultural y formas en que una persona puede lograrla. Un modelo identifica las siguientes tres características de un profesional con competencia cultural: (1) está consciente de sus suposiciones, valores y prejuicios, tales como discriminación por edad, sexismo o racismo; (2) comprende la cosmovisión de clientes culturalmente diversos y sus valores y supuestos sobre los comportamientos humanos; (3) desarrolla estrategias y técnicas de intervención apropiadas para los clientes con diversidad cultural.⁶ Por ejemplo, la apertura ante un desconocido puede no ser compatible con ciertos grupos como asiático-americanos, hispano-americanos, indígenas americanos, homosexuales, lesbianas, bisexuales o transgénero. La comunicación interpersonal puede requerir de diversos enfoques y respuestas verbales y no verbales. El mencionado modelo define a la competencia cultural en términos de conciencia, conocimiento y habilidades. Para ser efectivos, los nutricionistas deben reconocer sus prejuicios, conocer a los grupos con quienes trabajan y desarrollar estrategias de intervención culturalmente apropiadas para los distintos grupos. Aunque no es posible conocer a todos los grupos, los profesionales deben familiarizarse con aquellos que ven con más frecuencia. Como productos de nuestro propio condicionamiento cultural, a menudo euro-americano, debemos cuidarnos de opiniones negativas sobre los estilos de vida de otros grupos.

El modelo ETHNIC es otro modelo de cuidado culturalmente competente. Es un acrónimo que incluye seis pasos: (1) *Explanation* (explicación), (2) *Treatment* (tratamiento), (3) (*Healers*) (sanadores), (4) *Negotiation* (negociación), (5) *Intervention* (intervención) y (6) *Colaboration* (colaboración). Mediante la explicación se le pide al paciente que describa su enfermedad para determinar si la entiende. El tratamiento indaga qué tratamiento espera recibir el paciente y qué puede comer o evitar para mantenerse saludable. El sanador indaga si la persona ha usado fuentes no convencionales. En la negociación, se colabora con el paciente para hallar elecciones de alimentos aceptables. En la intervención hay retroalimentación con el paciente sobre elecciones del tratamiento y cualquier preocupación. La colaboración contempla la ayuda de otros miembros del equipo de salud o de recursos familiares o comunitarios.⁶

El modelo Campinha-Bacote es un marco de referencia en cinco partes para la competencia cultural en el cuidado de la salud. Incluye conciencia, conocimiento, habilidades, deseo y encuentro culturales. En la conciencia, los profesionales piensan en sus propias creencias y valores. El conocimiento cultural examina qué tipo de conocimiento necesita el profesional. La habilidad cultural se enfoca en recabar información cultural de los pacientes durante las evaluaciones e intervenciones. El deseo cultural es la intención de los nutricionistas de incluir cuidado multicultural en el encuentro y la búsqueda de una mayor competencia cultural. Finalmente está el encuentro cultural, que consiste en las experiencias de los profesionales con los pacientes, e incluye interacciones, motivación y aceptación que hacen avanzar hacia la comprensión de la cultura. Las habilidades verbales y no verbales, como escuchar, observar, examinar y preguntar sin juzgar mejorarán el encuentro cultural.²²

El modelo Hand (“mano” en inglés) de sensibilidad cultural fue desarrollado por una profesora de enfermería en Nueva Zelanda, donde los profesionales de la salud trabajan con la población indígena maorí. El pulgar hacia arriba representa

“conciencia”, y los otros cuatro dedos simbolizan “conexión, comunicación, negociación y defensa”. Todos los dedos están conectados a la palma, que representa la unión y estrechamiento de manos que promueven un significado compartido de salud.²³ Los nutricionistas pueden experimentar con distintos modelos para determinar cuál funciona para cada paciente en particular. Cada modelo tiene la premisa subyacente de comunicación y respeto.



Los nutricionistas pueden preguntar acerca de los alimentos que se compran para la familia.

Fuente: US Department of Agriculture.

Competencia cultural en el asesoramiento

Con frecuencia, los profesionales de la nutrición se comunican con diversos pacientes y grupos de población. Es importante poseer competencia cultural, pero se debe estar seguro de trabajar en forma estrecha con el paciente e individualizar toda la experiencia de asesoramiento. Es necesario hacer y responder numerosas preguntas. No se debe olvidar que el paciente es primero y por sobre todo un individuo, y no solo una cultura.



La familia y la cultura influyen en los hábitos alimentarios.

Fuente: US Department of Agriculture.

Evaluación cultural

Para asegurarse de que la alimentación de los inmigrantes y grupos minoritarios sea saludable, los profesionales de la nutrición deben comenzar con una evaluación cultural que incluye el grado de aculturación a las prácticas alimentarias de la cultura dominante. Esto implica preguntas sobre alimentos tradicionales, la relación de la comida y la salud, los alimentos que se compran o se preparan, recetas, preparación de la comida e interacciones entre la familia y la comida.²⁴⁻²⁶

El profesional debe consultar y escuchar al paciente con cuidado, porque es su mejor fuente de información sobre los tipos de alimentos que consume. Con base en esta valoración, el nutricionista puede determinar que quienes están más aculturados necesitan más ayuda para elegir alimentos saludables de la cultura dominante. En forma similar, quienes están menos aculturados pueden necesitar ayuda para modificar las recetas tradicionales de su cultura si es que no son saludables.

Los estadounidenses experimentan con los alimentos y mezclan comida de una gran variedad de tradiciones culturales, haciendo de sus prácticas alimentarias un bufé de diversidad cultural. Las áreas regionales de los Estados Unidos, como Tex-Mex, Nueva Inglaterra, el Medioeste y el Sudoeste también pueden afectar las elecciones de alimentos. Ejemplos de comidas regionales son la sopa de almeja y papa de Nueva Inglaterra, los frijoles o porotos horneados de Boston, las gachas o papillas sureñas, la “jambalaya” de Nueva Orléans, el chili de Texas, el pan de masa

fermentada de California, y el estofado de pescado de Wisconsin. También existen diferencias regionales similares en otros países.

La meta del asesoramiento y educación nutricionales es ayudar a los pacientes a modificar y manejar sus elecciones de comida y comportamientos alimentarios, creando planes de acción individualizados. Sin embargo, los psicólogos nos dicen que la comida y el idioma son los rasgos culturales que los humanos aprenden primero, y que son los que se cambian con gran reticencia. Una influencia importante es la comida consumida durante la infancia, que define para siempre lo que es familiar y confortable. Los adultos siguen exhibiendo las preferencias alimentarias de su niñez, lo que muestra el profundo papel que las primeras experiencias familiares tienen en moldear los hábitos alimentarios.²⁷ Es posible cambiar las elecciones alimentarias, pero no es algo que se logre con facilidad, y algunas estrategias de intervención son más efectivas que otras. Siempre se debe recordar mostrar respeto por las elecciones alimentarias del paciente. Muchas veces, estas elecciones se basan en hábitos, tradiciones o creencias familiares.

AUTOEVALUACIÓN 1



Describe tus propias preferencias alimentarias de la niñez y su relación con tus gustos actuales de comida y estilo de vida.

Disparidades de salud en la población diversa

El US Department of Health y la Human Services Office of Minority Health ha desarrollado recomendaciones prácticas para abordar las disparidades de salud étnicas y raciales.¹⁰ Las metas dominantes de *Healthy People 2020* son incrementar los años de vida de calidad, crear ambientes físicos y sociales para promover la salud y eliminar las disparidades de salud al promover el desarrollo y comportamientos saludables para todos los grupos de población.⁵ Dos de los 10 indicadores primordiales de salud que rastrean y miden la salud de ese país son la actividad física y el sobrepeso/obesidad. La nutrición se ha asociado al tratamiento o etiología de 5 de las 10 causas principales de muerte entre los estadounidenses: cáncer, diabetes, cardiopatías, enfermedad renal y derrame cerebral, y la obesidad se ha identificado como un factor importante. Estos objetivos se rastrean, se vigilan y se miden con el tiempo para determinar si los objetivos se han cumplido. Por desgracia, ninguno de los objetivos para lograr un peso saludable y reducir la incidencia del sobrepeso y la obesidad se han alcanzado hasta ahora.⁵

Las estadísticas de salud indican también con claridad un riesgo más alto entre muchas de las poblaciones diversas en Estados Unidos, en particular para la obesidad y la diabetes. De hecho, los datos indican que el porcentaje de gente en otros países que es obesa o está excedida de peso también está aumentando, así como la

desnutrición global.²⁸ Estos datos de disparidad en la salud son en extremo útiles para planear programas comunitarios y orientar a individuos de diferentes edades y grupos étnicos o culturales. Un ejemplo son las recientes intervenciones para reducir el riesgo de diabetes en las comunidades de isleños del Pacífico, que comenzaron con grupos de discusión para evaluar las necesidades. Se implementaron programas exitosos de educación centrados en la familia con base en este proceso enfocado en la comunidad. Una parte del contenido educacional se muestra en la [tabla 4-1](#).^{24,29}

Los nutricionistas profesionales deben determinar cuáles son los grupos más vulnerables y crear mensajes nutricionales dirigidos a ellos. Aunque todos los grupos pueden beneficiarse de la educación nutricional, es importante enfocarse en poblaciones particulares que están en un riesgo mayor, con base en los datos de consumo disponibles. Por ejemplo, la diabetes mellitus es más alta en varias poblaciones diversas, en especial los indígenas americanos y los hispanos. Existen muchas oportunidades para aumentar la conciencia de los patrones nativos de salud y la conservación de alimentos culturales saludables en estas poblaciones para reducir en forma potencial el riesgo de diabetes.^{11,30} Los mensajes de salud apropiados para la cultura y los algoritmos de tratamiento pueden mejorar aún más la adherencia a la terapia médica nutricional.³¹

A la medida	Estandarizado
Ejercicio de antecedentes de consumo familiar	Revisión de las metas de ingesta general y ejercicio
Ejercicio de planeación de la comida familiar	Revisión de un patrón típico de ingesta saludable
Identificar los recursos comunitarios para apoyar a las actividades familiares	Proveer una lista estandarizada de recursos comunitarios
Identificar valores de estilo de vida saludable compartidos por los miembros de la familia	Proveer una lista de prácticas de estilo de vida saludable

Tabla 4-1 ■ Ejemplos de intervenciones a la medida *versus* estandarizadas, en los programas enfocados en la población aplicados por el programa educativo de intervención en el estilo de vida de la comunidad de isleños del Pacífico para reducir la recuperación de peso.

Fuente: De Kaholokula JK, Mau MK, Efird JT, *et al.* A family and community focused lifestyle program prevents weight regain in Pacific Islanders: a pilot randomized controlled trial. *Health Educ Behav.* 2011;5:1-10.

Otro ejemplo de un grupo cultural de interés nutricional y recién mencionado en *Healthy People 2020* es la población lésbica, gay, bisexual y transgénero (LGBT). Existen varios problemas que afectan la salud y el estado nutricional de esta cultura.

Los hombres homo y bisexuales están en mayor riesgo de enfermedades alimentarias. Las mujeres lésbicas y bisexuales tienen más probabilidades de cursar con sobrepeso u obesidad, y entre las poblaciones LGBT en general existen índices más altos de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.⁵

En este mundo culturalmente diverso, los profesionales de la salud tienen la oportunidad de atender a pacientes de muchas culturas distintas. De este modo, es importante que los nutricionistas reconozcan la influencia de factores culturales en los patrones alimentarios de los diferentes grupos étnicos. En específico, deben aprender acerca de las prácticas alimentarias y comidas tradicionales de cada grupo cultural.^{8,9} La transmisión de este aprendizaje requiere de una comunicación efectiva entre el profesional de la salud y el público.¹⁶ Los entornos de aprendizaje activo como este promueven el intercambio de información y la conversación colaborativa. Los profesionales de la nutrición deben reconocer, respetar, comprender y estar conscientes de las diferencias o variaciones culturales para eliminar las disparidades en el estado nutricional de personas de diferentes orígenes culturales. De otra manera, el asesoramiento y la educación nutricionales no serán eficaces.^{8,9,15}

Sensibilidad al estereotipo y al prejuicio

Como alguien que atiende a pacientes diversos, también es imperativo que el nutricionista no estereotipe a la gente basándose en su origen nacional o su apariencia. La India, por ejemplo, incluye a varios grupos culturales que practican diferentes religiones, tienen distintas costumbres, hablan idiomas diferentes y consumen una variedad de alimentos diferentes. Aunque el profesional de la salud puede suponer que toda la gente de la India practica el hinduismo, debe reconocer que este supuesto tan estrecho no es verdadero. En forma similar, los profesionales deben reconocer que no todos los árabes son musulmanes, ni que todos los irlandeses no son católicos. También es importante que los nutricionistas reconozcan que existe una división cultural entre varias generaciones y grupos dentro de cada cultura. Los individuos son únicos en el grado en que se adhieren a sus patrones culturales, y algunos se identifican más que otros con la cultura dominante. En general, la mayoría de los inmigrantes de primera generación se aferra a sus costumbres culturales. Con el tiempo, los descendientes de segunda y tercera generación de estos inmigrantes tienden a asimilarse en forma más completa a la cultura dominante. También tienen más probabilidades de adoptar las costumbres e ideologías dominantes, sin embargo, conservan algunas de sus prácticas y elecciones alimentarias culturales nativas. Por ejemplo, los niños se adaptan a los nuevos patrones culturales con más facilidad que los adultos, porque suelen interactuar con gente de diferentes culturas en la escuela o en actividades sociales.⁷⁻⁹

Los nutricionistas deben también estar preparados para combatir y prevenir el etnocentrismo y ser capaces de reconocer sus propios prejuicios. Deben poder analizar su propia cultura y darse cuenta de sus prejuicios. Cada profesional debe hacer a un lado cualquier prejuicio y poner en primer lugar el beneficio, la educación y el respeto al paciente. Aunque la cultura crea armonía dentro de los grupos étnicos,

también puede crear desarmonía. El etnocentrismo es la creencia innata de que los propios valores y prácticas son verdades absolutas. A su vez, la gente etnocéntrica tiende a juzgar a los demás con base en su propio sistema de creencias establecido. Cree que las normas y valores de otras culturas o poblaciones étnicas son secundarias a las normas y valores de su propia cultura. Para evitar que el etnocentrismo penetre en el sitio de trabajo, los nutricionistas deben saber que sus opiniones, puntos de vista e ideologías pueden diferir de los de sus colegas o pacientes. También deben entender que su propia cultura y visión del mundo no son “correctas” de manera inherente.¹² Esta conciencia requiere que uno conozca su propia cultura, sus orígenes, su historia y sus creencias.

Los nutricionistas deben desarrollar una competencia cultural para tratar a los pacientes con respeto, comprensión, cuidado y eficiencia. Aunque la competencia cultural es similar a la comprensión cultural, existen diferencias clave. La competencia cultural consiste en una forma de pensar y de comportarse que permite a los miembros de un grupo cultural, étnico o lingüístico funcionar con efectividad con los miembros de otro.⁶ Los nutricionistas no pueden tener competencia cultural en todas las culturas, pero deben tenerla con respecto a las varias culturas con las que tratan de forma cotidiana. También deben reconocer e investigar las diferencias únicas con cada cultura particular e individual, para poder determinar la mejor forma de atender a sus pacientes.

AUTOEVALUACIÓN 2



1. Describe tu propia cultura, orígenes, historia y creencias.
2. ¿Con cuáles grupos culturales te sientes competente para darles asesoramiento?

Comprensión de las prácticas de salud

La cultura determina la forma en que una persona define la salud, reconoce la enfermedad y busca tratamiento.^{8,31,32} Cada cultura posee valores, creencias y prácticas con respecto a la buena salud y prevención de enfermedades, el cuidado y tratamiento del enfermo, a quién consultar cuando se sienten mal, y los papeles y relaciones sociales entre el paciente y el proveedor de salud. Por ejemplo, la mayoría de los estadounidenses cree en la medicina científica occidentalizada. Sin embargo, muchas culturas tienen creencias sobre la salud y los alimentos que no están basadas en la evidencia. Estas prácticas deben respetarse y no necesariamente deben ser eliminadas si no causan daño ni explotan a otros. Un ejemplo es la práctica de ayuno intermitente en muchas culturas o el uso de medicina integrante o complementaria.^{33,34}

Por lo general, los estadounidenses toman decisiones de salud individuales e informadas a través del consentimiento informado, y se valen del proveedor de salud como el administrador de cuidados. El cuidado médico occidental también separa el cuerpo, la mente y el espíritu en los programas de tratamiento. Sin embargo, la orientación de cuidado médico de otras culturas puede ser diferente. Por ejemplo, en numerosas culturas, un miembro de la familia o de la comunidad en su conjunto puede tener la responsabilidad de decisión más que el propio individuo; los remedios emocionales y psicológicos pueden imponerse a la medicina científica; y el cuerpo, la mente y el espíritu pueden verse como un todo.¹⁰

En algunas partes de México se cree que la salud es una cuestión de suerte o de la voluntad de dios. En vez de creer en el poder de la ciencia, la medicina o los médicos para curar, algunos grupos étnicos mexicanos piensan que la enfermedad puede curarse a través de sanadores o tés y remedios herbolarios. En forma similar, piensan que algunos padecimientos deben estar acompañados de elecciones alimentarias particulares, que se categorizan como “frías” o “calientes”.⁹ En específico, el embarazo es considerado como una condición “caliente”. Como resultado, se advierte a las embarazadas en estos grupos a evitar alimentos clasificados como “calientes”, tales como el ajo, los granos, carnes costosas y alcohol, y se les alienta a consumir alimentos “fríos” como verduras, lácteos, carnes económicas y frutas tropicales. Al revisar esta lista de alimentos “fríos” y “calientes”, es interesante notar que este concepto de salud no tiene nada que ver con la temperatura o la condimentación de los alimentos (después de todo, el pan o los granos no son calientes); en vez de eso, los alimentos se clasifican de acuerdo con tradiciones de la cultura mexicana. Además, en esta cultura los hombres suelen ser considerados el grupo dominante, y el marido o su familia es consultada e incluida en todas las decisiones relacionadas con el embarazo de su mujer. Así, un nutricionista que esté trabajando en Estados Unidos con una embarazada hispana puede necesitar involucrar a la pareja y a su familia en las sesiones de tomas de decisiones. El profesional siempre debe preguntar a los pacientes cuáles son sus preferencias, si las hay, o quién debe involucrarse en las discusiones sobre el cuidado de la salud. Asimismo, debe investigar qué tipo de medicina alternativa, hierbas o complementos está consumiendo el paciente, si los hay.



El asesoramiento a grupos étnicos requiere de un conocimiento de sus alimentos.

Fuente: US Department of Agriculture.

Muchas otras culturas también creen que las enfermedades son causadas por factores distintos a los identificados por la medicina científica occidental. En la India, se cree que la enfermedad es causada por una alteración en el balance energético del cuerpo. En algunas castas, la dominancia del marido sobre su mujer está bastante generalizada, y se espera una obediencia incondicional a los mayores. Por el contrario, los haitianos piensan que algunas enfermedades se originan de modo sobrenatural o mágico, y que pueden ser tratadas con la medicina vudú. Se debe preguntar al paciente cuáles piensa que son las causas de su enfermedad y estas creencias deben ser respetadas siempre. El nutricionista no debe emitir juicios. Si estas prácticas entran en conflicto con el cuidado médico, debe discutirlo con el paciente.⁹

Comprensión del comportamiento no verbal

Los comportamientos no verbales también difieren entre los grupos culturales y tienen distintas connotaciones. Las costumbres sobre el contacto personal, los gestos corporales, el contacto visual, el espacio interpersonal, las demostraciones públicas de afecto y la puntualidad varían mucho. En términos del contacto personal, las normas acerca de tocar a otra persona están determinadas por la cultura. Por ejemplo, en muchas comunidades musulmanas, abrazar a una mujer casada es considerado un acto ilícito. Nociones similares aplican al contacto visual.

En la cultura estadounidense, se considera irrespetuoso o sospechoso evitar la mirada de alguien. Pero en algunas culturas, mirar a la persona a los ojos es una falta de respeto. Las reglas acerca del contacto y el espacio también están determinadas por la cultura. Algunas culturas mantienen distancias cortas entre las personas,

mientras que en otras se espera mantener una distancia más amplia.^{31,32} Estas relaciones espaciales también se extienden a las demostraciones de afecto entre hombres y mujeres. En Estados Unidos, es culturalmente aceptable ver a parejas intercambiar gestos románticos o toques de afecto; pero en otras partes del mundo, las parejas ni siquiera se toman de la mano.

La puntualidad está asimismo determinada por la cultura. En el acelerado país estadounidense, se espera que uno llegue a tiempo y el retraso es mal visto. Por el contrario, en partes de Asia, Centro y Sudamérica, es socialmente aceptable que un paciente llegue tarde o falte a una cita sin contactar al proveedor de salud. En estas partes del mundo, el uso personal de la gente de su propio tiempo a menudo se considera una prioridad más importante que el reloj. Los nutricionistas deben estar conscientes de estas costumbres diferentes para servir y comprender mejor los comportamientos y elecciones de sus pacientes. Comienza cada sesión estableciendo un escenario profesional neutral. Evalúa la situación escuchando y observando los estilos de tus pacientes. Ten cuidado al estrechar la mano, tocar a un paciente o hacer suposiciones en la fase inicial del asesoramiento.

Comprensión de los comportamientos verbales

Además de entender los comportamientos no verbales, los nutricionistas deben estar al tanto de cómo difieren los comportamientos verbales entre culturas. Los modismos o jergas son un hábito verbal que los profesionales deben usar con cuidado en el sitio de trabajo con los empleados o los pacientes. En la cultura estadounidense, a menudo la gente se saluda de manera informal con un: “¿Cómo estás?”, o pide a los demás que repitan lo que acaban de decir al preguntar: “¿Qué?”. En muchas culturas, este nivel de familiaridad se consideraría impropio e incluso irrespetuoso y condescendiente. En vez de eso, los nutricionistas deben saludar a sus pacientes con un: “Bienvenido” u otro saludo formal. Cuando deseen que un paciente repita algo, deben decir: “¿Perdón?” y después pedir con cortesía que el paciente parafrasee sus propias palabras.

De manera similar, los nutricionistas deben poner atención a la forma en que se dirigen a sus pacientes. Los estadounidenses están entre la gente más informal del mundo y con frecuencia llaman a amigos y extraños por sus nombres de pila. Los nutricionistas deben preguntar al paciente cómo desea que le llamen. Casi todas las otras culturas esperan un trato más formal y respetuoso, usando el apellido de la persona.^{31,32} Por ejemplo, si el nombre completo de una paciente es Diana Morales, el profesional debe referirse a ella como Sra. Morales, no como Diana.

Los profesionales deben diseñar con cuidado los tipos de preguntas que plantean a sus pacientes. Los estadounidenses tienden a ser muy directos y hacer preguntas algo personales, pero en muchas culturas las preguntas directas se consideran inapropiadas; incluso pueden hacer que la gente se sienta incómoda.¹⁰ Aún más, al hacer preguntas personales a un paciente para obtener datos personales de salud y nutrición puede percibirse como entrometido e irrespetuoso. Por lo tanto, conviene que los profesionales de la salud intenten un enfoque formal en lugar de uno rápido y

directo. Habla despacio y con claridad. Escucha primero y trata de entender el comportamiento no verbal junto con la conversación verbal.^{31,32}

Los gerentes y personal del área de nutrición deben tratar de entender la relación que el paciente espera de ellos como proveedores de servicios.¹⁵ En muchas culturas en todo el mundo, se considera a los profesionales con gran respeto por su experiencia. Esperar que los individuos y las familias sean parlanchines y asertivos puede ser poco realista, en especial si esperan asumir un papel dependiente, en el que les digan qué tipos de alimentos deberían consumir.

Comprensión de las relaciones familiares

Otro factor que los nutricionistas deben aprender y comprender son los diversos tipos de familia. Las familias pueden ser patriarcales, matriarcales, nucleares o extendidas. Como la propia cultura suele determinar las interacciones y composiciones de nuestra familia, los papeles de cada miembro pueden variar por edad o género. En algunas culturas, es posible que no se permita que una mujer hable en forma abierta, puede no permitírsele trabajar fuera de casa, y puede tener que depender de su marido o de su suegra. En esas culturas, una mujer puede tener un papel insignificante en la toma de decisiones para sí misma y su familia. Como resultado, las sesiones de consulta quizá necesiten incluir al padre o esposo de la mujer, o a quien tome las decisiones en la familia.^{8,9} Las mujeres pueden estar más dispuestas a la lactancia materna si tienen un fuerte apoyo familiar.

El asesoramiento nutricional debe también identificar si la familia es mono o bicultural. Las familias monoculturales se identifican con un grupo étnico primario; las que tienen una identidad bicultural se identifican con dos o más grupos. Los pacientes pueden moverse entre grupos culturales con facilidad. En consecuencia, las elecciones alimentarias tomadas por los pacientes pueden depender de factores situacionales o de una identidad cultural diversa.

Conciencia multicultural

Para lograr la competencia multicultural en el asesoramiento nutricional, los profesionales de la salud deben primero obtener una conciencia multicultural. La conciencia personal de las diversas culturas dentro de un solo país requiere primero que el individuo esté consciente de su propia cultura o herencia. Cada individuo tiene una identidad cultural, étnica, lingüística y racial. La conciencia de los valores, creencias, supuestos y prejuicios personales debe ser traída a un nivel consciente antes de lograr la competencia cultural. Por lo tanto, los profesionales deben aprender sobre las costumbres y tradiciones de su propia familia y cultura, identificar las conexiones históricas entre su cultura y las culturas ajenas, y examinar sus visiones del mundo y sus supuestos culturales.

Los individuos pueden no estar conscientes de las formas en que su propia cultura influye en el comportamiento, reacciones e interacciones de los demás. Este examen puede comenzar evaluando todos los valores, creencias o comportamientos que dan

forma al yo, incluyendo la familia y la herencia, los factores socioeconómicos, la política, los prejuicios, la religión, el nivel educativo, la ocupación, los gestos y las demostraciones de afecto. Existen tres competencias clave que los profesionales de la salud deben desarrollar para poder obtener competencia multicultural. Primero, deben asumir una actitud de competencia multicultural, esto es, un estado mental que respete las diferencias y similitudes culturales, tolerando al mismo tiempo la comunicación intercultural poco clara producida por las barreras del idioma. Esta actitud requiere que los profesionales mantengan un alto nivel de paciencia por el tiempo adicional necesario para lograr una comunicación efectiva. También requieren contemplar la posibilidad de modificar los materiales usuales de capacitación, haciéndolos más fácil de leer e interpretar (véase el [capítulo 14](#)). En algunos casos, el uso de imágenes o fotografías puede tener más éxito con algunos pacientes. Segundo, los profesionales deben desarrollar prácticas de competencia multicultural, que deben asegurar que las creencias tradicionales de salud y la alimentación de los pacientes se balanceen con elecciones alimentarias saludables. Tercero, los profesionales de la nutrición deben desarrollar habilidades de asesoramiento multicultural, las cuales incluyen habilidades de escucha, de comunicación bilingüe, de modificación o de evaluación alimentarias.³⁵



Los nutricionistas deben estar familiarizados con las prácticas étnicas.

Fuente: CDC/Amanda Mills.

Conocimiento de asesoramiento sobre alimentación y nutrición

Para proveer a los pacientes un asesoramiento eficaz, los nutricionistas deben conocer los alimentos de diversas culturas y las prácticas culturales de alimentación de varios grupos. Deben recabar información sobre las elecciones alimentarias culturales, los

métodos de preparación de los alimentos dentro de un contexto cultural, conocimiento de los patrones culturales de ingesta, la dinámica familiar, los patrones típicos de comidas y las tradiciones durante las celebraciones. También se requiere de información específica para cada cultura y comunidad en donde viven los pacientes. El nutricionista puede determinar el grado en que la familia o cada individuo dentro de la familia siguen estas tradiciones culturales, consultando por separado con cada miembro de la familia.⁷⁻⁹

¿Cómo se puede aprender acerca de las culturas de los pacientes y empleados? Una sugerencia es visitar sus vecindarios y las diversas tiendas de alimentos y restaurantes étnicos. Si es posible, asistir a ceremonias religiosas en sus sitios de devoción o a otros eventos comunitarios. Evaluar la presencia de una falta de alimentos en su comunidad. Una investigación sobre dónde obtiene sus alimentos la comunidad ayuda a definir retos, oportunidades y barreras. Otra sugerencia es asistir a talleres o sesiones de capacitación sobre prácticas alimentarias culturales. Los nutricionistas también pueden aprender sobre diversas culturas leyendo acerca del papel de los alimentos en la salud y la enfermedad, enfoques para la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad, así como las creencias acerca del cuidado médico y sus proveedores. También se pueden examinar libros autóctonos de recetas y tratar de preparar los alimentos característicos de varias culturas.

Los grupos de discusión pueden ayudar a los nutricionistas a aprender sobre los hábitos alimentarios y culturales de sus pacientes.²³⁻²⁵ Durante estas sesiones, el profesional debe explorar las diferencias entre grupos culturales al hablar sobre preferencias alimentarias, recetas, ingredientes, tamaños de porción y la forma en que se preparan ciertos platos. Si no se está acostumbrado a comer un alimento en particular, como carne de caballo, kimchi coreano, ghee indio o humus, el nutricionista debe pedir una descripción del alimento y métodos de preparación. Es importante recabar toda esta información para incorporar en forma respetuosa los alimentos familiares y las prácticas culturales a los cambios dietarios propuestos.

Al atender a gente de distintos orígenes étnicos, los nutricionistas deben usar materiales educativos apropiados para la cultura. En Estados Unidos existen muchas opciones disponibles de fuentes del gobierno y privadas.⁷⁻¹⁰ La [figura 4-3](#) muestra la versión en español de *MyPlate*, publicada por el US Department of Agriculture.³⁶ *MyPlate* está ahora disponible en muchos otros idiomas.³⁸ Algunos sistemas de evaluación nutricional pueden no satisfacer las necesidades étnicas o culturales de su población objetivo. Un ejemplo de esto serían las culturas que consumen numerosos estofados y sopas.

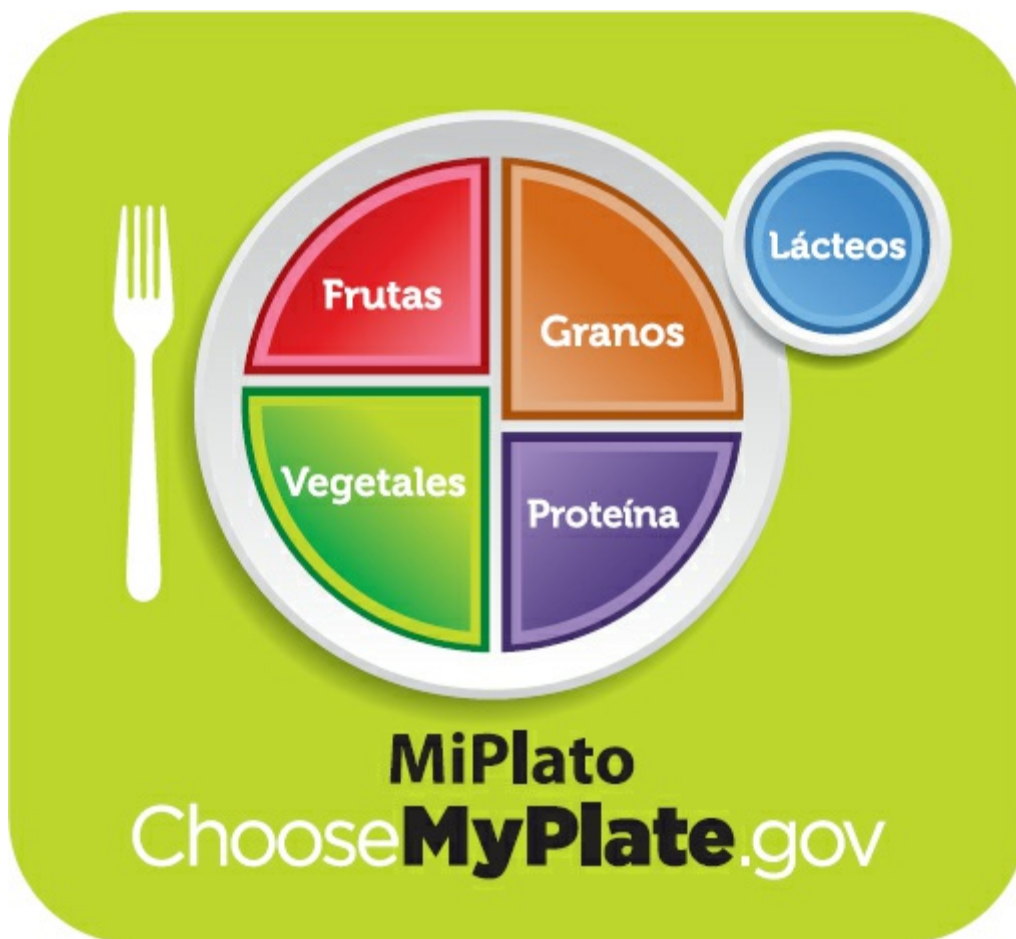


Figura 4-3 ■ Versión en español de *MyPlate*.

Fuente: US Department of Agriculture.

Las siguientes frases pueden ser de utilidad para obtener información sobre las prácticas alimentarias culturales de un paciente:

- “No estoy familiarizada con la forma en que cocina ____ (nombre del alimento). ¿Podría explicármela?”.
- “Cuando celebra una festividad de su cultura, ¿qué alimentos prepara?”
- “¿Qué tipo de bocadillos prefiere?” (dirige el enfoque al grupo).
- “Ese platillo que menciona suena interesante. ¿Puede decirme cómo prepararlo?”.
- “Usted es el experto en sus elecciones de alimentos. Y puede enseñarme muchas cosas”.

Refuerce cualquier respuesta de su paciente con alguna de las siguientes afirmaciones:

- “Gracias por la información”.
- “Me está ayudando a entender”.
- “Aprecio que se tome su tiempo para explicarme la comida de su cultura”.

Habilidades de asesoramiento nutricional

Las habilidades del asesoramiento nutricional multicultural demuestran la capacidad

del nutricionista de manejar interacciones culturalmente apropiadas, que incluyen realizar evaluaciones nutricionales y culturales, identificar problemas relacionados con la nutrición, y planear e implementar intervenciones relevantes.⁸⁻¹⁰ En la [tabla 4-2](#) se ofrecen algunas sugerencias para el asesoramiento de grupos con diversidad cultural.

1. Valora el conocimiento escuchando primero. Concéntrate en lo que el paciente sabe y/o cree.
2. Refuerza el conocimiento correcto, y aclara la desinformación.
3. Usa un lenguaje simple. Integra recursos visuales para “mostrar” lo que estás enseñando.
4. Habla despacio, con palabras claras. Busca la comprensión. Repite si es necesario.
5. Alienta las preguntas. Busca la interacción dentro de los parámetros culturales.
6. Utiliza el método de retroalimentación. Después de exponer un concepto clave, pide al paciente que diga lo que acaba de escuchar en sus propias palabras.

Tabla 4-2 ■ Estrategias comunes efectivas para dar asesoramiento nutricional con diversidad cultural.

Fuente: Adaptado de *Academy of Nutrition and Dietetics. Practice tips: Cultural competence resources*. <http://www.eatrightpro.org/10877.pdf>. Acceso el 10 de enero, 2016; Goody CM, Drago L, eds. *Cultural Food Practices*. Chicago, IL: American Dietetic Association; 2010; Duggan A, Street L. “Interpersonal communication in health and illness”. En: Glamz K, Rimer BK, Viswanath R, eds. *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. 5th ed. San Francisco, Jossey-Bass, 2015; y Kittler PG, Sucher KP, Nelms J. *Food and Culture*. 6th ed. Belmont, CA: Wadsworth, 2011.

Las habilidades de asesoramiento efectivo requieren estar consciente y saber acerca de varias culturas. Las creencias culturales del cuidado de la salud deben ser reconocidas y respetadas. Por ejemplo, algunos creen que un mayor peso corporal es más saludable, y lo promueven.¹⁰ La razón de esta creencia varía de una cultura a otra. Las creencias del paciente también deben ser reconocidas y respetadas. El enfoque debe ser de comprensión. En vez de poner el énfasis de la consulta en las cifras del peso, usar más bien un enfoque de “comer en forma saludable” puede ser la técnica a utilizar en esta situación.

La confianza es una habilidad importante que los nutricionistas deben fomentar. Se debe ser confiable a los ojos del paciente. Aunque el profesional puede tener dificultades para obtener la confianza, es una clave necesaria para el éxito.⁸⁻¹⁰ La brecha entre el profesional y el paciente debe salvarse, ya sea que el paciente haya llegado por su voluntad o por referencia. Una forma de lograr esto es lograr compenetración a través de la conversación sobre asuntos neutrales que no tengan

relación con la salud o la nutrición. Por ejemplo, una forma de desarrollar una relación personal con los pacientes es hacerles preguntas como “¿Dónde creció?”. Al dar asesoramiento, quizá se quiera informar primero a los pacientes qué es lo que se va a hacer, diciendo algo como: “Tal vez se pregunte qué voy a hacer. Déjeme explicarle”. Después se explica el propósito, proceso y el papel del paciente como guía del nutricionista. El paciente debe tener un papel activo en la sesión y en el proceso de toma de decisiones.

Por último, el nutricionista puede recurrir a los servicios de un traductor para ayudarle a transmitir información nutricional. El traductor puede traducir los folletos o transmitir información oral en el idioma del paciente. Un traductor experto siempre debe ser la primera opción. Aunque las habilidades de traducción del hijo o hija del paciente puedan bastar para estos propósitos, los nutricionistas deben tener cuidado al usar a un miembro de la familia para esta función. En muchas culturas, el hecho de que un hijo actúe como intérprete plantea el problema de reversión de roles, lo cual puede llevar a un resentimiento y cambiar la dinámica familiar en casa.¹⁰ Sin importar el tipo de traductor, recuerda dirigir las preguntas al paciente y no al intérprete, y concentrarte en las respuestas del paciente.

Alfabetismo limitado

Cerca de 40 a 44 millones de personas en Estados Unidos, o alrededor de 25% de la población adulta de ese país, no puede entender los materiales escritos de forma eficiente. Aunque los individuos con habilidades limitadas para leer y escribir varían, la mayoría son de un nivel socioeconómico bajo, han abandonado la escuela, tienen problemas de aprendizaje, o son personas mayores. Puede haber inmigrantes que todavía no conozcan bien el idioma dominante y quizá ni siquiera puedan leer en su propio idioma.⁴ Es importante identificar a estas personas, porque el no saber leer bien se asocia con una mala salud.

Es probable que los nutricionistas encuentren pacientes analfabetos más seguido de lo que piensan, porque tales individuos ocultan el hecho de que no saben leer. El nutricionista debe estar consciente de los siguientes comentarios, expresados por pacientes en un intento para ocultar su analfabetismo: “No traje mis lentes, lo leeré después”, o “Se me rompieron los anteojos”. Otra técnica para identificarlos es darles el material de lectura al revés. Los lectores por lo común voltean el papel, pero los analfabetos no lo hacen. Otro abordaje es pedir a la persona que elija alimentos de una lista y que los lean en voz alta. Si el paciente no puede leerlos, esta será una señal de su analfabetismo.

El nivel de lectura de los adultos en Estados Unidos es de secundaria, pero entre los pertenecientes a Medicaid es solo de sexto de primaria. Por lo general, los materiales impresos sobre salud están escritos para un nivel de preparatoria o mayor en vez de en un nivel apropiado para el público: en general con sexto de primaria.⁵ Para rectificar este desequilibrio, los profesionales de la nutrición deben probar si los materiales son entendibles e incorporar más elementos visuales (gráficas e imágenes)

cuando están educando a la gente con bajo nivel de alfabetismo. Deben usar un lenguaje simple y repetir la información importante. Por ejemplo “colesterol alimentario” o “glucosa sanguínea” son términos difíciles de entender e inapropiados para esta audiencia. Otra sugerencia es usar oraciones cortas (10-15 palabras) y utilizar palabras de una o dos sílabas cuando sea posible (véase el [capítulo 14](#)). Los párrafos deben limitarse a tres o cuatro oraciones. Para asegurarse de que el paciente entienda las palabras, el nutricionista debe pedirle que repita lo que ha dicho. Esto se llama método de “retroalimentación”. Prácticas tales como planear un menú o una lista de compras y el juego de roles son actividades de utilidad para ayudar a los pacientes a conectar las palabras con el lenguaje. Existen herramientas de evaluación de alfabetismo para valorar los materiales impresos. Estas y otras herramientas pueden auxiliar a los profesionales a promover el alfabetismo nutricional entre los pacientes iletrados o que tienen poca educación (véase el [capítulo 14](#) para más sugerencias sobre cómo desarrollar materiales para los semianalfabetos).

El principio a recordar es ser sensible al hecho de que muchos pacientes tienen dificultades para leer y escribir, que pueden intentar ocultar durante el proceso de valoración. Si este problema no es diagnosticado, abordado y remediado, las oportunidades de lograr un asesoramiento exitoso se reducirán de modo importante. Tampoco se debe suponer que los pacientes de una cultura específica pueden leer el idioma utilizado en dicha cultura. Los pacientes pueden no saber leer en su idioma nativo, por lo que requieren del uso de más imágenes y ejemplos, más que de materiales escritos.

CAPÍTULO

4

Resumen

En este capítulo se examinó la importancia y los desafíos de tratar con una fuerza de trabajo diversa, así como del asesoramiento y educación de pacientes con diversidad cultural. A medida que el mundo se vuelve más heterogéneo, la necesidad de adquirir competencia cultural se vuelve crucial. Los profesionales de la nutrición deben desarrollar conciencia, conocimiento, habilidades de comunicación y respeto por todas las culturas si desean tener éxito. Esto requiere percibir y reconocer el valor y singularidad de la gente de todas las culturas, sean mayoría o minoría.

Revisión y preguntas

1. ¿Qué es diversidad cultural? ¿Cuáles son algunas de las formas en que

- la gente difiere?
2. Como gerente, ¿cuáles serían las metas y beneficios de la diversidad cultural en el sitio de trabajo?
 3. ¿Qué tipo de actividades puede planearse para abordar la diversidad cultural en el sitio de trabajo? ¿Cómo pueden evaluarse?
 4. Compara varios modelos de competencia cultural.
 5. Define asimilación, etnocentrismo, enculturación y aculturación.
 6. ¿En qué forma influye la cultura en las prácticas diarias de las personas, incluyendo las elecciones alimentarias?
 7. Piensa en tus propios hábitos alimentarios. ¿Qué los influye? ¿En qué grado están involucrados factores sociales y culturales?
 8. Discute con tus colegas el origen familiar y cultural de tus hábitos alimentarios.
 9. ¿Qué es competencia cultural? ¿Qué medidas puede tomar un profesional para desarrollarla?

Actividades sugeridas

1. Identifica los grupos étnicos y culturales que están representados en tu lugar de trabajo. ¿Piensas que se reconocen los talentos de los trabajadores diversos?
2. Menciona los alimentos culturales y tradicionales que tú y tu familia preparan. Comparte tus alimentos culturales con vecinos y amigos, e infórmale acerca de tus costumbres culturales.
3. Elige un grupo étnico o cultural que desconozcas. Investiga las elecciones y prácticas alimentarias de esa cultura.
4. Encuentra a alguien que pertenezca a una cultura sobre la que desees saber más. Pide a esa persona que sea tu guía o maestro cultural. Después de elaborar una lista de preguntas por anticipado, entrevista a la persona para reunir información sobre sus elecciones y prácticas alimentarias, recetas, métodos de preparación y alimentos para ocasiones especiales, como festividades. Incluye las creencias y prácticas espirituales que influyen en las elecciones de alimentos y en la salud en general.
5. Entrevista a un profesional de la nutrición que atienda a poblaciones con diversidad cultural. Pregúntale acerca de los retos y oportunidades de asesoramiento que se presentan al trabajar con este grupo.
6. Visita una tienda especializada en alimentos culturalmente diversos. Compara el precio, el empaque y la etiqueta de información nutricional de dos productos que también puedas encontrar en una tienda minorista.

local.

7. Busca materiales educativos apropiados para cuatro culturas en internet. Valóralos según los mensajes incluidos en la [tabla 4-2](#).
8. Localiza la falta de alimentos cerca de tu casa o escuela. Si es posible, utiliza el área para entender las oportunidades y barreras para realizar una compra de alimentos saludables.

Asesoramiento y consejería para un cambio de comportamiento de salud



Etapas y procesos del cambio de comportamiento de salud



Objetivos

- Explicar las seis etapas del cambio.
- Identificar uno o más procesos apropiados para cada etapa del cambio.
- Debatir el equilibrio en la decisión y cómo debe usarse.
- Describir el impacto de la autoeficacia en el cambio de comportamiento.
- Explicar los pasos en el proceso de fijación de metas y practicarlos con un

paciente.

- Describir la vigilancia y evaluación nutricionales en el proceso de cuidado nutricional (PCN).
- Explicar los requisitos de la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).

CASO PRÁCTICO 1



Len Howard es un ejecutivo de 48 años en una importante compañía. En su reciente examen físico medía 1.80 metros (5 pies 11 pulgadas) y pesaba 80 kilogramos (175 libras). Su colesterol sérico fue de 290 (deseable: menos de 200 mg/dL), con HDL de 40 (deseable: 40 mg/dL o más) y LDL de 160 (deseable: menos de 130 mg/dL). Sus antecedentes familiares revelaron que su padre y su hermano mayor murieron de cardiopatías. Su esposa es abogada, y tienen un hijo de 15 años.

Nutricionista: “Mencionó que el doctor desea que trate de modificar su dieta. Hablemos de lo que come ahora. Después podemos identificar qué de lo que está comiendo está bien, y si existiera la necesidad de realizar cambios, cuáles estaría dispuesto a hacer”.

La ingesta de alimentos del Sr. Howard reveló lo siguiente:

Desayuno: jugo de naranja, tocino, dos rebanadas de pan tostado con mantequilla de cacahuete o maní y café.

Almuerzo: sándwich de carne o hamburguesa con queso y tocino, papas a la francesa y refresco de cola.

Cena: un filete de 225 g, papa al horno con mantequilla y crema, verduras, ensalada con aderezo de queso azul, galletas y vino.

Colación nocturna: cerveza y pretzels.

Un cambio abre el camino a otros cambios.

—Nicolás Maquiavelo

Introducción

No existe un método estándar de oro o teoría unificadora para asesorar a los pacientes que logre abarcar todas las complejidades del cambio conductual, y asegurar el éxito en cambiar las elecciones alimentarias, forma de comer y de ejercitarse de la gente. En vez de eso, el nutricionista debe ser eficiente para echar mano a diversos abordajes e intervenciones, adaptándolos a la persona que está asesorando. Los comportamientos de salud y alimentos reciben la influencia de muchos factores, incluyendo los entornos familiar, cultural, físico y social.¹

En este capítulo se explora el modelo transteórico de cambio conductual y el proceso de fijación de metas. El modelo hace énfasis en que la gente transita a través de varias etapas al modificar la alimentación, el ejercicio y otros comportamientos de salud, y que las estrategias de intervención de asesoramiento deben ser modificadas

de acuerdo con la etapa de cambio en que esté el paciente.² En capítulos posteriores se abordan otros enfoques de asesoramiento, incluyendo la entrevista motivacional, el modelo de creencias en salud, la modificación conductual, el asesoramiento para un cambio cognitivo, el papel de la autoeficacia al realizar cambios en el estilo de vida, y la forma de prevenir o tratar con las fallas y recaídas.

Modelo transteórico o etapas de cambio

Prochaska y sus colegas crearon el modelo transteórico (MTT), referido también como *etapas del cambio* (EDC)^{3,4} (véase la [figura 5-1](#)). El objetivo del MTT es guiar el tiempo y contenido de las intervenciones para lograr una mejor salud. Está compuesto de cuatro constructos: (1) etapas de cambio, (2) procesos del cambio o cómo cambia la gente, (3) equilibrio en la decisión y (4) autoeficacia situacional. El modelo ha conducido intervenciones para una variedad de comportamientos de salud.²

ANÁLISIS DEL CASO 1



¿Qué está comiendo el Sr. Howard que se considera deseable y cuyo consumo puedes alentarle a continuar? (alimentos bajos en colesterol y en ácidos grasos saturados).

El modelo transteórico se utiliza para promover el cambio conductual para mejorar la salud. Después de entender la continuidad en la motivación para el cambio del paciente, el marco de referencia le ayuda al nutricionista con la planeación e implementación de una intervención apropiada. Los individuos transitan por seis etapas, haciendo a menudo muchos intentos para cambiar los comportamientos problemáticos de salud, como comer demasiado, consumir alimentos menos deseables o no hacer ejercicio. Dentro de las distintas etapas se usan los diversos constructos y procesos, en mayor o menor medida, para promover el tránsito entre las etapas.

Muchas intervenciones de salud y programas educativos están orientados a la acción, y suponen que la gente que llega a la consulta está lista para cambiar. Sin embargo, mucha gente está en negación o se resiste al cambio. Otros pueden estar pensando en hacerlo, y algunos cuantos estarán listos para cambiar. Así, puede ser contraproducente suponer que el paciente está preparado para modificar sus comportamientos de ejercicio y de consumo.

La gente no cambia sus elecciones alimentarias porque sepa que tiene un problema de salud que necesita modificarse. Es un reto ayudar a las personas a hacer cambios alimentarios positivos y motivarles a continuar con sus elecciones saludables durante toda la vida. La clave para un asesoramiento y educación nutricionales

exitosas es valorar e identificar la etapa o disposición de la persona para cambiar y hacer que las intervenciones coincidan con esto. Por ejemplo, para la gente que se resiste al cambio se requieren distintas estrategias de asesoramiento. Usar la intervención apropiada debería aumentar la eficacia, ayudar al paciente a avanzar a la siguiente etapa del cambio gracias a una mejora en la motivación y la disposición, y reducir la probabilidad de que abandone el tratamiento porque la intervención no era la adecuada.

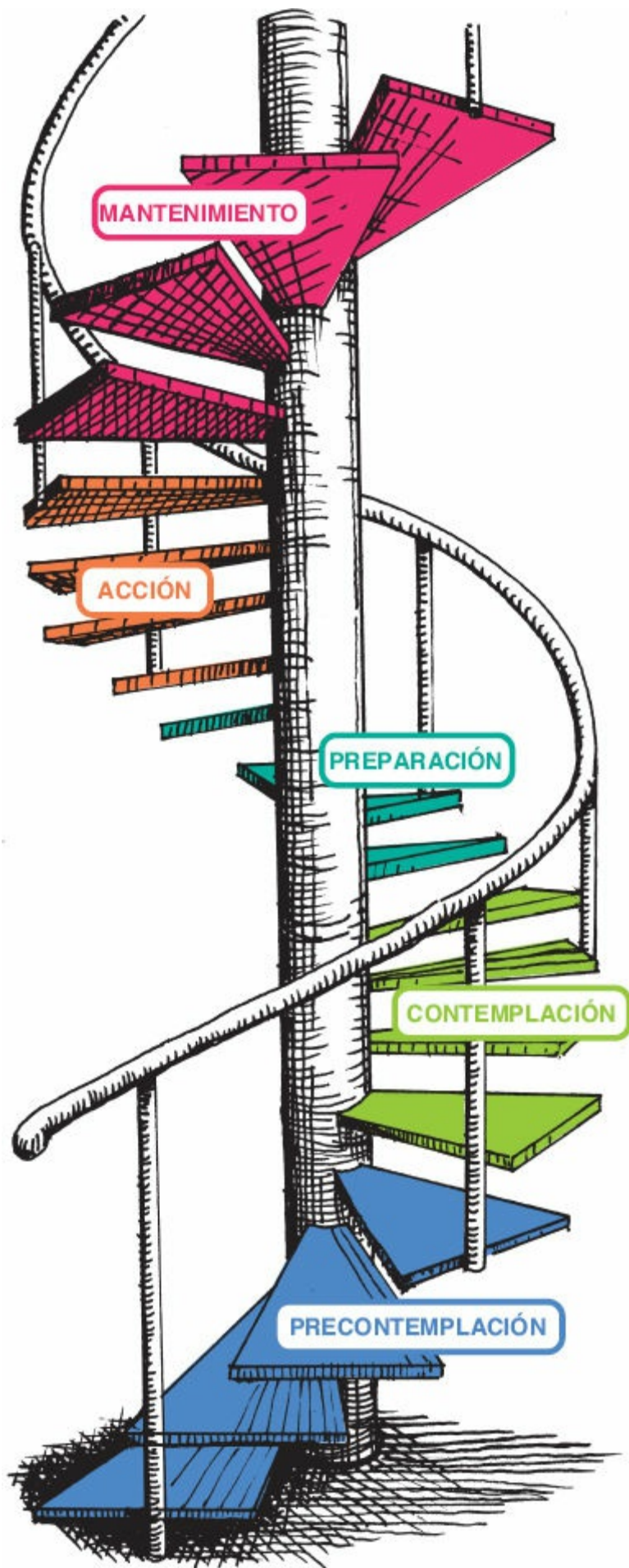


Figura 5-1 ■ Los pacientes transitan a través de las etapas de cambio.

Etapas del cambio

El cambio *no* se contempla como un evento aislado, como: “Voy a consumir menos sodio a partir de hoy”, sino más bien como un proceso que se desarrolla con el tiempo y que precisa más de un intento. En el modelo de la [tabla 5-1](#) se muestra el cómo, no el por qué, del cambio de la gente, ya sea a través del asesoramiento, o sin él y por sí misma. Para hacer cambios, la gente transita a través de seis etapas bien identificadas. Las tareas de cada etapa varían, y el movimiento para transitarlas representa un progreso personal para el paciente.

Precontemplación

En la etapa 1, *precontemplación*, la persona está poco o nada consciente de que existe un problema de salud, niega que exista un problema, o no tiene intención de tomar acciones para cambiar. Así, por ejemplo, el individuo no tiene planes para modificar sus prácticas alimentarias para perder peso o comenzar a hacer ejercicio en los próximos 6 meses.^{3,4} La persona puede haber intentado ya un cambio y fallado en ello, como perder peso, y puede resistirse a los esfuerzos del nutricionista por sugerir posibles cambios. Quizá fue una visita al médico lo que inició que fuera referido al nutricionista para perder peso, aun si el paciente no estaba preocupado por ello.

Dado que estos pacientes no están conscientes, ni informados, ni preocupados por el problema de salud, el nutricionista debe valorar los puntos de vista del paciente para hacer un cambio y lidiar con las razones para no querer cambiar, en vez de solo proveer información nutricional.³ Educar al paciente con respecto a los cambios alimentarios no es apropiado en esta etapa. Para identificar esta fase, el nutricionista puede preguntar: “¿Tiene la intención de cambiar (menciona el comportamiento problemático) en los próximos 6 meses?”.

1. Precontemplación	No hay intención de cambiar en los próximos 6 meses.
2. Contemplación	Hay intención de cambiar, pero no tan pronto.
3. Preparación	Se hacen pequeños cambios, tratando de cambiar en 30 días.
4. Acción	Se hacen cambios regulares en las elecciones alimentarias.

5. Mantenimiento	Los cambios conductuales se mantienen por 6 meses.
6. Terminación	Ocurre solo si los cambios se mantienen por un año o más.

Tabla 5-1 ■ Etapas del cambio.

Para la gente que ignora la relación entre una alimentación alta en grasas y la enfermedad cardíaca coronaria, por ejemplo, se puede preguntar: “¿Ha pensado en consumir menos grasas (o más frutas y verduras) en un futuro próximo?”. En esta etapa, es posible que una persona con un problema cardíaco necesite saber los beneficios para la salud que implica hacer modificaciones, así como los riesgos de no abordar el problema.

El paciente necesita “apropiarse” o reconocer el problema de salud y sus aspectos negativos.^{3,4} Estos individuos no están listos para intervenciones orientadas a la acción. Saber la etapa del cambio de la persona ayuda al nutricionista a identificar el tipo adecuado de intervención. En la [tabla 5-2](#) se ilustran algunas preguntas e intervenciones en cada etapa.

Etapas	Pregunta para el paciente	Intervención
Precontemplación	“¿Cómo puedo ayudarle?”.	Crear conciencia.
	“¿Ha leído artículos sobre...?”.	Evaluar el conocimiento.
	“¿Qué sabe acerca de la relación entre...?”.	Aumentar la autoconciencia, dar información verbal y escrita.
	“¿Alguien en su familia tiene el mismo problema?”.	Evaluar valores, creencias.
	“¿Está consciente de las consecuencias?”.	Reestructuración cognitiva.
	“¿Cómo se siente acerca de hacer un cambio?”.	Discutir los riesgos y beneficios.
Contemplación	“¿En qué cambios está pensando?”.	Evaluar el conocimiento.
	“¿Cuáles son los pros y los	Evaluar valores, creencias.

	contras?”.	
	“¿Cómo se siente con respecto a eso?”.	Valorar pensamientos, sentimientos.
	“¿Qué lo haría más fácil o más difícil?”.	Aumentar los pros, reducir las barreras.
	“¿Cuáles serían los resultados del cambio?”.	Autoevaluación.
	“¿Cómo le puedo ayudar?”.	Reestructuración cognitiva.
Preparación	“¿Intenta tomar acción en los próximos 1-6 meses?”.	Autoeficacia, compromiso.
	“¿Cómo lo hará?”.	Toma de decisión.
	“¿Qué cambios ha hecho ya?”.	Discutir creencias sobre la propia habilidad.
	“¿Cómo mejorará su vida?”.	Planear metas.
Acción	“¿Qué hace en forma diferente?”.	Control de estímulo.
	“¿Qué problemas está teniendo?”.	Autorrefuerzo.
	“¿Quién puede ayudarlo?”.	Apoyo social.
	“¿Cómo puedo ayudarlo?”.	Automanejo.
	“¿Qué hace en vez de (antiguo comportamiento)?”.	Fijación de metas, sesiones grupales, autovigilancia, prevención de recaídas.
Mantenimiento	“¿Cómo maneja las recaídas?”.	Respuestas para lidiar con el problema.
	“¿A qué obstáculos se enfrenta?”.	Prevención de recaídas.
	“¿Cuáles son sus planes para el futuro?”.	Automanejo.

	“¿Qué problemas ha resuelto?”.	Compromiso, fijación de metas, controlar el entorno.
Terminación		Automanejo, autoeficacia.

Tabla 5-2 ■ Intervenciones en las etapas del cambio.

Contemplación

En la etapa 2, *contemplación*, la persona está consciente de que tiene un problema de salud y trata de mejorar en algún momento, comiendo de manera diferente o haciendo más ejercicio. Sin embargo, no ha pensado en comprometerse en serio con hacer el cambio, y sigue postergándolo.^{3,4} La persona puede estar en una lucha mental con la cantidad de tiempo, energía, esfuerzo y costo de superar un problema de salud, y sentirse desalentada por fracasos previos. Cuando los contras de cambiar la conducta son más grandes que los pros, el resultado provocaría una ambivalencia que atrapa a la gente en esta etapa por largos periodos, incluso meses o años.³ El paciente necesita tomar una decisión.

El nutricionista puede preguntar, por ejemplo:

“¿Qué ha pensado acerca de decidirse a hacer un cambio?”.

“¿Cuáles son los pros y los contras de hacerlo?”.

“¿Qué puede cambiar de su entorno?”.

“¿Qué piensa acerca de comer menos grasas? ¿Cuáles son las barreras u obstáculos para que lo haga?”.

Preparación

En la etapa 3, *preparación*, la persona está más decidida a hacer el cambio e intenta iniciarlo pronto, tal vez en unos 30 días.⁴ Quizá reporte pequeños cambios en abordar el comportamiento problemático, como leer algunas etiquetas o comprar alimentos bajos en grasas. Los pacientes deben comprometerse a cambiar, establecer prioridades o metas y desarrollar un plan de acción.^{3,4}

El nutricionista puede preguntar acerca de un posible interés en perder peso, realizar más actividad física, tomar decisiones más saludables y llevar registros de la ingesta de alimentos. Un estudio de padres de niños obesos que debían perder peso descubrió que alrededor de 62% de los padres estaban en la etapa del cambio de acción para los comportamientos alimentarios de sus hijos, pero solo 41% lo estaban para los comportamientos de actividad física. Los padres que pensaron que su propio peso era un problema fueron menos propensos a hacer cambios en los comportamientos de sus hijos con sobrepeso.⁵

Acción

En la etapa 4, *acción*, la persona toma acciones para implementar un plan y superar el problema de salud mediante la modificación activa de sus elecciones alimentarias, sus comportamientos, ambientes y experiencias.³ Ten presente que la mayoría de los pacientes *no* están en la etapa de acción cuando son referidos para asesoramiento. La gente se encuentra en esta etapa si ha alterado con éxito su comportamiento por un cierto periodo o por hasta 6 meses, como comprar alimentos distintos o ejercitarse tres veces a la semana.

Se requiere de un considerable compromiso de tiempo y energía en esta etapa, cuando la gente está tratando de cambiar.³ El nutricionista puede preguntar: “¿Qué es lo que ya hace de modo diferente?”. En esta fase, la gente necesita conocimiento y habilidades, y debe saber cómo responder a una caída o recaída.³ Los nuevos comportamientos no se establecen con firmeza en una semana o un mes, y pueden resurgir antiguos patrones.

En una intervención con adultos con sobrepeso al usar el modelo transteórico con la etapa del cambio, hubo cierta evidencia de que había mejoras en los hábitos alimentarios y en la actividad física. Ejemplos de esto fueron un aumento en la frecuencia y duración del ejercicio, incremento en el consumo de frutas y verduras y reducción de la ingesta alimentaria de grasas.⁶



La nutricionista desarrolla una relación con el paciente.

ANÁLISIS DEL CASO 2



¿En cuál etapa del cambio está el Sr. Howard?

Mantenimiento

En la etapa 5, *mantenimiento*, la persona consolida e integra nuevos comportamientos de salud en su estilo de vida, desarrollados durante varios meses. Con el tiempo, los nuevos comportamientos deben volverse automáticos. El paciente debe mantener esos nuevos hábitos saludables y trabajar para evitar una recaída.^{3,7} Mantener el descenso de peso, por ejemplo, requiere de un esfuerzo continuo. Para algunas personas, esta etapa continúa durante meses, años o incluso de por vida, o hasta que el comportamiento se convierte en un patrón y es incorporado al estilo de vida.³ El nutricionista puede preguntar: “¿Cómo maneja las pequeñas recaídas?”. En el [capítulo 8](#) se presenta información adicional sobre el asesoramiento acerca de caídas y recaídas.

Terminación

La meta final es la etapa de *terminación*, en la cual los cambios se han mantenido por años. La terminación del problema conductual ocurre si el paciente reacciona automáticamente, ya no se siente tentado por el antiguo comportamiento, y ya no cae ni recae. Algunas personas jamás llegan a esta etapa sino que mantienen una lucha periódica con el problema de salud. En situaciones como el control de peso, una meta realista puede ser toda una vida de mantenimiento.⁴

Retorno

La mayoría de la gente no mantiene con éxito sus cambios conductuales al primer intento. Por ejemplo, ¿cuánto tiempo duran los propósitos que las personas se proponen para un nuevo año? Prochaska propone que la mayor parte de la gente transita por las etapas en espiral, más que en forma lineal.³ Dado que las caídas y recaídas son un problema común, puede esperarse un retorno a una etapa más temprana, como de acción a preparación, o de preparación a contemplación, que ocurre varias veces a medida que la persona lucha por modificar o abandonar los comportamientos.³

Por ejemplo, la gente puede evitar alimentos fritos y altos en grasas, y después comenzar a consumirlos de nuevo. Moverse hacia adelante y hacia atrás a través de las etapas representa un proceso de aprendizaje para el paciente. En el [capítulo 8](#) se explora la caída y la recaída y las reacciones emocionales negativas (culpa, vergüenza, fracaso), así como las habilidades necesarias para recuperarse. La gente puede aprender de sus errores con la ayuda del nutricionista y continuar intentándolo.

Procesos de cambio

Una segunda dimensión del modelo examina diez procesos de cambio o las actividades que usa la gente para progresar a través de las etapas del cambio cuando hay variaciones en comportamientos, pensamientos e intenciones. Estos diez procesos son actividades cognitivas y conductuales que el paciente utiliza en las distintas etapas para fomentar cambios de comportamiento.^{3,4} Existen en cada etapa tareas y metas específicas a lograr en el tránsito hacia la siguiente fase.³

Los diez procesos deben integrarse en las etapas del cambio para que la intervención de tratamiento corresponda a la etapa actual del paciente. Estas son las formas que la gente adopta para modificar nuevos comportamientos promotores de salud, eliminar comportamientos riesgosos o cambiar entornos individuales, ya sea por sí misma o con asesoramiento.^{3,7}

1. *La creación de conciencia* aumenta la percepción del paciente de los riesgos de salud y la comprensión de las consecuencias del comportamiento problemático. Es el proceso de cambio con el mayor grado de enfoque y acuerdo.³ Es muy efectivo para ayudar a la gente a procesar información que no tiene conscientemente.

Dado que la gente nota la información positiva acerca de sí misma e ignora la negativa, una persona externa puede proveer retroalimentación y educación sobre el comportamiento de salud. Las posibles intervenciones son la retroalimentación por parte del nutricionista o de otras personas, las confrontaciones, el proveer materiales educativos de lectura o a través de los medios, y las entrevistas motivacionales que se exploran en el [capítulo 6](#). Quienes están en las etapas 1 y 2 se vuelven más conscientes de las consecuencias negativas de sus comportamientos, como comer de más y aumentar de peso.

2. *El alivio drástico o catarsis* aumenta la conciencia emocional, y los sentimientos acerca del comportamiento no saludable pueden aliviarse si se toma la acción adecuada. Las técnicas para esto incluyen el juego de roles, los testimonios personales, la retroalimentación, la información de los medios y las entrevistas motivacionales.
3. *La autorreevaluación* incluye revaloraciones cognitivas (pensamientos) y afectivas (sentimientos) de la autoimagen del paciente ya sea con o sin alimentación no saludable, como su imagen de persona obesa o delgada. Pueden ser de utilidad los modelos saludables, aclarar valores centrales personales sobre la salud y el uso de lenguaje figurado. Debe haber cambios en la forma en que la persona piensa y siente durante la etapa de contemplación.³
4. *La reevaluación del entorno* incluye valoraciones cognitivas (pensamientos) y afectivas (sentimientos) sobre la forma en que el comportamiento personal o el problema de salud afecta el entorno social del paciente, en especial los miembros de su familia. El paciente toma conciencia de que puede ser un modelo positivo o negativo para otros. La reevaluación puede provenir de una capacitación en empatía, testimoniales, documentales o intervenciones familiares.
5. *La autoliberación* es la creencia de que se puede cambiar y el compromiso de

actuar con base en dicha creencia. Los testimonios públicos, los propósitos que las personas se proponen para un nuevo año y el tener múltiples elecciones pueden reforzar la fuerza de voluntad y la seguridad en uno mismo.

6. *La liberación social* aumenta las opciones y oportunidades sociales que sustentan los comportamientos saludables para quienes no los tienen. Aquí pueden ayudar el empoderamiento y el apoyo.⁷
7. *El contracondicionamiento* implica cambiar el comportamiento en respuesta a ciertas actividades, como sustituir las estrategias saludables con las no saludables. Las autoafirmaciones positivas (“Yo puedo hacerlo”), la relajación y la asertividad son otras estrategias en la etapa de acción.
8. *El control del estímulo* erradica los detonadores ambientales para el comportamiento de alimentación no saludable y añade conductas saludables; esto se estudia con más detalle en el [capítulo 7](#). Evitar las comidas no saludables, erradicar estos detonadores para comer, elegir alimentos más saludables y los grupos de autoayuda pueden brindar apoyo al cambio en las prácticas alimentarias en la etapa de acción.
9. *El manejo del reforzamiento* incluye refuerzos positivos y recompensas por conductas saludables, como se verá en el [capítulo 7](#), y es de utilidad en la etapa de acción. Los comportamientos son controlados por sus consecuencias. Cuando el reforzamiento depende de una cierta respuesta, dicho comportamiento puede aumentar. Algunas estrategias son los contratos escritos, el reforzamiento por parte de los demás y el reconocimiento del grupo.⁴
10. *Las relaciones que ayudan* proveen cuidado, apertura, aceptación y apoyo para las elecciones alimentarias saludables y el cambio de conducta. Las llamadas telefónicas o correos electrónicos del nutricionista, tener un amigo, asistir a un grupo de apoyo y relacionarse con otros pueden dar apoyo social.^{3,4}

ANÁLISIS DEL CASO 3



¿Cuáles procesos de cambio son apropiados para la etapa del cambio del Sr. Howard?

Relacionar los procesos con las etapas de cambio

Los diez procesos son más efectivos durante algunas de las seis etapas del cambio. Cada fase tiene sus propios desafíos. Como resultado, el nutricionista debe hacer coincidir los procesos con la etapa del cambio identificada de la persona. En las primeras etapas, como la precontemplación, se sugiere enfocarse en los beneficios de realizar el cambio y en cómo dicho cambio puede mejorar la salud o la vida del individuo. La meta es que el paciente piense en el problema de salud. Sin embargo, los pacientes pueden dudar de su capacidad de cambiar y tener una autoeficacia disminuida.

Durante la precontemplación, los pacientes no están pensando en hacer un

cambio, son renuentes, no tienen planes de cambiar. Los métodos de la *creación de conciencia* pueden ayudar a que los pacientes sean más conscientes de las consecuencias negativas de sus comportamientos y de los cambios que podrían ayudarles. La enfermedad o deceso de un amigo con un problema médico igual o similar puede también elevar la conciencia.³

En la precontemplación, se sugiere la *creación de conciencia* al proveer información nutricional (verbal, escrita, sitios web) acerca de los beneficios de las elecciones alimentarias saludables, el riesgo del individuo de contraer una enfermedad crónica basándose en sus hábitos alimentarios y las ventajas del cambio. Es apropiada la *autorreevaluación* de pensamientos, sentimientos, valores, problemas, el yo y el entorno. El paciente necesita ponderar los pros y los contras del cambio, y que los primeros (“Veré crecer a mis nietos”) superen a los segundos (“Ya no puedo comer lo que quiera”). Los contras suelen superar a los pros en esta etapa.

La *creación de conciencia* continúa en la etapa de contemplación a medida que los pacientes perciben la naturaleza de sus problemas de salud y se reevalúan a sí mismos. La *autorreevaluación* de los valores del paciente y la *reevaluación del entorno* tomarán en cuenta los efectos de los comportamientos en sus seres queridos. Se requieren cambios en la forma en que la gente piensa y siente acerca de sus problemas de salud y su estilo de vida.³ En la etapa de contemplación se sugiere la *reevaluación cognitiva y afectiva*, además de la creación de conciencia.

La etapa de preparación muestra una disposición a cambiar y puede incluir aprender de pasados intentos de hacer modificaciones. La fijación de metas específicas, prioridades, y desarrollar un plan de acción con el compromiso de seguirlo pueden ser de utilidad. Dado que se han hecho pequeños cambios, los pacientes ya están involucrados en la autorregulación de sus comportamientos de salud.³ Están dando pequeños pasos, pueden usar el *control de estímulo* y el *control del reforzamiento*, y deben creer que pueden cambiar.

La *autoliberación*, la creencia de que se puede cambiar, el establecer un compromiso con el cambio y el uso de técnicas conductuales son importantes en la etapa de preparación. La *autoliberación* se basa en parte en la *autoeficacia*, o la creencia de que se puede tener éxito.³ Desde la perspectiva del paciente, los beneficios o pros de hacer cambios deben pesar más que los contras.

La etapa de acción requiere de *control de estímulo*, *contracondicionamiento* y *manejo del reforzamiento* para lidiar con condiciones que podrían llevar a una caída. En las etapas de acción y mantenimiento, resultan de utilidad las técnicas conductuales, como las que se presentan en el [capítulo 7](#), es decir, *control de estímulo*, *manejo del reforzamiento* y *autovigilancia*, así como la modificación de recetas, y aprender respuestas para lidiar con condiciones en donde la recaída es probable. También es útil desarrollar un sistema de apoyo social de seres queridos.³ Las habilidades para controlar la caída y la recaída se estudian en el [capítulo 8](#).

En resumen, el cambio de comportamiento efectivo del paciente depende de hacer lo correcto (procesos) en el momento correcto (etapas). Las mejores estrategias en una fase pueden no ser efectivas en otra. Después de identificar la salud de la persona, sus problemas alimentarios y su necesidad de cambio, integrar los niveles de las

etapas con el proceso de cambio provee al nutricionista de sugerencias para sus intervenciones.³ Ten en cuenta que el paciente puede estar en una etapa temprana para cierto tipo de cambio, como elevar la ingesta de frutas y vegetales, pero en otra etapa para un comportamiento diferente, como aumentar el ejercicio o reducir los tamaños de las porciones.



Es importante identificar la etapa del cambio del paciente.

El nutricionista debe colaborar, ser empático y apoyar, alentando al paciente a que se percate de su problema de salud. Para la etapa de acción, el nutricionista es más como un entrenador y asesor disponible que provee asesoramiento experto y apoyo.³

Equilibrio en la decisión

El equilibrio en la decisión es un proceso de ponderación de los pros o ventajas del cambio para el paciente frente a los contras o barreras. El nutricionista puede pedir al paciente que elabore una lista por escrito de los pros y los contras. Los pacientes que no están dispuestos a discutir las barreras deben ser alentados a hacerlo porque estas deben ser reconocidas y superadas. El equilibrio entre los pros y los contras varía con cada etapa; los contras suelen superar a los pros en las primeras fases. Para la etapa de contemplación, las ventajas deben comenzar a superar a los obstáculos. Véase la [tabla 5-3](#) para un ejemplo del costo-beneficio del cambio.

Ya sea que se esté lidiando con el control de peso, reducir la ingesta alimentaria de grasas o sodio, o aumentar el ejercicio, pueden surgir tentaciones y urgencias diarias por comer alimentos no saludables cuando se está emocionalmente alterado, en situaciones sociales con los demás, o con antojo por un alimento favorito.⁴ Una persona puede o no estar en condiciones de superar las situaciones de alto riesgo

cuando toma las decisiones sobre qué comer.

A través de las etapas, los cambios en los pros deben ocurrir con más frecuencia que en los contras. Los pros pueden cambiar con más facilidad porque los beneficios son más inmediatos, como sentirse mejor con uno mismo por perder peso. Algunas de las barreras pueden estar fuera del control del individuo, como el costo y la disponibilidad de los alimentos saludables, mientras que otras pueden deberse a creencias preexistentes muy arraigadas. Puede ser más fácil aumentar los pros del paciente al promover la conciencia de los beneficios del cambio, algunos de los cuales pueden no haber sido reconocidos por la persona.

Seguir comiendo como antes		Cambio en el comportamiento alimentario	
Pros	Contras	Pros	Contras
Agradable	Daña la salud	Mejor salud	El cambio es difícil
Cómodo	Mal ejemplo para la familia	Sentirse mejor	No se puede celebrar con los amigos
Fácil		Perder peso	Requiere de esfuerzo
Reduce la soledad			

Tabla 5-3 ■ Análisis del costo-beneficio para el cambio.

AUTOEVALUACIÓN

1



1. Piensa en un problema de salud o comportamiento alimentario que te gustaría cambiar.
2. Identifica tu etapa del cambio.
3. ¿Qué procesos o intervenciones se recomiendan para tu etapa del cambio?
4. Menciona los pros y los contras de hacer el cambio.
5. En una escala del 1 al 10, donde 10 es lo máximo, ¿cuán importante es el cambio para ti?

Autoeficacia

La autoeficacia es la creencia de que uno mismo puede superar las tentaciones en situaciones de alto riesgo sin rendirse o recaer en comportamientos previos.⁴ Según la teoría de Bandura, la autoeficacia se refiere a la confianza del paciente de adoptar nuevos comportamientos saludables. Dado que es probable que haya tentaciones, el

paciente debe esforzarse por evitar caídas y recaídas. Ejemplos de tentaciones son los sentimientos y estados de ánimo negativos, los días festivos, problemas emocionales, antojo de alimentos y asistir a eventos sociales donde se sirve comida. Una persona con alta autoeficacia se ceñirá a sus comportamientos saludables incluso si las condiciones no son ideales.

La autoeficacia afecta la motivación y los retos a los que se enfrenta el paciente. Puede recomendarse más de un cambio, como una alimentación baja en grasas y calorías; añadir más frutas y verduras; ejercitarse a diario; y dejar de fumar. Estos factores pueden ser influidos por la edad, el género, el estado económico, los ingresos económicos, el grupo cultural, el nivel educativo y otros factores. En el [capítulo 8](#) se examina la autoeficacia y la prevención de recaídas.

Al utilizar historias personales de cambio a comportamientos saludables por internet, un estudio seleccionó y usó las que tenían más efecto en las actitudes del paciente hacia bajar de peso. Los resultados indicaron un cambio en la autoeficacia y el equilibrio en la decisión para el descenso de peso antes y después de leer tales historias personales.⁸

La clave no es priorizar lo que está en tu programa, sino programar tus prioridades.

—Stephen Covey

Fijación de metas

Si la valoración de la etapa del cambio del paciente indica una disposición a cambiar, el nutricionista debe emplear el abordaje de fijación de metas.⁹ Es posible mejorar los nuevos comportamientos al fijar y comprometerse con metas específicas. Los asesores nutricionales pueden ayudar a los individuos a establecer metas y planes de acción. Dado que los pacientes son responsables de su propio cuidado, las intervenciones nutricionales deben basarse en aquello que el paciente está dispuesto a cambiar. Esto involucra a los pacientes en su propia atención médica y los obliga a tomar una parte activa en su autocuidado y tratamiento.

Por ejemplo, en la diabetes, manejar la enfermedad es un asunto diario. Las metas conductuales definidas por el paciente son efectivas para apoyar comportamientos de automanejo. Las metas y planes de acción de automanejo y autocuidado para el manejo de la diabetes y la prediabetes, por ejemplo, pueden causar mejoras en la alimentación, el ejercicio físico y la autoeficacia.¹⁰⁻¹²

Antes de explorar los problemas y fijar las metas, es aconsejable discutirlos con el paciente, mostrar aprobación y reforzar las elecciones alimentarias actuales que no requieren de cambios, esto es, lo que la persona ya está haciendo bien de acuerdo con la valoración nutricional. Una vez identificados los problemas, hay que hablar sobre posibles soluciones.³ Se deben discutir a continuación los alimentos que deben limitarse, o las prácticas de preparación que deban ser modificados, quizá comenzando con aquello que el paciente está dispuesto a considerar.

Las metas deben negociarse con base en la intervención nutricional y los resultados clínicos deseados. En el caso de la nutrición normal, las *Dietary Guidelines for Americans* (guías alimentarias para estadounidenses, DGA), que utilizan asesoramiento con base científica para promover la salud y disminuir el riesgo de enfermedad, son apropiadas. Las DGA proveen recomendaciones para la prevención de la enfermedad y para la gente que está en riesgo de enfermedad crónica, como se ilustra en el [recuadro 5-1](#).^{13,14} Una vez que se exploran las condiciones y circunstancias que rodean sus comportamientos alimentarios, los pacientes deben encontrar soluciones a sus problemas y fijar metas y planes de acción con la ayuda del nutricionista.

Por ley, en Estados Unidos, cada cinco años un comité asesor de reconocidos expertos en el campo de la nutrición y la salud revisa el conocimiento científico y médico que provee recomendaciones para actualizar las guías. Proporciona estrategias nutricionales y de actividad física basadas en la evidencia para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.¹⁴

El asesoramiento nutricional debe dirigirse no solo al conocimiento del paciente, sino también a sus sentimientos, actitudes, creencias y valores, que tienen influencias fuertes y poderosas en los comportamientos alimentarios. El conocimiento es una herramienta solo si y cuando una persona está dispuesta a cambiar y está motivada a hacerlo. El nutricionista puede plantear cualquiera de las siguientes preguntas:

Por ejemplo:

“¿Es el momento adecuado para hacer cambios?”.

- Siga un patrón alimentario saludable durante toda la vida.
- Enfóquese en la variedad, la densidad nutricional y la cantidad de todos los grupos de alimentos.
- Limite las calorías provenientes de azúcares y grasas saturadas, y reduzca la ingesta de sodio.
- Cambie a elecciones alimentarias y de bebidas más saludables dentro de todos los grupos de alimentos.
- Apoye patrones alimentarios saludables para todos: en casa, en la escuela y en el trabajo.
- Cumpla con las guías físicas proporcionadas para los estadounidenses.

Las recomendaciones clave para un patrón alimentario saludable incluyen:

- Una variedad de verduras: de hojas verdes, rojas y anaranjadas, legumbres (frijoles/chícharos/porotos), vegetales que contengan almidón y otros.
- Frutas: en especial frutas enteras.
- Granos: al menos la mitad de los cuales deben ser integrales.
- Lácteos desgrasados o bajos en grasas, incluyendo leche, yogur, queso y/o bebidas fortificadas de soya.
- Una variedad de proteínas, incluyendo mariscos, carnes magras y aves, huevos, legumbres (frijoles/chícharos/porotos) y frutos secos, semillas y productos de soya.
- Aceites.

Limitaciones

- Grasas saturadas y trans, azúcares añadidos y sodio.
- Consumir menos de 10% de calorías al día provenientes de grasas saturadas.
- Consumir menos de 2 300 mg/día de sodio.
- Si se consume alcohol, debe ser con moderación: hasta una bebida al día para las mujeres y hasta dos bebidas al día para los hombres, y solo si son mayores de edad.

Recuadro 5-1 ■ DGA 2015 a 2020: Guías.

“¿Cuál fue su meta al venir hoy?”.

“¿Cuál de estas opciones o cambios cree que podría intentar?”.

“¿Cuál sería la más fácil?”. “¿La más difícil?”.

“¿Qué alimentos podría sustituir?”.

“¿En qué forma mejorarían o empeorarían las cosas después de hacer el cambio?”.

“¿Cómo se siente con respecto a hacer este cambio?”.

“¿Piensa que puede lograrlo?”.

El paciente pondera los pros y los contras de las opciones.

Las metas que elegimos determinan cómo viviremos. Los pacientes (no el nutricionista) en las etapas del cambio de preparación, acción y mantenimiento deben elegir una o dos prioridades o metas para cambiar para la siguiente semana poco más o menos. Por ejemplo, un grupo de intervención de obesidad recibió información de salud y apoyo para fijación de metas a través de las reuniones y boletines. Los resultados mostraron que los participantes avanzaron de la contemplación a la acción/mantenimiento para las metas de mejorar la alimentación y la actividad física.¹⁵

Quienes son entusiastas o poco realistas acerca de realizar cambios totales en forma inmediata, como perder 10 kilos en un mes, se encaminan a la frustración y a un posible fracaso, que pueden conducir al abandono completo de los cambios alimentarios.¹⁶ El nutricionista debe estar prevenido contra esto y utilizar otras estrategias. Son preferibles las modificaciones lentas y estables que persisten con el tiempo. En vez de concentrarse en metas a largo plazo, el foco debe estar en lograr metas conductuales a corto plazo para cumplir con los objetivos de ingesta diaria y de ejercicio.¹⁷

La sesión con un paciente que necesita un régimen limitado en sodio, por ejemplo, puede descubrir los siguientes obstáculos:

1. Usa la sal al cocinar y en la mesa.
2. Sus colaciones incluyen galletas saladas y papas fritas.
3. Usa algunas especias y saborizantes ricos en sodio.
4. Le gustan el tocino, el jamón y el salami.
5. Almuerza en un restaurante.
6. Es el único de su familia con un régimen limitado en sodio.
7. Su esposa compra los alimentos y no lee las etiquetas.

Pueden usarse cuatro pasos para establecer las metas con los pacientes: (1) identificación de la meta, (2) importancia y aceptación de la meta, (3) análisis de la meta y superación de los obstáculos y (4) implementación de la meta.

Paso 1: identificación de la meta

El primer paso en la fijación de metas es identificar lo que el paciente considera apropiado y viable. Las metas personales pueden impulsar a los pacientes a nuevos logros y cambios, porque les dan algo por qué luchar, así como un estándar contra el cual evaluar su progreso. Dado que los pacientes se comprometen más con los cambios que ellos eligen, el nutricionista puede preguntar sobre uno o más posibles cambios que la persona quiere intentar primero: “Dígame uno o dos cambios que piensa que puede intentar en esta semana”. Cuando la gente tiene un papel significativo en la fijación de metas, se considera a sí misma responsable del progreso. Si las metas son impuestas por el nutricionista, la gente puede no aceptarlas o sentirse personalmente responsable de cumplirlas.



¿Cuáles son algunas posibles metas a corto plazo que el Sr. Howard podría considerar contigo?

Las metas deben cumplir cada uno de los elementos del Sistema SMART (acrónimo de *Specific* [específico], *Measurable* [medible], *Attainable* [obtenible], *Realistic* [realista] y *Time Specific* [específico de tiempo]).¹⁸ Las metas elegidas por el paciente deben formularse positivamente como comportamientos concretos. Una meta debe especificar lo que la persona hará o está tratando de lograr. Los siguientes son ejemplos de metas específicas:

EJEMPLO “Comeré fruta en vez de postres horneados 5 días esta semana”. “Perderé de medio a 1 kg cada semana por las próximas 4 semanas”. “Caminaré durante 20 minutos el lunes, miércoles y viernes esta semana”.

Las metas específicas, claras y obtenibles producen niveles más altos de desempeño que las intenciones generales de hacerlo lo mejor posible, lo cual puede tener poco o ningún efecto. Un ejemplo de lo anterior es una afirmación como: “Buscaré alimentos bajos en sodio la próxima vez que vaya a la tienda”. Cuando las metas son demasiado altas y poco realistas, el desempeño puede ser desilusionante. Por ejemplo, si el paciente elige los problemas 1 y 2 de la primera lista de alimentos con sodio, estos pueden reformularse como metas obtenibles para cambiar:

EJEMPLO “A partir de hoy, usaré aderezos bajos en sodio al cocinar y pimienta en la mesa”. “Comeré frutas y galletas bajas en sodio para mis colaciones 4 días de esta semana”.

Observa que la afirmación positiva de usar aderezos bajos en sodio es preferible a la meta negativa de evitar la sal. Es más fácil hacer algo positivo que evitar hacer algo. El plan para alcanzar cada meta puede explorarse mediante la pregunta: “¿Cómo lo hará?”.¹⁹

Fijar metas específicas puede ser motivante y dar resultados positivos. Por ejemplo: “Caminaré 30 minutos diarios”. Las metas medibles deben escribirse dentro de un marco de tiempo, frecuencia y cumplimiento, como un recordatorio constante del plan para realizarlas.¹⁹ Se debe llevar un registro diario o semanal de lo que se ha hecho para cumplir las metas.

Para ser realistas y razonables, las metas deben basarse en el comportamiento presente y pasado de la persona. El primer reto debe ser solo un pequeño paso, no una modificación mayor del comportamiento actual, y debe corresponder a las

habilidades percibidas del paciente para cumplirla. El nutricionista debe guiar a la gente hacia las metas que esta piensa que puede cumplir en forma realista. Una breve discusión sobre “por qué” la persona decidió una meta puede añadir motivación: “Dígame las razones por las cuales está interesada en perder 5 kg”.

Debe hacerse una distinción entre las metas a corto plazo y las metas distantes o finales. Las metas a corto plazo que son desafiantes, pero es posible obtenerlas con esfuerzo, suelen ser más motivantes y autosatisfactorias. Puede aumentarse la automotivación logrando metas a corto plazo de modo progresivo, porque una meta exigente de perder 10 kg es difícil de realizar. Por ejemplo, la gente debe comprometerse con la meta de perseguir los cambios alimentarios o metas hoy, en vez de una meta a largo plazo de no volver a comer alimentos altos en grasas. Cuando el futuro distante es el objetivo, como perder 10 kg, es fácil posponer la meta y decidir comenzar otro día. La persistencia que conduce al dominio eventual de una actividad se asegura a través de una progresión de metas a corto plazo, cada una con una alta probabilidad de éxito.

Paso 2: importancia y aceptación de la meta

Después de identificar una o dos metas, el nutricionista valora la importancia de la meta al preguntar, por ejemplo: “En una escala del 1 al 10, con 10 como el punto máximo, ¿qué tan importante es esa meta para usted?”. Si la respuesta es “5”, debe encontrarse una meta diferente. Es poco probable que las metas que no son percibidas como importantes por el paciente lleguen a alcanzarse.

ANÁLISIS DEL CASO 5



¿Cómo le pedirías al Sr. Howard que valorara la importancia de la elección de metas?

La fuerza de las prioridades y el compromiso de una persona con sus metas se ven afectados por diversos factores.¹⁹ Con respecto a esto, el nutricionista puede preguntar:

“¿Cómo lo hará?”.

“¿Por qué es importante para usted?”.

“¿Cuáles son los beneficios de alcanzar la meta?”.

“¿Hay alguien más con quien pueda compartir sus planes?”.

Paso 3: análisis de la meta y superación de obstáculos

Es importante discutir en qué forma los entornos físico, cultural, social y cognitivo afectarán las metas. El nutricionista puede preguntar: “¿Qué problemas ve para lograr esta meta?”, “¿qué puede interferir?”, “¿cómo se siente con respecto a este cambio?”.

Es aconsejable decir al paciente que es posible que haya algunos problemas, porque pueden surgir obstáculos que no fueron considerados durante la consulta. Cuando el paciente está consciente de la posibilidad de problemas, puede evitar abandonar los cambios alimentarios a la primera caída u obstáculo. Después de todo, los jugadores de básquetbol no encestan cada vez que lanzan la pelota. Pero siguen intentándolo.

ANÁLISIS DEL CASO 6



¿Cómo explorarías los obstáculos que el Sr. Howard ve para alcanzar sus metas?

Paso 4: implementación de la meta

En el paso final del proceso de intervención, los pacientes pueden discutir qué medidas específicas planean tomar para alcanzar sus metas.^{18,19} Por ejemplo, la meta de usar aderezos bajos en sodio puede requerir de identificarlos y comprarlos, adquirir nuevas recetas para usarlos y modificar recetas favoritas para reemplazar la sal.

ANÁLISIS DEL CASO 7



¿Cuáles son algunas medidas posibles que el Sr. Howard puede tomar para alcanzar sus metas? ¿Qué puntos clave de discusión puedes identificar?

Al elegir el nivel de desempeño, la gente crea sus propios incentivos para persistir en sus esfuerzos hasta que logra los estándares de las metas. Los pacientes comparan de forma continua sus resultados con las metas para poder saber si están teniendo éxito. Los estándares personales con los cuales se comparan los logros del desempeño afectan qué tanta autosatisfacción o eficacia personal deriva el paciente de la meta. Se provee retroalimentación sobre el progreso mediante una comparación mental con la meta y una autoevaluación. La participación activa del paciente al seleccionar y fijar sus metas de alimentación y ejercicio físico arroja resultados exitosos.²⁰ El nutricionista también debe proveer retroalimentación positiva, sin importar cuán pequeño sea el cambio.



Se desarrollan las metas para el cambio.

El alcanzar metas a corto plazo genera motivación, competencias, interés y autopercepciones de eficacia. Los efectos motivacionales no se derivan de las metas en sí mismas, sino del hecho de lograrlas. Cuando los individuos se comprometen con sus metas, las discrepancias negativas entre lo que están haciendo y lo que buscan lograr crean autoinsatisfacciones que pueden servir como incentivos para motivar un mayor y mejor esfuerzo.

Sin estándares de referencia con los cuales medir el desempeño, la gente tiene pocas bases para valorar qué tan bien lo está haciendo y para juzgar sus propias capacidades. Los logros a corto plazo aumentan la autoeficacia, y la autosatisfacción sustenta los esfuerzos. Los logros pueden ser reforzados de manera verbal o recompensados con algo que el paciente desea.^{18,19} Los logros que no llegan a cumplir las metas reducen la percepción de autoeficacia y la forma en que uno se siente sobre sí mismo.

ANÁLISIS DEL CASO 8



¿Qué tipo de seguimiento recomendarías para el Sr. Howard?

Intervención nutricional

La intervención nutricional se determina con base en la valoración y el diagnóstico nutricionales, y las metas del paciente. Las metas sugieren la información, el conocimiento y las habilidades que el paciente necesita para hacer cambios

alimentarios. El nutricionista decide qué información proporcionar, cuánta información puede absorberse en cada sesión, a qué nivel educativo o de alfabetismo, y qué folletos o medios usar como complementos. La cantidad de información a proveer y el mejor método para hacerlo deben ser individualizados y corresponder a la etapa del cambio del paciente y las influencias culturales.

Por ejemplo, la intervención puede incluir educación nutricional acerca de los siguientes temas y actividades: leer las etiquetas de los alimentos; adaptar las recetas; planear el menú; comidas en restaurante o para llevar; principios de alimentación saludable; salubridad de los alimentos; nutrientes de los alimentos seleccionados; complementos nutricionales; desinformación nutricional; conteo de grasas, carbohidratos, sodio o calorías; interacciones nutriente-fármacos; manejo del apetito; y la relación de la nutrición con el problema de salud. Además, los pacientes deben saber acerca del ejercicio, la autovigilancia y el automanejo. Pueden requerirse intervenciones para resolver problemas de planeación o preparación de las comidas y compra de alimentos. Las intervenciones culturalmente sensibles son importantes para satisfacer las necesidades, deseos y estilos de vida de pacientes de diversas etnias.

Para el final de la sesión de asesoramiento, el paciente debe saber no solo qué hacer y cómo hacerlo, sino también estar comprometido a realizarlo. Se debe pedir a los pacientes que resuman su plan para verificar su comprensión y compromiso. Para tener éxito, el paciente debe percibir y aceptar la necesidad de cambiar. Debe explorarse la motivación para el cambio, así como los peligros de salud de continuar con los patrones alimentarios actuales. El solo proveer información acerca de un plan de alimentación suele no ser suficiente para interesar o permitir a la gente mejorar sus prácticas alimentarias.

El nutricionista obtiene y documenta el compromiso del paciente con comportamientos específicos de acción en tiempos específicos. Con frecuencia, los nutricionistas piden a los pacientes que lleven registros de autovigilancia de sus ingestas de alimentos, ejercicio y entornos, que pueden ser presentados por anticipado o traídos a la siguiente consulta como una forma de enterarse acerca de factores que afectan los comportamientos alimentarios y como una demostración del compromiso con el cambio.

La autovigilancia es un proceso en el que la persona observa y registra información acerca de su ingesta alimentaria, actividad física y peso corporal. A menudo va paralelo a la fijación de metas y es útil para el manejo del peso.²¹ Los registros personales, observaciones y análisis del paciente de su entorno contribuyen a su conciencia y comprensión personales. Existe cierta evidencia de que las mujeres adultas con sobrepeso que se autovigilaron con respecto a su alimentación, peso o ambos en un programa que incorporó la fijación de metas, se asoció con mejores resultados de descenso de peso.²¹ La autovigilancia de la ingesta alimentaria mejoró los resultados nutricionales relativos a la pérdida de peso.²⁰

Vigilancia y evaluación nutricionales

La vigilancia y evaluación nutricionales comprenden el cuarto paso del proceso de cuidado nutricional (PCN).²² La vigilancia es el paso de seguimiento y la evaluación es el paso de comparación, ya sea que se compare con una consulta previa del paciente, con un estándar o con una meta. El propósito de vigilancia y la evaluación es valorar el progreso y modificar las recomendaciones según se necesite para promover el progreso hacia las metas. La determinación de lo que debe ser la intervención y los mecanismos de evaluación son individualizados.

Un resultado es el producto medido del proceso de asesoramiento. Los datos de resultados identifican los beneficios de la terapia nutricional médica en el cuidado del paciente. Al usar estos sistemas de control de calidad, los nutricionistas pueden querer evaluar varias cosas: (1) el éxito del paciente al seguir las metas propuestas y al implementar nuevos comportamientos alimentarios; (2) el grado de éxito de la intervención nutricional, incluyendo sus fortalezas y debilidades; y (3) sus propias habilidades personales como asesores.

El nutricionista debe llevar registros de los problemas y metas del paciente, los factores que los influyen y la intervención para la futura medición del cambio del paciente. Algunos ejemplos de resultados son cambios en el peso, el control glucémico, la presión arterial, los lípidos y otros valores de laboratorio; la aceptación y el progreso del paciente en el autocuidado y el automanejo; mejoras en el conocimiento y cambios alimentarios; y cambios en el estilo de vida. Todo esto indica el impacto de la intervención, y puede usarse para evaluar la efectividad del tratamiento. El nutricionista y el paciente deben participar en la evaluación.

Algunas medidas de éxito son obvias, como una persona con sobrepeso que ahora come en forma diferente. Otras mediciones de resultados pueden indicar la calidad del cuidado. Algunas herramientas o fuentes de datos para la vigilancia y la evaluación son los cuestionarios, las entrevistas, las valoraciones antropométricas, las pruebas médicas y bioquímicas, y los registros nutricionales. Por ejemplo, pueden vigilarse la presión arterial y los niveles de lípidos en pacientes cardiovasculares, aunque son más difíciles de evaluar debido a que pueden depender de factores más allá de la adherencia al plan de alimentación. A pesar del compromiso del paciente para hacer cambios alimentarios, los resultados pueden no reflejar su adherencia. El equipo de cuidado de la salud puede usar estos resultados y trabajar juntos para ajustar el tratamiento y alcanzar o mantener las metas del tratamiento.

Es esencial brindar un seguimiento para reevaluación, futuras intervenciones, asesoramiento y apoyo hasta que el paciente sea autosuficiente. La conversación en consultas subsecuentes debe enfocarse primero en lo que fue bien, esto es, en las experiencias exitosas y el logro de metas a corto plazo, sin importar cuán pequeñas sean. Ese enfoque positivo ayuda al paciente a sentir que tiene cierto control sobre su forma de comer, su salud y su vida, y genera una sensación de dominio personal y habilidad para manejar las situaciones.

Los registros de autovigilancia del paciente deben ser examinados en forma conjunta y discutidos, y las dificultades deben identificarse y resolverse. Ignorar los registros le indica al paciente que no son importantes. Si hay progreso, deben establecerse de forma conjunta las metas a corto plazo para el cambio para la etapa del cambio apropiada. El apoyo y el refuerzo para fortalecer los hábitos deseables, así

como los cambios graduales y planeados, deben continuar cuanto sea necesario hasta que el paciente tenga un automanejo exitoso.

El entusiasmo por el cambio puede disminuir durante la primera semana, e incluso más durante la segunda, a medida que se presentan los obstáculos. Por lo tanto, deben programarse frecuentes visitas de seguimiento si esto es posible. Los nutricionistas que están en el área de cuidado agudo y que no tienen oportunidad de hacer seguimiento, pueden tener que derivar a los pacientes a nutricionistas que estén en áreas ambulatorias o en la práctica privada, porque una sola sesión con un paciente es insuficiente para promover un cambio a largo plazo en las prácticas de salud.

Documentación

En Estados Unidos, la Joint Commission establece los estándares que se requieren para abordar problemas de calidad del cuidado en el entorno de la atención a la salud. La documentación es esencial para un cuidado de calidad al paciente y para el cobro de honorarios, y los nutricionistas en Estados Unidos deben cumplir con las disposiciones de tales estándares. El equipo médico u otra fuente de referencia debe recibir un resumen de las intervenciones con el paciente en la historia clínica que usa el proceso de cuidado nutricional.²² La documentación es continua y apoya todos los pasos del proceso de cuidado nutricional. Deben documentarse las instrucciones de alta y entregarse a la organización o al individuo responsable del cuidado continuo de la persona.

A medida que el paciente regresa a las citas de seguimiento, deben anotarse los resultados de salud y las metas logradas. Pueden valorarse los cambios en el peso, ingesta de alimentos, problemas de tolerancia, resultados de nuevos estudios de laboratorio, medicaciones y capacidad en el automanejo. Debe registrarse una revaloración de seguimiento con nuevas metas e intervenciones.

Comunicación electrónica

Las formas tradicionales de asesoramiento nutricional están cambiando. Con los avances tecnológicos, los nutricionistas pueden comunicarse con sus pacientes en más formas, como el internet, correo electrónico o teléfono. Algunos tienen sus propios sitios web. Los pacientes tienen acceso a computadoras, correo electrónico, y pueden haber buscado en internet información sobre salud y nutrición.

Algunos nutricionistas están asesorando por teléfono, correo electrónico o “en línea”. Una evaluación reciente de la vigilancia de la ingesta alimentaria del paciente que valoró el uso de la computadora, celular y/o papel reportó que los registros en línea vía computadora o celular fueron tan precisos como los registros en papel.²³ En Estados Unidos se evaluó un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (*food frequency questionnaire*, FFQ) y se reportó que fue tan eficiente como los que

se hacen en papel.²⁴ Se puede pedir a los pacientes que envíen sus registros alimentarios antes de la consulta o que los traigan consigo.

En Estados Unidos, los nutricionistas privados deben mantener políticas y procedimientos escritos para dar información de salud privada (ISP). La Health Insurance Portability and Accountability Act (ley de portabilidad y confiabilidad del seguro médico, HIPAA) requiere el cumplimiento de ciertos estándares y regulaciones para salvaguardar la ISP de los pacientes.²⁵ Esto incluye la información de cuidado de salud que pueda identificar a la persona en conversaciones verbales, en papel o en forma electrónica.²⁶

Al ofrecer un cuidado de salud remoto, se ha usado la videoconferencia para dar servicio en Estados Unidos y Australia. Cuando la información es transmitida de manera electrónica, los requerimientos de la HIPAA para la protección de la información del paciente siguen siendo necesarios. Dicha ley requiere mantener la protección de la seguridad y la confidencialidad de la ISP, incluyendo la información personal transmitida de modo electrónico.²⁷

Los estándares de la Privacy of Identifiable Health Information (privacidad de la información de salud identificable) garantizan la privacidad y la confidencialidad de los registros médicos y la información del paciente.²⁵ En la práctica privada, se considera que el nutricionista es una entidad encubierta (EE) que puede tener acceso y transmitir ISP, por lo que debe seguir las regulaciones de la HIPAA. Los asociados de negocios de las EE que pueden tener acceso o transmitir ISP también deben obedecer la HIPAA y necesitan un convenio de asociado de negocios (*business associate agreement*, BAA) o contrato para manejar la información de salud del paciente en forma segura.²⁵

En Estados Unidos, el nutricionista privado debe contar con una Notificación de Prácticas Privadas (*notice of privacy practices*, NPP) y es responsable de darle una a los clientes.²⁶ Los recursos “en línea” para documentos y explicaciones se encuentran en los sitios web del Department of Health and Human Services, HHS y en la American Medical Association.^{26,28} La computadora que contenga ISP debe tener una contraseña encriptada o protegida para asegurar la información de salud. Esto permite enviar a los pacientes información de salud en una forma segura. Dada la complejidad de las regulaciones gubernamentales y los cambios en las reglas y en la información, los afectados deben examinar otros recursos.^{26,28,29}

La información del paciente debe estar protegida. Debe haber políticas que restrinjan el uso y revelación de información sin autorización. Se necesita el consentimiento informado del paciente y su anuencia para el uso y revelación de ISP en el tratamiento por vía electrónica o telefónica y para fines de pago.²⁸ Las formas deben estar firmadas por el cliente y documentadas con una copia para él. Las políticas electrónicas deben proteger tanto al paciente como al nutricionista. Los nutricionistas deben conservar un registro electrónico a largo plazo o copias en papel de las comunicaciones electrónicas con los clientes en una forma que preserve la confidencialidad.

Es importante saber si tus mensajes de correo electrónico entrantes o salientes

están encriptados. Si no lo están, los correos electrónicos no son seguros ni están protegidos al viajar a través de internet. Algunos configuran una respuesta automática para acusar el recibo de los correos electrónicos, con un texto que lleva el nombre del nutricionista, la información de contacto y recordatorios de seguridad. Otros usan el correo electrónico para seguimiento, porque las copias escritas de las comunicaciones electrónicas con los pacientes pueden estar sujetas a una menor distorsión o mal entendimiento que el seguimiento telefónico verbal. Deben conservarse copias electrónicas o en papel de las comunicaciones electrónicas con los pacientes en un dispositivo de almacenamiento seguro, protegido y de largo plazo.²⁸



CAPÍTULO

Resumen

Todos los nutricionistas deben tener conocimiento acerca de las teorías, modelos, conceptos, procesos y técnicas de asesoramiento. Se requiere un enfoque amplio de asesoramiento que considere el estilo de vida, los entornos, la cultura y los factores psicológicos y sociales. El constructo etapa del cambio del modelo transteórico identifica la disposición y motivación de los pacientes para cambiar sus comportamientos de salud, mientras que los procesos de cambio identifican varias opciones de intervenciones que son apropiadas a las distintas etapa del cambio. Los nutricionistas ayudan a los pacientes a formular una o más metas conductuales realistas como incentivo para medir el desempeño. En los próximos capítulos se exploran otros enfoques para el asesoramiento.

Revisión y preguntas

1. Explica los seis pasos de la etapa del cambio.
2. Compara los procesos de cambio en la etapa de precontemplación con los de acción en la etapa del cambio.
3. Explica el equilibrio en la decisión y cómo puede utilizarse con los pacientes.
4. Explica los pasos del proceso de fijación de metas.

Actividades sugeridas

1. Durante la próxima semana, observa la consulta de asesoramiento de un nutricionista. Después, discute los enfoques y teorías del asesoramiento nutricional.
2. Entrevista a alguien que quiera modificar sus comportamientos alimentarios. Identifica la etapa del cambio de la persona. Determina qué procesos de cambio son apropiados para la etapa del cambio identificada, e impleméntalos.
3. Forma equipos de tres integrantes que consistan en un nutricionista, un paciente y un observador. Cada persona debe tomar turnos en cada uno de los roles por 7 minutos. El paciente debe representar el papel de una persona con hipertensión u obesidad, y el nutricionista debe usar la paráfrasis y la empatía junto con preguntas abiertas y cerradas para determinar la etapa del cambio de la persona, y facilitar la revelación de información y la solución de problemas. Después de cada ronda, el observador compartirá sus reacciones al enfoque del nutricionista y alentará la retroalimentación del paciente al nutricionista. Desde el punto de vista del paciente, ¿qué hizo el nutricionista que ayudó a la interacción, qué hizo para entorpecerla?
4. En parejas, tomen turnos para discutir un problema de estilo de vida y reformúlenlo como una meta para el cambio.
 - A. Piensen en un problema de estilo de vida que el paciente desearía cambiar, como comer demasiado; consumir los alimentos equivocados; necesidad de consumir más frutas y vegetales, más fibra o menos grasa; ejercitarse muy poco; necesidad de usar mejor su presupuesto; beber demasiado; fumar demasiado; o problemas similares.
 - B. Ayuda a la persona a discutir el problema y las condiciones y circunstancias que lo rodean. Después, el paciente debe reformular el problema como una meta positiva de cambio, esto es, “Haré...”.
 - C. Valora la importancia de la meta en una escala del 1 al 10, con el 10 representando la importancia más alta. Revisa la meta si es necesario.
 - D. Pregunta y discute los obstáculos y barreras para lograr la meta, y trata de que la persona los resuelva.
 - E. Haz que la persona mencione los pasos hacia el logro de su meta. ¿Qué hará y cuándo?
5. Visita uno o más sitios web para determinar lo que los pacientes pueden encontrar, y cómo esto puede ayudar o no a cambiar sus elecciones alimentarias. Comparte tus resultados con la clase.
6. En parejas, discutan las siguientes afirmaciones del paciente para determinar en qué etapa del cambio está:
 - A. “He realizado algunos cambios en mis elecciones alimentarias

durante los pasados 6 meses”.

- B. “Trataré de cambiar los alimentos que consumo en algunas semanas”.
- C. “Pretendo hacer algunos cambios en los próximos 6 meses”.
- D. “Ya no consumo alimentos ricos en grasas”.
- E. “Tal vez haga algunos cambios”.
- F. “Creo que mis elecciones alimentarias están bien”.

Asesoramiento y consejería centrados en la persona



Objetivos

- Enumerar las seis condiciones de Rogers en una relación con un paciente.
- Mencionar y explicar los principios de la entrevista motivacional.
- Explicar los métodos de comunicación usados en la entrevista motivacional.
- Explicar cómo se utiliza la escucha reflectiva.
- Explicar la teoría de creencias en salud.
- Describir las guías para el asesoramiento directivo



Robin es una mujer de 55 años referida para un asesoramiento y consejería nutricional para bajar de peso. Tiene una historia familiar de diabetes y fue diagnosticada en forma reciente con diabetes tipo 2. Es casada y con dos hijos grandes, uno de los cuales trabaja, pero sigue viviendo en casa. Su esposo se dedica a las ventas de tiempo completo.

Robin trabaja medio tiempo en una tienda minorista. Mide 1.63 m (5 pies 4 pulgadas) y pesa 84 kg. Su médico le sugirió que perdiera algo de peso para mejorar sus niveles de glucosa en sangre. Reporta que ha perdido peso antes, pero volvió a ganarlo. Se muestra ambivalente con respecto a cambiar sus hábitos alimentarios o las preferencias alimentarias de su familia.

Asesoramiento: el arte de proporcionar escucha, consejo, guía o dirección con respecto a una acción o decisión que ayude a una persona a cambiar.

Introducción

Uno de los papeles clave de los profesionistas en nutrición es promover la óptima salud de las personas. El nutricionista traslada la ciencia de la nutrición a ingesta de alimentos y nutrimentos saludables para los individuos o grupos. Para lograr una ingesta de alimentos apropiada, a menudo se deben cambiar comportamientos de salud y estilos de vida.

Son muchos los factores que influyen en los comportamientos de salud que adoptamos, ya sea benéficos o dañinos para nuestra salud, como no hacer ejercicio o consumir alimentos saludables. Algunos de estos factores incluyen el estado socioeconómico, entorno, cultura, habilidades, actitudes, valores, creencias y religión. El asesoramiento y consejería nutricional también se enfoca en ayudar a los pacientes a lograr cambios, y también interviene en los aspectos gerenciales de la nutrición, en la forma de asesorar al personal para su desarrollo o recuperación.

En este capítulo se consideran los abordajes, teorías y modelos de asesoramiento para implementar un plan de cuidado e intervención nutricionales. Las estrategias seleccionadas deben basarse en el mejor conocimiento y evidencia actuales y disponibles. Si la intervención, sea educativa o de asesoramiento, no produce un cambio en el conocimiento, habilidades, comportamiento o resultados de salud, su continuación debe ser cuestionada.

Uso de teorías y modelos

La teoría es la base de la práctica profesional al proveer constructos, conceptos, proposiciones y definiciones interrelacionadas, con el fin de comprender, explicar y predecir las relaciones y los comportamientos de salud.^{1,2} Se elige una teoría y una intervención para usarlas en el logro de un cambio de comportamiento.

Después de identificar los problemas de salud y los comportamientos actuales de

una persona, la experiencia profesional es una guía para implementar una intervención basada en la teoría. Dado que no hay una teoría específica para cada situación, no es inusual combinar constructos de diferentes modelos y teorías.¹ Si la teoría o modelo ayudan a explicar un comportamiento, se puede sugerir formas de diseñar las intervenciones que logren un cambio y mejoren la salud de la persona.

El asesoramiento nutricional es una relación de colaboración entre el nutricionista y el paciente para establecer prioridades, fijar metas y crear planes de acción individualizados que reconozcan y fomenten la responsabilidad del autocuidado y el automanejo. Las estrategias de asesoramiento están diseñadas para lograr un cambio de comportamiento hacia una meta en particular del paciente.

El asesoramiento ayuda a las personas a aprender acerca de sí mismas y sus entornos. Los nutricionistas auxilian a los individuos en la toma de decisiones, resolviendo dudas interpersonales y ayudándolos a aprender nuevas habilidades y formas de afrontar las situaciones de la vida. El asesoramiento es una ciencia y un arte. Las habilidades del nutricionista permiten personalizar el asesoramiento para el paciente individual.

En este capítulo se contempla el proceso de asesoramiento como uno que involucra el desarrollo de una relación de confianza y colaboración entre el nutricionista y el paciente, e incluye la evaluación de los problemas del paciente y el uso de varias técnicas de resolución de problemas. Los abordajes del asesoramiento pueden clasificarse como directivos y no directivos. Los no directivos, o “centrados en el paciente” pueden aplicarse al asesoramiento nutricional de los pacientes. Incluyen la escucha reflectiva y ayudar a la persona a determinar cómo proceder. El asesoramiento directivo se aplica más a menudo al personal, con respecto a problemas laborales.

El asesoramiento es un proceso individualizado que implica sugerir opciones constructivas basadas en lo que es importante y manejable para el paciente. En este capítulo se describen varias teorías, modelos y abordajes, incluyendo el asesoramiento directivo y no directivo, la entrevista motivacional y el modelo de creencias en salud. En los [capítulos 7, 8 y 9](#) se ampliará el estudio del asesoramiento para incluir otras teorías y modelos para lograr un cambio de comportamiento.

Asesoramiento no directivo

El abordaje no directivo del asesoramiento suele denominarse “centrado en el paciente”, “centrado en la persona” o “asesoramiento rogeriano”, y su mejor representante son los escritos de su creador, Carl Ransom Rogers, quien usó el término “no directivo” debido a que es el paciente quien dirige el flujo de la conversación. La teoría es una de las más detalladas y consistentes.

Un supuesto básico de la perspectiva rogeriana centrada en el paciente es que las personas son racionales y realistas. Los individuos poseen una tendencia inherente a desarrollar su potencial de crecimiento y autorrealización si sus necesidades de ser considerados por los demás en forma positiva y de un autoconcepto o autoestima

positivos están satisfechas.

Una de las más importantes características de la teoría rogeriana es la relación terapéutica entre el nutricionista y el cliente o paciente. El supuesto subyacente es que no se puede ayudar al paciente simplemente escuchando el conocimiento que el nutricionista posee o su explicación de la conducta del paciente.³⁻⁵ Prescribir “curas” y comportamientos correctivos se ve como de poco valor. La relación más útil para los pacientes es la que les permite descubrir, dentro de sí mismos, la capacidad de usar la relación para cambiar y crecer. Una de las frases utilizadas para describir la terapia de Rogers es que es de apoyo, pero no de reconstrucción.

El enfoque de Rogers sugiere seis condiciones necesarias en la relación con el paciente.³⁻⁵

- . *Relación.* El nutricionista y el paciente tienen una relación en la que cada uno hace una diferencia para el otro. El nutricionista necesita *aceptar* y respetar a los pacientes como los individuos que son, con sus puntos buenos y malos, sus conflictos e inconsistencias, sin juzgarles o desaprobarles. Solo después que los pacientes se convencen de ser aceptados en forma positiva e incondicional, pueden comenzar a confiar en el nutricionista.
- . *Vulnerabilidad.* El paciente es vulnerable a la ansiedad en la relación, pero está motivado a continuar con la relación de asesoramiento.
- . *Autenticidad.* En la relación de asesoramiento, el nutricionista está dispuesto a expresar sus sentimientos. Los nutricionistas excepcionales se caracterizan por la *congruencia o autenticidad* dentro de la relación. Son honestos, integrados y consistentes, sin contradicciones entre lo que son y lo que dicen. Estos nutricionistas son capaces de expresar, en forma abierta ante los pacientes, lo que están sintiendo. Sus comportamientos verbales y no verbales son consistentes.
- . *Opinión positiva incondicional.* El nutricionista experimenta una opinión positiva incondicional sobre el paciente. Se preocupa por él y esto lo percibe el paciente. El autoconcepto positivo del paciente se refuerza.
- . *Empatía precisa.* El nutricionista experimenta el mundo del paciente a través de la empatía y comunica al paciente este entendimiento. El nutricionista debe experimentar un *entendimiento empático* preciso del mundo del paciente visto desde adentro, percibiéndolo como si fuera suyo. Este entendimiento permite a los pacientes explorar en forma libre y profunda, y desarrollar una mejor comprensión de sí mismos. No sirve que el nutricionista acepte, sea genuino y comprensivo, si el paciente no lo percibe o lo experimenta. La aceptación, la autenticidad y la comprensión deben ser *comunicadas* al paciente de manera verbal y no verbal.
- . *Percepción de autenticidad.* El paciente percibe la aceptación y comprensión del nutricionista, quien debe ser visto como genuino para que el paciente confíe en su empatía y su cuidado. Este tipo de relación puede facilitar un cambio positivo.⁵

El proceso de cambio en la terapia centrada en el paciente se conceptualiza como “una combinación de conciencia que emerge y una experiencia emocional correctiva que ocurre dentro del contexto de una relación empática y formal”.⁵ El nutricionista

escucha en forma activa y refleja con precisión los pensamientos y sentimientos del paciente. Esto dirige la atención del paciente a estar plenamente consciente de sus experiencias.

El nutricionista refleja lo que el paciente dice como si fuera un espejo, devolviéndolo en cierta forma para aumentar la conciencia. Por ejemplo, si el paciente dice: “Mi vida es demasiado ocupada como para hacer cambios alimentarios”, el nutricionista refleja esto al decir: “Así que tiene muchos compromisos en este momento”. No debe repetir cada frase para que no se cree un efecto perico. La escucha reflectiva, el reflejo y la paráfrasis son de más utilidad. Es importante entender a la persona y a su mundo, y determinar qué es importante para ella.

Si el nutricionista tiene estas características y actitudes, y es capaz de comunicárselas al paciente, entonces se crea una relación que la persona percibe como segura, de apoyo y libre de amenazas. El nutricionista es percibido como confiable y consistente.

Este resultado requiere ser un buen escucha, tener intuición, proveer retroalimentación de datos y sentimientos, e inspiración.⁶ Es el tipo de relación que soporta al cambio conductual, ya sea que se trabaje con pacientes o personal.

En un abordaje centrado en el paciente, los nutricionistas hacen preguntas y escuchan con cuidado para entender el punto de vista de la persona dentro del contexto de su vida diaria. Implica apoyar la habilidad de la persona para manejar su propio problema o padecimiento médico, acentuando la resolución de problemas, la fijación de metas y elevando la autoeficacia.

Entrevista motivacional

William Miller describió por primera vez la entrevista motivacional (EM) en 1983 después de tratar a bebedores problemáticos. La EM ha sido descrita como “Carl Rogers en un nuevo atuendo”, porque algunas de las técnicas tienen su raíz en los abordajes de Rogers.⁵ La EM se ha definido como “un estilo de asesoramiento colaborativo, centrado en el paciente, para promover un cambio conductual al ayudar a los pacientes a explorar y resolver ambivalencias”.⁶ Es un método de guía centrado en la persona para evocar y fortalecer la motivación y el compromiso de una persona para cambiar.⁷

La EM se desarrolló en un inicio a partir del trabajo con comportamientos adictivos, pero la intervención se ha utilizado también en varias conductas de cuidado de la salud.⁵ Después de tres décadas de investigación y ensayos clínicos, se han publicado los resultados para diversos problemas de salud, incluyendo diabetes, cardiopatías, cambios alimentarios y ejercicio. Los estudios muestran su efectividad en el descenso de peso, reducción de la presión arterial, disminución del colesterol sanguíneo y otros problemas médicos.^{8,9} La EM se practica con una variedad de grupos culturales, y los libros sobre el tema se han traducido al menos a 22 idiomas.⁷

Dos obras recientes han aplicado la EM al cuidado de la diabetes y a la nutrición y condición física.^{10,11}

Ambivalencia

Es normal sentir ambivalencia ante el cambio, y la gente suele experimentarla.¹⁰ Ambivalencia es la existencia de sentimientos encontrados acerca de pensamientos o ideas, tales como: “Me gustaría perder peso, pero disfruto comer”.⁹ La EM es un estilo de asesoramiento para abordar la ambivalencia ante el cambio.⁷ Tiene elementos centrados en la persona, como empatía, una relación igualitaria con un estilo de guía, y técnicas centradas en la persona como preguntas clave, escucha reflectiva, toma de decisiones compartida y propiciar la conversación acerca del cambio.¹²

La gente puede tener sentimientos encontrados y una incapacidad para elegir entre dos o más acciones. Existen razones para cambiar un comportamiento, y razones para no hacerlo. Lo que hace diferente a la EM es el uso de un estilo de comunicación de colaboración centrado en la persona y la provisión de un método y procesamiento para mover a la gente hacia un cambio de comportamiento y la incorporación de metas para cambiar. El abordaje está diseñado para ayudar a las personas a crear un compromiso y llegar a una decisión a favor del cambio. El nutricionista provoca las propias motivaciones del paciente para hacer modificaciones en aras de su salud.

Puede ocurrir que los pacientes ya sepan que comer más sano y ejercitarse más son acciones que promueven una salud positiva, pero disfrutan del *status quo* (un estilo de vida sedentario, falta de ejercicio y consumir los alimentos equivocados) y piensan en razones para *no* cambiar. Una vez que las personas se liberan del conflicto motivacional de cambiar o no cambiar que las inmovilizaba, pueden moverse hacia una decisión y un compromiso de emprender una acción. La EM ayuda a resolver la ambivalencia y las mueve hacia el cambio.

La EM está reconocida como un abordaje efectivo en la educación para el automanejo de la diabetes.¹³ Puede ser en verdad útil junto con otros métodos basados en la evidencia cuando la ambivalencia o la falta de motivación son el obstáculo principal para el cambio de comportamiento. Estas serían personas en las etapas del cambio de precontemplación y contemplación que se vieron en el [capítulo 5](#). El abordaje puede integrarse en el modelo de las etapas del cambio de Prochaska, en donde la gente transita de no ser consciente o no estar dispuesta a nada con respecto a un problema de salud, o *precontemplación*, a considerar la posibilidad de cambiar, o *contemplación*.⁵ En etapas más avanzadas, la gente se prepara a realizar modificaciones, o decide por fin emprender una acción.

ANÁLISIS DEL CASO 1



¿Qué le dirías a Robin para iniciar la conversación?

La EM busca superar la ambivalencia y evocar la propia motivación del paciente para cambiar. Promueve la disposición del paciente a modificar o intentar varios cursos de acción. La persona abunda en el tema y el nutricionista utiliza la escucha reflectiva para parafrasear lo que el paciente ha dicho. Rollnick y colegas consideran que la EM es una forma de guiar más que de dar un consejo y dirigir. Sugieren que todas las consultas se basen en un estilo que guíe incluso si no se realiza una EM completa.⁶

En un ambiente no amenazante, el nutricionista puede explorar la ambivalencia con los pacientes y hacer que sean ellos quienes digan sus razones para cambiar. Este abordaje resulta también útil en las visitas de seguimiento.

El espíritu de la entrevista motivacional

Igual que en una terapia centrada en el paciente, el estilo o abordaje del nutricionista es un factor principal en la EM. Este enfoque motivacional basado en la empatía, aplica un asesoramiento centrado en el paciente, que guía más que dirigir y no ofrece consejo. La EM tiene un carácter o espíritu especial, representado por los comportamientos específicos del nutricionista. La filosofía de guía no es única de la EM, y los elementos pueden encontrarse en otros abordajes. Estos tres componentes son: (1) asociación, (2) evocación y (3) respetar la autonomía del paciente.⁷

Asociación

La EM es una asociación. No es una relación en la que un paciente pasivo recibe consejo e información del nutricionista. No es algo que se provea a una persona. La EM se realiza “para” y “con” una persona en una colaboración activa, reconociendo que el paciente es el experto en su propia situación de vida y entorno, aunque el nutricionista tenga experiencia específica.

Se busca una asociación de colaboración entre el nutricionista y el paciente para propiciar una conversación con el fin de entender la situación, perspectivas y metas del paciente. En la conversación se da una discusión conjunta de los problemas que solo la persona puede resolver y modificar. Deben existir una comprensión empática y un ambiente de apoyo al responder a los comentarios del paciente. Esta es una forma de activar la motivación y los recursos de la persona para cambiar.⁷



La nutricionista escucha a la paciente para entender su punto de vista.

Evocación

La evocación implica que afloren los pensamientos, sentimientos y situaciones de la persona. Se busca “evocar” o llamar las aspiraciones, metas y motivaciones propias del paciente en interés de su salud. Los pacientes conocen sus retos y barreras específicos para cambiar. La meta del nutricionista es averiguar sus razones para cambiar, sus planes, métodos para las modificaciones y, si se le solicita, proporciona ideas para que los pacientes las consideren. El papel del nutricionista es el de un guía que ofrece ayuda a lo largo de una senda hacia el cambio que el propio paciente elige.

Respetar la autonomía del paciente

Respetar la autonomía del paciente significa que es él quien toma las decisiones, aun cuando el nutricionista pueda tener otras preferencias u opiniones. A la gente no le gusta que le digan qué hacer. A menudo, el solo dar el consejo de cambiar suele no ser efectivo.⁷ El paciente tiene el derecho y la libertad de elegir el camino para cambiar. Al respetar su autonomía, el nutricionista reconoce que es el paciente quien decide, y decirle qué hacer puede provocar un: “Sí, pero . . .”. Por ejemplo: “Necesita ejercitarse más y comer menos”. “Sí, pero . . .” (véase el [recuadro 6-1](#)).

La responsabilidad del cambio está en el paciente: “Depende de usted decidir qué hacer. Es su decisión”. La meta es elevar la motivación del paciente, para que el cambio surja desde adentro en vez de ser impuesto desde afuera.⁷ Es el paciente, y no el nutricionista, quien debe desarrollar y plantear en voz alta los argumentos para cambiar.

La EM puede ahorrar tiempo al enfocar la discusión en modificaciones que harán una diferencia y evitar el debate improductivo. Aunque el nutricionista dirige la

discusión colaborativa, el foco está en respetar la autonomía del paciente en la toma de decisiones y provocar su propia motivación para cambiar.

Espíritu de la EM	Principios de la EM
Asociación	Resistir el reflejo de “corregir”
Evocación	Entender la motivación del paciente
Respetar la autonomía del paciente	Escuchar al paciente
	Otorgar poder al paciente

Recuadro 6-1 ■ Fundamentos de la entrevista motivacional.

Principios de la entrevista motivacional

En el pasado, Miller y Rollnick definieron sus principios como expresar empatía, fortalecer la autoeficacia, desarrollar la discrepancia y eliminar la resistencia.^{6,14} En tiempos recientes, expresaron sus principios con el acrónimo RULE (por *Resist* [resistir], *Understand* [entender], *Listen* [escuchar] y *Empower* [otorgar poder]).^{7,15} Estos son el marco de referencia para elegir los enfoques y las técnicas.

1. Resist-Resistir el reflejo de corregir.
2. Understand-Entender la motivación del paciente.
3. Listen-Escuchar al paciente.
4. Empower-Otorgar poder al paciente.

Resistir el reflejo de corregir

Este concepto se refiere a la tendencia de los nutricionistas a dar consejos para corregir o arreglar los problemas del paciente, en la creencia de que tienen todas las respuestas. Esto ignora la ambivalencia del paciente y no responde a su necesidad de cambiar. El problema es que la mayoría de las personas tiende a resistirse al cambio y puede no verlo como posible o necesario si está satisfecha con sus conductas actuales. “Ya sé que debo bajar de peso, pero adoro la buena comida”. Por ejemplo, el nutricionista que argumenta a favor de los beneficios de las distintas elecciones alimentarias puede aumentar la resistencia del paciente y disminuir la probabilidad del cambio. En vez de eso, es el paciente quien debe dar las razones y hablar de posibles modificaciones.

Escuchar la motivación del paciente

La motivación del paciente proviene de su interior. La motivación no se inyecta en la

gente, sino que se debe tratar de evocar la propia motivación del paciente y ayudarlo a reconocerla y mejorarla. Se pueden explorar los valores, preocupaciones y percepciones del paciente en varias situaciones y hacer que diga qué debería cambiar y cómo podría hacerlo, en lugar de decirle y aconsejarle qué debe hacer en forma distinta. Se puede preguntar si la persona desea cambiar y las razones por las que esto es importante para ella.

Escuchar al paciente

Escuchar en vez de aconsejar. Ver el mundo del paciente desde su perspectiva. Comunicar empatía y crear un ambiente de colaboración, donde los pacientes puedan explorar los conflictos de hacer un cambio en sus vidas personales. En un ambiente de colaboración, los pacientes pueden explorar las sugerencias para posibles modificaciones, mientras que el nutricionista se comunica con empatía.

La EM utiliza la habilidad de escucha reflectiva con una actitud de comprensión y aceptación de los problemas, perspectivas y sentimientos del paciente. El escucha reflectivo adivina lo que el paciente quiere decir y lo refleja de regreso como una afirmación, no como una pregunta.⁷ Aunque los nutricionistas tengan las respuestas a los problemas, la respuesta necesaria para hacer un cambio de comportamiento proviene del paciente y requiere que se le escuche a medida que habla. El propósito es que el paciente siga explorando el problema. La escucha reflectiva es una habilidad que mejora con la práctica.⁷

ANÁLISIS DEL CASO 2



Usando la escucha reflectiva, ¿cómo trabajarías en la historia de Robin?

Otorgar poder al paciente

Dado que son los pacientes quienes harán el cambio, deben comprometerse de manera activa en la discusión del cuidado de su salud. Algunos pacientes pueden haber intentado cambiar en el pasado y fallaron. Sin embargo, tienen recursos y soluciones personales, y pueden cambiar si se deciden a hacerlo. Enfocarse en los éxitos pasados más que en los fracasos puede aumentar la autoeficacia, la creencia de que se es capaz. El nutricionista puede ayudar a los pacientes a explorar la mejor manera de hacer los cambios para beneficio de su salud. Si el paciente pregunta, mencionar los éxitos de otros pacientes puede ofrecer algunas sugerencias (véase el recuadro 6-1).

Microhabilidades de entrevista motivacional

Muchos enfoques de asesoramiento utilizan también las mismas habilidades para

entrevistar que construyen una buena relación, exploran preocupaciones y transmiten empatía.⁵ Las microhabilidades de la EM se expresan en el acrónimo OARS: (1) *Open-ended questions* (preguntas abiertas); (2) *Affirming* (afirmación); (3) *Reflecting* (reflejo); y (4) *Summarizing* (resumen). Estas ayudan al paciente a explorar y resolver la ambivalencia y cualquier barrera a un cambio del comportamiento.^{7,9,10} Es necesaria una capacitación para desarrollar tales habilidades.

Hacer preguntas abiertas

Las preguntas abiertas son las herramientas de comunicación para hacer avanzar la conversación y evocar respuestas. Son la columna vertebral de la recolección de información de la sesión en la que el nutricionista descubre qué es importante para el paciente. Las preguntas deben establecer un tono de colaboración, y sin juicios, que pueda evocar la conversación acerca del cambio. Es útil enfocarse primero en la vida, pensamientos y situación de la persona antes de concentrarse en el problema y en especial reducir la resistencia, evocar conversaciones acerca del cambio y crear una motivación para cambiar. Más tarde uno puede enfocarse en el problema para desarrollar e implementar un plan de cambio y examinar su importancia y el compromiso del paciente.^{7,8,11}

EJEMPLO “¿Qué le preocupa de su salud?”.
“¿Qué diferencias piensa que puede intentar?”.
“¿Qué haría primero?”.
“¿Cuándo estaría dispuesto a . . .?”.

En general, los nutricionistas que aplican la EM contestan con uno o dos reflejos para cada respuesta del paciente con el fin de asegurarse de que entendió. Por ejemplo: “¿Qué le trae por aquí hoy?”, “Así que vino por su diabetes”; afirma, no pregunta.

ANÁLISIS DEL CASO 3



¿Cómo discutirías con Robin los pros y contras de hacer un cambio, frente a continuar con sus elecciones actuales?

En las primeras etapas de la entrevista, las preguntas abiertas permiten a los individuos explorar los problemas y ayudan a establecer un ambiente de confianza y aceptación. Por ejemplo, el nutricionista puede decir: “En el tiempo que tenemos, quiero entender cualquier problema que usted pueda tener con sus elecciones alimentarias. Voy a escucharle para poder comprender sus preocupaciones”. O: “También voy a necesitar cierta información específica sobre usted. ¿Qué considera

usted como problema?”, o bien, “¿De qué quiere que hablemos primero? ¿Qué le preocupa de su ingesta alimentaria?”. Cuando se responde a una conversación acerca del cambio del paciente, se le pide que abunde para saber más detalles y ejemplos.

Afirmación

Muchos pacientes habrán tratado de hacer cambios en el pasado y terminaron fallando. Como resultado, puede ser necesario darles esperanza a través de afirmaciones, algo positivo acerca de la persona, como una acción, fortaleza, esfuerzo o intención.⁷ Los ejemplos son afirmaciones de apreciación de las fortalezas personales y los recursos internos del paciente. Pueden incluir palabras de comprensión de comportamientos positivos específicos, apoyo o competencia en situaciones específicas.¹¹

Enfócate en la fortaleza y atributos positivos del paciente. Por ejemplo: “Usted debe tener mucha fuerza o determinación para tratar de bajar de peso de nuevo”. O: “Usted hizo muy buen trabajo llevando registros de sus alimentos esta semana”. Céntrate en la palabra “usted”. Haz comentarios positivos sobre un ejemplo de lo que la persona ha mencionado. El nutricionista no debe argumentar a favor de un cambio, ya que puede causar que el paciente defienda por qué no trabajaría por él. Podría dar una respuesta “Sí, pero . . .”.

Reflejo

La escucha reflectiva es una habilidad fundamental de la EM que los nutricionistas utilizan para comunicar aceptación, interés, comprensión y empatía, en vez de hacer preguntas.¹⁰ También puede usarse para fortalecer la conversación acerca del cambio y en última instancia crear confianza.^{7,11,12} Las respuestas del nutricionista (reflejos) deben ser cercanas a lo que el paciente dijo o a una palabra similar para hacer avanzar la conversación. También se puede usar para que discuta verbalmente un pensamiento, alentarle para que dé más información o abandone la negatividad.⁷

La escucha reflectiva permite al nutricionista probar una hipótesis de lo que uno ha escuchado y hacer afirmaciones con el fin de probar lo que significa para el paciente. El propósito es que el paciente siga explorando el problema.⁷ Los reflejos simples alimentan la conversación, y a medida que esta progresa, los reflejos se vuelven más complejos.

La forma en que el nutricionista responde a lo que el paciente dice es un elemento importante de la escucha reflectiva, la cual puede ser de varios tipos. El nutricionista puede repetir parte de lo que dijo la persona o parafrasear un poco usando palabras distintas, como si fuese una imagen en espejo del paciente.

El parafraseo es una importante reformulación en donde el nutricionista trata de determinar el significado de la afirmación y la refleja de vuelta en otras palabras, añadiendo o expandiendo el significado. Por último, la forma más profunda de reflejo es expresar los sentimientos en una paráfrasis que busque los sentimientos o emociones del paciente que están detrás de la afirmación. El siguiente NO es un

ejemplo de escucha reflectiva, seguido por uno que sí lo es.

EJEMPLO Paciente: “No sé cómo bajar de peso, pero tengo que hacerlo” (ambivalencia).
Nutricionista: “Claro que puede hacerlo” (reforzamiento).
Paciente: “Es que es tan difícil”.
Nutricionista: “Sí, sí lo es” (simpatiza).
Paciente: “Nunca desayuno, porque no me da tiempo”.
Nutricionista: “Coma solo leche con cereal” (da consejo).

En el ejemplo anterior, el nutricionista no está escuchando en realidad, ni le da al paciente la oportunidad de explorar el problema. A diferencia de esto, el escucha reflectivo oye y decodifica el mensaje, hace una suposición razonable del significado, y lo pone en una afirmación, la cual es declarativa y no formulada como pregunta, como sigue:

EJEMPLO Paciente: “No sé cómo bajar de peso, pero tengo que hacerlo” (ambivalencia).
Nutricionista: “Suena indeciso. Quiere bajar de peso, y al mismo tiempo se pregunta si podrá lograrlo”. (Evita: “¿Está preocupado por perder peso?”, es una pregunta).
Paciente: “Es que es tan difícil”.
Nutricionista: “Usted se percató que sus esfuerzos anteriores por cambiar lo que come y bajar de peso implicaron dificultades. Pienso que es grandioso que quiera intentarlo de nuevo”.
Paciente: “Nunca desayuno porque no me da tiempo”.
Nutricionista: “Su horario matutino debe ser muy ocupado”.

La escucha reflectiva y su respuesta, como reflejo, es una forma de verificar el significado más que asumir que tú sabes exactamente lo que significa lo que expresa el paciente. Es una adivinanza o hipótesis. Esto permite al paciente seguir pensando. Sin embargo, no todo comentario se refleja. El nutricionista decide qué acentuar y qué ignorar. Por ejemplo, algunas frases comunes son: “Así que siente que . . .”, o: “Suena a que usted . . .”, pero no abuse de ellas.

ANÁLISIS DEL CASO 4



¿Cómo valorarías la motivación de Robin para cambiar?

Es apropiado usar una respuesta reflectiva breve en vez de emplear las palabras del paciente. Por ejemplo: “Usted trabaja de tiempo completo, pero piensa que tendría más energía si bajara de peso y se ejercitara en forma regular”. Esto expresa empatía, alienta al paciente a continuar, y es una forma de responder a la resistencia del paciente a cambiar. La escucha reflectiva muestra que el nutricionista está tratando de entender, afirma lo que el paciente ha dicho y le ayuda a continuar expresando sus

pensamientos y sentimientos. Aprender la escucha reflectiva requiere de práctica y retroalimentación, si esta se halla disponible. Puedes intentarlo con un amigo o alguien de tu familia.

Resumir

Los resúmenes del nutricionista ayudan al paciente a organizar sus pensamientos acerca del cambio, tales como sus experiencias, sugerencias y fortalezas, o pueden apoyar al nutricionista para traer a colación algo que se discutió. Los reflejos de resumen deben recopilar y devolver al paciente cualquier mención a cambiar que le ayude a avanzar hacia un compromiso. En los resúmenes se da un peso especial a la “conversación acerca del cambio”. Por ejemplo: “Esto es lo que oí que me dijo hasta aquí”.⁷ El resumen demuestra que has estado escuchando y puede ayudar a los pacientes a integrar sus pensamientos (véase el [recuadro 6-2](#)). Así, las conversaciones comienzan con preguntas abiertas y reflejos, afirmaciones, resúmenes, reconocer la conversación acerca del cambio y hacer que el paciente avance hacia él.¹¹

Habilidades OARS	Comunicar
Open-ended Questions Asked (Preguntas abiertas)	Preguntar
Affirmations (Afirmaciones)	Escuchar
Reflective Listening (Escucha reflectiva)	Informar
Summarizing (Resumen)	

Recuadro 6-2 ■ Habilidades para la entrevista motivacional: estrategia OARS.

Conversación acerca del cambio del paciente

Mucha gente no está segura de cómo se siente acerca de cambiar un comportamiento. Uno de los principios guía de la EM es que el cambio en el comportamiento será más factible si los pacientes verbalizan sus propios argumentos y razones que apoyan un comportamiento necesario, lo que se llama “conversación acerca del cambio”.^{6,7,12} La conversación acerca del cambio se puede definir como declaraciones del paciente que sugieren el cambio de comportamiento en un objetivo, como “Voy a cocinar menos alimentos fritos para ayudar a controlar mi peso”. Por ejemplo, las razones para cambiar pueden ser el descontento con la situación actual, o ver las ventajas del cambio. El nutricionista puede preguntar qué es lo que el paciente quiere cambiar y después escuchar sus planes para hacerlo. Este enfoque requiere de escuchar con mucho cuidado.

ANÁLISIS DEL CASO 5



¿Cómo inducirías una “conversación acerca del cambio” en Robin?

Es el paciente quien más habla. El nutricionista que aplica la EM se enfoca en las preocupaciones del paciente y provoca una “conversación acerca del cambio” para disminuir la resistencia. Escucha afirmaciones que comiencen con “Yo quiero . . .”, “Yo podría . . .”, “Yo necesito . . .” o “Yo pretendo . . .”.⁷ El nutricionista puede preguntar cuáles son las dudas de la persona o realizar un análisis de beneficio de las posibilidades para el cambio. Es importante seguir la “conversación acerca del cambio” con escucha reflectiva, reflejando lo que dijo el paciente para expresar interés e invitar al paciente a que abunde en el tema.⁶

El énfasis en provocar ciertas frases por parte del paciente, o “conversación acerca del cambio” es único de la EM. La fuerza y el compromiso de la conversación predicen un cambio de comportamiento. Como muchos pacientes no están seguros de hacer modificaciones y ven tanto los pros como los contras, la meta del nutricionista es que el paciente genere varios argumentos o razones para el cambio al tiempo que evita el “reflejo de corregir”. Este es un impulso para corregir la ambivalencia del paciente y establecerlo en el camino correcto, como recomendar ejercicio para ayudarlo a perder peso. Es el paciente quien debe encontrar la razón y defender el cambio. Esto es de especial importancia cuando la persona es ambivalente con respecto a cambiar.



La nutricionista plantea preguntas abiertas para determinar los problemas.

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention.

Los resúmenes periódicos hacen avanzar la entrevista. El nutricionista puede resumir las afirmaciones del paciente sobre el problema, su ambivalencia, sus afirmaciones automotivacionales, su “conversación acerca del cambio” y hacer una

evaluación general de la situación.⁷ Obtener las razones de la persona para cambiar. Esto ayuda a los pacientes a decidirse y refuerza lo que pueden ya saber que es cierto, pero estaban evitando. El reflejo es de especial importancia después de las respuestas abiertas, después de las afirmaciones de automotivación y de la “conversación acerca del cambio”.

ANÁLISIS DEL CASO 6



¿Cómo responderías a la “conversación acerca del cambio” de Robin?

El acrónimo DARN puede usarse para generar afirmaciones del paciente sobre el cambio. La conversación acerca del cambio puede reconocerse por afirmaciones sobre **Desires** (deseos), **Abilities** (habilidades), **Reasons** (razones), **Needs** (necesidades), tomar medidas o comprometerse al cambio. Las personas que expresan razones, deseos o necesidades para cambiar pueden exhibir mayores intenciones y compromisos con respecto al cambio, aunque la fuerza de la afirmación puede variar. La base de querer cambiar puede ser una meta personal o de salud.⁷ El nutricionista reúne los ejemplos de la conversación acerca del cambio y puede resumirlos y reflejarlos de vuelta al paciente. El resumen debe formularse como un cambio actual en un comportamiento y no como lo que la persona piensa hacer en el futuro.⁶

“Tengo que hacer más ejercicio” no es un compromiso para cambiar, o lo mismo que decir: “Voy a caminar 3 días por semana”, lo cual es un compromiso y una medida de acción.⁷ Una persona puede reconocer que cambiar es importante, pero le falta confianza. “Me gustaría hacer ejercicio, pero nunca fui buena en eso”. Se puede preguntar qué tan importante es eso, y qué tanta confianza tiene la persona de que podría hacerlo si lo deseara: “En una escala del 1 al 10, ¿qué tan importante es eso para usted?”.

ANÁLISIS DEL CASO 7



Si tienes otras sugerencias para Robin, ¿cómo la abordarías para decírselas?

Abordajes del nutricionista

El asesoramiento nutricional tradicional puede enfocarse en el supuesto de que el paciente tiene un déficit de información o conocimiento, lo cual provoca darle consejo e información. Los nutricionistas pueden hablar sobre los beneficios del cambio y los riesgos de continuar con un comportamiento actual al proveer información sobre los cambios que se harán.

En vez de eso, en la EM el nutricionista pide al paciente que elija un tema para

discutir de entre varias opciones. Se comienza con la prioridad del paciente, y los otros problemas pueden examinarse después. El nutricionista guía a la persona para que exprese las razones a favor y en contra del cambio y de qué manera los comportamientos actuales afectan su habilidad para lograr sus metas de vida.⁷ Este estilo de guía es más apropiado para aconsejar sobre el cambio. El supuesto es que es más probable que un cambio en el comportamiento sea el resultado de la motivación que del consejo y la información. Los comedores compulsivos, por ejemplo, a menudo saben que están comiendo demasiado o los alimentos equivocados.

Una imagen del nutricionista es la de un auxiliar o guía que acompaña a la persona en un viaje. El guía “necesita las cualidades de un compañero y las habilidades de alguien que conoce la ruta”, pero reconoce la libertad de elección del paciente y su responsabilidad personal para el cambio.⁶ Los nutricionistas que realizan con éxito la EM se enfocan en el reflejo, incluyendo afirmaciones positivas de refuerzo sobre el cambio, en vez de responder con preguntas y consejos. Otro factor importante es la comprensión empática del nutricionista al crear un ambiente positivo de aceptación y seguridad en donde los pacientes se sientan cómodos discutiendo los aspectos positivos y negativos de un comportamiento y explorando el cambio. Un estilo de guía no directivo utiliza estrategias que propician la propia motivación del paciente para cambiar.¹⁶

Habilidades de comunicación

Encontrar y hacer aflorar los pensamientos del paciente involucra tres habilidades de comunicación: “(1) preguntar, (2) escuchar y (3) informar”.^{7,17} Un lineamiento es hacer preguntas que el paciente pueda responder con “conversación acerca del cambio”. Por ejemplo: “¿Qué quiere hacer en forma diferente?”. “¿Qué pequeños cambios podría hacer?”. “¿Cuáles serían algunos de los beneficios?”.⁸

El nutricionista hace “preguntas” abiertas para que el paciente explore el cómo y el porqué del cambio al desarrollar un entendimiento del problema. Por ejemplo: “Dígame cómo bajaría de peso y las razones por las que quiere hacerlo”. Esta es una forma de evaluar las elecciones del paciente al considerar el cambio. El nutricionista puede preguntar qué piensa el paciente de esas opciones, y cómo afectarían el comportamiento. Por ejemplo: “De las tres formas que mencionó, ¿cuáles piensa que funcionarían mejor?” (véase el [recuadro 6-2](#)).

El nutricionista “escucha” para entender el marco de referencia y experiencia del paciente y responde entonces con un breve resumen de lo que entendió. Después “informa” pidiendo primero permiso para ofrecer opciones e información. Se puede preguntar al paciente qué piensa acerca de la información provista, y cómo afectaría el comportamiento. Por ejemplo: “¿Me permite compartir una información con usted, que ha ayudado a otras personas? Después me gustaría escuchar su respuesta y su opinión”. Se trata de encontrar las fortalezas del paciente en vez de solo las debilidades y propiciar la motivación para el cambio.



¿Cuáles de las siguientes afirmaciones del paciente representan una “conversación acerca del cambio”?

1. Creo que usted me dirá qué hacer.
2. Quiero bajar de peso para sentirme mejor.
3. El doctor dice que mi presión arterial está muy alta y que debo comer menos sal.
4. Puedo comenzar tomando un pequeño desayuno.

Propiciar-proveer-propiciar

La EM se describe como poseedora de un marco de trabajo “propiciar-proveer-propiciar”.^{6,15} El nutricionista “propicia” o “sonsaca” lo que la persona necesita o desea saber o hacer. “Provee” información en forma neutral cuando el paciente le ha dado su permiso. “Propicia” que el paciente diga lo que piensa acerca de la información que recibe y lo que significa para él al preguntar: “¿Qué significa esto para usted?”. Esto enfatiza el involucramiento activo del paciente y puede mejorar la motivación para cambiar.⁶ De esta manera, el nutricionista guía a la persona hacia la motivación para el cambio planteando preguntas abiertas y escuchando las respuestas. Una vez que el paciente está motivado a cambiar, pueden resultar útiles las estrategias de asesoramiento conductual o cognitiva presentadas en otros capítulos.

Las preguntas para propiciar pueden incluir: “¿Qué le gustaría saber...?”, lo que dirá al nutricionista qué es importante o preocupa al paciente.¹³ Un segundo abordaje sería: “¿Qué es lo que realmente sabe acerca de?”, lo cual tiene la ventaja de ahorrar tiempo y evita discutir lo que la persona ya sabe. El nutricionista averigua acerca de la experiencia del paciente.

Cambio

¿Qué cambiar? El paciente puede haber mencionado más de una posibilidad u opción para el cambio. Si esto es así, se guía a la persona a examinar y determinar cuál alternativa elegir, porque es importante para ella elegir una donde tenga más probabilidades de éxito. Por ejemplo: “Con el poco tiempo de que dispone, ¿con cuál de los dos cambios desea comenzar?”.

¿Por qué cambiar? El nutricionista puede esperar que el paciente vea los pros y los contras del cambio. Es recomendable pedir a la persona que exprese las ventajas y desventajas. Si el nutricionista tiene en mente una meta adicional de cambio conductual, puede preguntar si a la persona le gustaría oírlo. Por ejemplo: “¿Cuáles son sus razones para cambiar su ingesta de alimentos ahora, en vez de esperar hasta terminar ese gran proyecto en su trabajo?”. El nutricionista puede resumir los pros y los contras en las palabras del paciente para ver si es la mejor modificación para hacer primero, pero debe enfocarse en especial en las ventajas.

El concepto de la “importancia” de cambiar para una persona y de la “confianza” en la habilidad de realizar el cambio son determinantes relevantes de la disposición al

cambio.^{6,17} Se puede valorar esa disposición con dos preguntas: “¿Qué tan importante es el cambio para usted?” y “¿Qué tanto éxito piensa que tendrá en ese cambio?”. El **recuadro 6-3** ofrece una serie de preguntas para valorar esas dos áreas con los pacientes.⁶

Preguntas útiles para explorar la importancia

- ¿Qué tendría que ocurrir para que el cambio fuera más importante para usted?
- ¿Qué tendría que suceder antes de que pensara seriamente en cambiar?
- En una escala del 1 al 10, con el 10 como punto máximo, ¿qué tan importante es este cambio?
- ¿Qué tendría que pasar para que esa puntuación se moviera de . . . a . . . ?
- ¿Qué le motiva a conservar su (comportamiento actual)?
- ¿Qué le preocupa (o qué cosas le disgustan) acerca de . . . (comportamiento actual)?
- ¿Si fuera a cambiar, cómo sería)?
- ¿En dónde está en este momento? (Cuando desee preguntar sobre el cambio de una manera neurológica.)

Preguntas útiles para crear confianza

- ¿Qué le daría más confianza para hacer estos cambios?
- ¿Qué tan seguro se siente acerca de lograr este cambio?
- ¿Cómo podría moverse hacia arriba, para que su puntuación fuera de . . . a . . . ?
- ¿Cómo puedo ayudarle a tener éxito?
- ¿Qué le ha sido útil en cualquiera de sus intentos previos por cambiar?
- ¿Qué ha aprendido desde la última vez que intentó este tipo de cambio?
- Si decidiera cambiar, ¿cuáles serían sus opciones? ¿Existen formas que usted sabe que le han funcionado a otras personas?
- ¿Cuáles son algunos de los problemas prácticos que necesita resolver para lograr esta meta? ¿Algunos de ellos son superables?
- ¿Hay algo en que pueda pensar que le ayudaría a sentirse con más confianza?

Recuadro 6-3 ■ Evaluación de la importancia y confianza del paciente.

Fuente: Adaptado de Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health Behavior Change –A Guide for Practitioners*. New York, NY: Churchill Livingstone; 1999.

Por último, el nutricionista puede valorar la importancia, usando una escala del 1 al 10, así como la confianza del paciente en el cambio. Por ejemplo: “En una escala del 1 al 10, con 10 como punto máximo, ¿qué tan importante es cambiar su ingesta de alimentos y perder 5 kilos (10 libras)?”. En segundo lugar, se puede preguntar al paciente por qué eligió un número, como un 5, para propiciar más “conversación acerca del cambio”. Una alternativa es preguntar qué tendría que pasar para aumentar ese número, como 7 u 8 en vez de 5.

Entonces el nutricionista puede valorar la confianza del paciente: “En una escala del 1 al 10, con 10 como punto máximo, ¿qué tan seguro se siente de que podrá hacer los cambios que hemos discutido?”. Si el paciente responde que 5, debe explorarse otro cambio o meta. O preguntar qué tendría que pasar para moverse al 7 u 8. Un paciente que califica alto en importancia, pero bajo en confianza puede necesitar algunas ideas.

FRAMES

Cuando hay poco tiempo, las intervenciones breves han demostrado ser eficaces. Esto incluye seis elementos o componentes, resumidos por el acrónimo FRAMES.⁷

Feedback of personal status (retroalimentación sobre el estado personal).

Responsibility (personal) for the change (responsabilidad [personal] para el cambio).

Advice to change (asesoramiento para cambiar).

Menu of options from which to choose (menú de opciones entre las cuales elegir).

Empathy (counseling style) (empatía [estilo de asesoramiento]).

Self-efficacy support (apoyo a la autoeficacia).

Después de la valoración inicial, el nutricionista da al paciente *retroalimentación* sobre información de salud relevante. Se acentúa la *responsabilidad* personal para cambiar. “La decisión es suya. Usted es quien tiene que hacer los cambios en sus elecciones alimentarias”. Las elecciones deben ser libres y es solo el paciente quien toma las decisiones para cambiar.

El paciente decide qué hacer o no con la retroalimentación. Debe darse un *asesoramiento* claro para cambiar o hacer modificaciones, como un *menú* de la variedad de formas alternativas en que pueden lograrse los cambios. La motivación puede mejorar cuando la persona toma una decisión libre y siente la responsabilidad del cambio. Se expresa y se acentúa la *empatía* por el paciente. Por último, se incluyen intentos por fortalecer la *autoeficacia* del paciente para cambiar, para reforzar los pensamientos positivos y apoyar la habilidad para cambiar.¹ Observa que como se dan consejos, y la EM excluye los consejos, esto no es una verdadera EM.

Al usar la EM, el nutricionista se asocia con el paciente para “determinar la agenda con comportamientos empáticos, sin juicios, con apoyo, alentadores y activos”.¹⁸ Se recomienda capacitación en EM cuando se trabaja con pacientes que no están en la etapa de cambio de acción. Los métodos de la EM tienen efectos positivos en muchas situaciones, pero no en todas, como por ejemplo en los

desórdenes de la alimentación.^{6,17}

Aplicaciones

Un estudio comparó el cuidado tradicional con el asesoramiento con EM, para padres de niños con sobrepeso entre los 2 y los 8 años. En el seguimiento a dos años hubo una reducción estadísticamente significativa en el percentil de IMC (índice de masa corporal) con la EM.¹⁹

Una revisión sistemática y metaanálisis investigó la eficacia de EM en 49 estudios en instalaciones de cuidado médico. La evidencia y los resultados sugirieron que la EM proveyó una ventaja moderada en comparación con las intervenciones, y puede usarse en un amplio rango de problemas del comportamiento en el cuidado de la salud.²⁰

Un estudio que aplicó la EM, con padres involucrados, para mejorar los comportamientos de salud pediátrica y los resultados de salud de 5 000 niños de hasta 18 años, se basó en crear una motivación intrínseca al cambio. En relación con los grupos de comparación, la EM se asoció con mejoras significativas en el comportamiento de salud, incluyendo alimentación, actividad física, salud bucal y otros factores. La EM tuvo éxito en mejorar la alimentación cuando la intervención incluyó más de sus componentes.²¹

Motivación

El nutricionista debe elevar la probabilidad de que la persona se mueva hacia el cambio y notar y facilitar las afirmaciones automotivacionales del paciente.⁷ Primero, el paciente reconoce que existe un problema: “Creo que mi peso es un problema que afecta mi presión arterial”. Segundo, el paciente puede expresar preocupación acerca del problema en forma no verbal, por ejemplo, con una expresión facial, un suspiro, el tono de voz, o verbal: “Tengo que hacer cambios ahora y comer mejor, por mi salud”. Por último, el paciente puede sentirse positivo acerca del cambio, reflejando así autoeficacia: “Estoy seguro de que puedo empezar a hacer ejercicio esta semana”. Reflejar de vuelta este tipo de afirmaciones permite al paciente escuchar el mensaje por segunda vez y mejora la automotivación. El nutricionista puede cuestionar al paciente para evocar afirmaciones automotivacionales, por ejemplo:

Para reconocer el problema: “¿Qué dificultades ha tenido en relación con sus elecciones alimentarias?”.

Para la preocupación: “¿Por qué le preocupa elegir alimentos diferentes o comer en otra forma?”.

Para la intención de cambiar: “¿Cuáles son las razones que puede ver para hacer este cambio?”.

Para el optimismo: “¿Qué le alienta a pensar que puede hacer este cambio?”.

Cuando los pacientes llegan a la etapa de cambio de acción, sus preguntas todavía

pueden tener reflejos. Aquí hay algunas preguntas posibles:

“¿Cuál es el siguiente paso?”.

“¿Qué planea hacer?”.

“¿Hacia dónde vamos a partir de aquí?”.

“¿Qué buenos resultados traerá este cambio?”.

Si el paciente le pide información al nutricionista, un enfoque es ofrecer varias opciones y no solo una. Por ejemplo: “Puedo darle varias opciones, para que usted me diga cuál piensa que le funcionará”. Cuando el paciente elige una opción, estará más dispuesto a intentarla y adherirse a ella que si el nutricionista le da una sola. El paciente se hace responsable de una elección personal. En el caso de una sola alternativa, la persona puede decir: “Eso suena bien, pero no me funcionará”, rechazando la solución.⁷ El nutricionista puede preguntar: “En una escala del 1 al 10, con 10 como punto máximo, ¿cuán seguro está de que puede hacer esto?”, “¿Qué tan importante es para usted en una escala del 1 al 10, con 10 como punto máximo?”.

Así se crea una relación entre el estilo interpersonal del nutricionista y los resultados para el paciente. Un estilo de colaboración puede evocar la motivación de la persona y dar mejores resultados que uno autoritario. Si están presentes las motivaciones y la confianza, el siguiente paso puede ser fijar metas y hacer planes.

Leer este capítulo no basta para adquirir por completo las habilidades para la EM, y ser capaz de usarlas. Se requiere más lectura, capacitación y práctica. El sitio web de Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT) es www.motivationalinterviewing.org. Ahí se ofrece información como libros, videos y otros recursos.

Fijación de metas

Una vez que se resuelve la ambivalencia y el paciente está motivado para hacer un cambio, el nutricionista debe decidir cuándo hacer la transición a una fase de fijación de metas y de planeación orientada a la acción.¹⁰ Llegar a un plan final requiere de establecer metas claras, porque tener objetivos puede facilitar el cambio.

Se ha descubierto que las metas motivan el cambio porque fijan un estándar contra el cual el paciente puede comparar un comportamiento actual con uno nuevo. Permitir que el paciente elija una meta que piensa que es alcanzable, apoya su autonomía. Las metas deben estar formuladas con claridad, ser razonables y obtenibles. Elegir las metas mejora la decisión y el control personales, y hace más probable que la persona tenga éxito. El proceso de fijación de metas se explora en el [capítulo 5](#).

El asesoramiento eficaz ayuda a los pacientes a identificar y superar cualquier barrera al cambio y a reconocer que las caídas y recaídas son una parte normal del proceso de cambio. Las barreras pueden incluir, por ejemplo, falta de tiempo, costo, entorno familiar, falta de apoyo social, amigos que no dan apoyo, temor de consecuencias psicológicas o fisiológicas adversas y factores similares.

Los pacientes necesitan retroalimentación con respecto al cambio para mejorar la motivación. Esta puede proveerse de muchas formas, como registros de autovigilancia; mejores resultados en los exámenes de laboratorio; comentarios positivos de los amigos, la familia y el nutricionista; y el propio autoconcepto positivo expresado del paciente: “Lo estoy haciendo mejor”.

Modelo de creencias en salud

Una de las primeras teorías de salud pública que intentó influir en los comportamientos de salud fue el modelo de creencias en salud (MCS), diseñado para entender el uso de los servicios de salud preventiva.²²⁻²⁴ La teoría supone que los comportamientos de salud están motivados en relación con un grado de temor o amenaza percibida de enfermedad. El MCS utiliza cuatro constructos para explicar la disposición de las personas a actuar: susceptibilidad percibida; gravedad percibida; beneficios percibidos; y barreras percibidas.

Si una persona imagina ser susceptible y que esto se traducirá en una enfermedad grave, como cáncer o derrame cerebral, estará más dispuesta a reducir la amenaza de enfermedad haciendo cambios en sus comportamientos de salud. Estos conceptos pueden ser responsables de la “disposición a actuar” de la persona y de hacer cambios.²³⁻²⁵

La *susceptibilidad* percibida puede definirse como la opinión de una persona sobre qué tan en riesgo o vulnerable está de contraer una enfermedad o un padecimiento de salud.

La *gravedad* percibida es la opinión sobre qué tan serio es el padecimiento. La amenaza puede estar influenciada por otros factores, como conocimiento, educación, edad, estado socioeconómico y grupo cultural.¹

Los *beneficios* percibidos son las opiniones sobre si se necesita o no un cambio de comportamiento, como acción preventiva para reducir el riesgo o amenaza de enfermedad y si se pueden esperar resultados positivos. Las barreras percibidas son las opiniones sobre los costos, tiempo, retos o problemas personales de tomar medidas para cambiar un comportamiento.^{1,23,24}

Más tarde se añadieron elementos al MCS para explicar mejor el comportamiento. Las *pistas para la acción* ambientales, como dar a la persona información de cómo hacerlo o reportes de medios informativos, podrían dirigir la motivación para promover la disposición a actuar y hacer cambios. La *autoeficacia*, o la creencia de que se es capaz de tomar una acción necesaria o hacer modificaciones que conduzcan al resultado deseado, fue reconocida para ajustarla a los desafíos del comportamiento más complejos.²³ El MCS sugiere que la gente se comprometerá con comportamientos saludables si valora los resultados. En el capítulo 8 se exploran las formas de mejorar la autoeficacia.

Para ilustrar los seis constructos, una persona con sobrepeso con una historia familiar de diabetes mellitus puede percibir una *amenaza* o riesgo de diabetes debido

a dicha historia familiar. Puede entender que es *susceptible* y que puede haber *graves* consecuencias. Percibe que el descenso de peso y hacer más ejercicio son acciones o comportamientos que representan *beneficios* para reducir la amenaza. Puede cuestionar si las *barreras* de falta de motivación, tiempo y otras pueden superarse.



El embarazo motiva la adopción de nuevos comportamientos de salud.

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention.

Una *pista para la acción* puede ser que el estado de un familiar ha empeorado. Los beneficios deben pesar más que las barreras a la acción. A medida que la persona pondera los pros y contras del cambio en el comportamiento de salud, toma la decisión de iniciar una acción o no. La gente con un alto grado de seguridad o *autoeficacia* tendrá más probabilidades de éxito en cambiar y mejorar sus comportamientos de salud que quienes tienen un grado bajo de confianza.²³

El MCS puede ser útil para analizar el marco mental de pensamientos de las personas con respecto a las acciones de salud, en especial cuando no presentan síntomas, así como para valorar su entendimiento de los cambios en el comportamiento de salud. La inacción de un paciente, o su falta de adherencia a los cambios recomendados, puede explicarse al examinar sus pensamientos y percepciones con respecto a elegir y realizar los comportamientos de salud. Se ha

sugerido que las percepciones de gravedad pueden ser más importantes para quienes ya han sido diagnosticados con una enfermedad y menos importantes para quienes solo están considerando conductas preventivas.²⁴

Asesoramiento directivo

Esta sección se enfoca en las aplicaciones generales de las estrategias de asesoramiento directivo que pueden usarse en una relación entre el gerente y/o supervisor y el empleado. El asesoramiento directivo tiende a ser más apropiado cuando el gerente está consciente del problema o está preocupado por el comportamiento de un empleado, pero este no está consciente del problema o se rehúsa a abordarlo. El asesoramiento también puede incluir discusiones de desempeño superior o de promoción.

En el asesoramiento directivo, el profesional inicia la discusión o se aproxima al empleado con base en una referencia directa de otro gerente o al reconocer la situación problemática del subalterno, quien puede exhibir ansiedad o ponerse a la defensiva y resistirse a solucionar el problema bajo dichas condiciones. Los empleados son más propensos a volverse hostiles y defensivos porque son “llamados” en vez de ser ellos los que “llaman”, y pueden estar más preocupados por exonerarse a sí mismos de cualquier culpa que por colaborar para resolver el problema. Por esta razón, los consejeros deben ser especialmente sensibles a los comportamientos verbales y no verbales y dar su apoyo mientras intentan explorar el problema.

Asesoramiento de empleados

El asesoramiento de empleados incluye la discusión de un problema relacionado con el trabajo para valorar el desempeño del subalterno que necesita mejorarse. Este tipo de asesoramiento debería limitarse a preocupaciones laborales sin meterse con los problemas personales, para los cuales el gerente puede dirigir al empleado a programas de asistencia. Cuando el asesoramiento de empleados pierde su orientación hacia el problema en el desempeño, se corre el riesgo de que esto sea interpretado como una invasión a la privacidad.

Los gerentes tienen la obligación de realizar sesiones de asesoramiento relacionadas con el trabajo con sus empleados. Estas sesiones deben efectuarse tan a menudo como sea necesario, ayudando al personal en su desarrollo profesional a la vez que se tratan problemas de carrera a medida que ocurren. El gerente no debe posponer el asesoramiento de empleados hasta las entrevistas anuales o semestrales de valoración del desempeño. El permitir que los problemas se acumulen y tratar de manejarlos todos a un tiempo suele ser poco efectivo. El asesoramiento de empleados debe suceder tan cercano al incidente como sea posible.



El asesoramiento de empleados se enfoca en problemas relacionados con el trabajo.

Fuente: [iStock.com/fizkes](https://www.iStock.com/fizkes).

Aplicaciones del asesoramiento directivo

Los gerentes tienen un grupo diferente de habilidades. A menudo, los individuos que son extraordinarios en su experiencia profesional o en su capacidad de desempeñar una tarea profesional, son los seleccionados para dirigir a otros. Aunque los nutricionistas tienen una base sólida con respecto a las competencias para ser supervisores o gerentes, es deseable que cuenten con una experiencia adicional o educación profesional continua en el asesoramiento directivo o la resolución de conflictos.

Un ejemplo del uso del asesoramiento directivo es para discutir un desempeño laboral insatisfactorio. El asesoramiento se da una vez que el gerente ha valorado que el empleado conoce la descripción de su puesto, ha sido entrenado para ello y conoce las expectativas de desempeño. El asesoramiento directivo de empleados puede ser una forma de disciplina. La raíz de la palabra “disciplina” viene del latín y significa “entrenar” o “moldear”. Más que desempeñar el rol de un juez, la actitud del consejero tiene que ser la de un *coach* que se preocupa y que desea ayudar a otros a mejorar. El objetivo del asesoramiento de empleados es modificar comportamientos y desarrollar miembros productivos del equipo.²⁶

Guías para el asesoramiento directivo

Los gerentes se preparan para la sesión de asesoramiento con antelación, y eligen un tiempo adecuado y un espacio privado libre de interrupciones. Recaban ejemplos específicos de desempeño superior, promedio o por debajo del estándar, como los registros de asistencia o de servicio al cliente, y organizan la información antes de notificar al empleado. Los estándares de desempeño escritos deben basarse en requerimientos relacionados con el trabajo, provenientes de la descripción del puesto.²⁶ Existen varias etapas en la entrevista de asesoramiento, que incluyen fases de involucramiento, exploración, resolución y conclusión.

Etapas de involucramiento

Una vez que el gerente ha reunido la información sobre la calidad y cantidad del desempeño laboral del empleado, revisado la política escrita de la compañía y consultado con recursos humanos si el problema es serio, debe compartir y discutir los hechos con el empleado en forma oportuna. Para comenzar, el gerente debe establecer un ambiente apropiado. Al abrir la discusión con el miembro del personal, el consejero debe ser explícito en cuanto al deseo de resolver el problema más que de castigar. El objetivo es mejorar el desempeño del subalterno.²⁶

Una forma de mantener la conversación en niveles apropiados es centrar los comentarios en el desempeño en vez de hacer juicios sobre la persona. Es más objetivo y da más apoyo decir: “Ha llegado tarde seis veces en las últimas dos semanas”, que decir, por ejemplo: “Últimamente, parece que no le importa su trabajo; tiene una mala actitud”. Las inferencias no son hechos. No es posible que el gerente sepa la calidad de la “importancia” que el empleado da a su trabajo o la condición de su “actitud”, pero sí conoce los hechos objetivos, es decir, que el empleado ha llegado tarde seis veces en las últimas dos semanas.

Etapas de exploración

En esta fase se discuten los problemas. Es preferible que el gerente haya documentado los problemas laborales y los ejemplos a partir de su observación personal. A lo largo de la entrevista, el consejero se enfoca en las políticas de la compañía, los hechos objetivos, en ser específico acerca de lo que se ha visto, y los comportamientos que deben mejorarse. Si la queja viene de otros, y el supervisor o gerente no puede documentar los ejemplos a partir de su observación personal, debe discutir los efectos de la situación con el individuo, haciendo hincapié en aclarar los problemas y escuchar el punto de vista del subalterno. En forma proactiva, el gerente hace un esfuerzo por lograr que el empleado mejore en la manera de solucionar el problema.²⁷

Etapas de resolución

Enseguida, el gerente debe discutir las opciones del empleado sobre cómo corregir el comportamiento y las consecuencias de no hacerlo. La etapa de resolución debe generar metas específicas y planes de acción. Como en el asesoramiento no directivo,

el profesional debe proveer oportunidades adecuadas para que los empleados cuenten su versión de la historia, y sus comentarios deben ser parafraseados. Las personas no solo no saben lo que no saben, sino que caen con facilidad en la trampa de ver, escuchar y percibir en forma selectiva lo que esperan ver y escuchar.

Dar a los empleados la oportunidad de contar su versión de la historia, y después parafrasearla y empatizar con lo que están sintiendo, suele conducir a la colaboración en el proceso de resolución. Puede haber circunstancias atenuantes de las que nadie del personal está consciente, que causan el comportamiento del empleado. Quizá llega tarde al trabajo debido a la enfermedad terminal de un miembro de su familia o problemas de transporte, por ejemplo. Hacer que los empleados expliquen el problema desde su propia perspectiva puede añadir percepción y comprensión significativas. Los empleados son responsables de sus acciones, y también de mejorar. El gerente hace esfuerzos responsables por ayudar.

Etapas de conclusión

Después de que se ha llegado a un acuerdo sobre la solución, el gerente debe describir de la manera más específica posible, cuáles serán las consecuencias si los cambios acordados en el comportamiento del empleado no se realizan en el límite definido de tiempo. Se puede decir, por ejemplo: “Si vuelve a ausentarse sin avisar, tendré que emitir una notificación de advertencia a recursos humanos”. En este punto, el gerente tiene que recordar no exagerar las consecuencias o mencionar algunas que no se darán. Si el empleado continúa con su conducta problemática, el gerente debe avanzar al siguiente nivel del proceso disciplinario. El gerente cierra la sesión y documenta las metas y planes de acción.²⁶

Aunque verificar el entendimiento es importante en el asesoramiento no directivo, es igual de importante en el asesoramiento directivo. La tendencia de los empleados de experimentar síntomas fisiológicos de estrés a partir de la amenaza de ser llamados por el gerente eleva la posibilidad de que comprendan mal parte de la información. Tanto el gerente como el subalterno deben parafrasearse para verificar que cada uno ha comprendido al otro y que están de acuerdo en la solución final.

Una expresión de confianza y apoyo del gerente puede ayudar a asegurar la implementación exitosa de un plan de acción acordado por ambas partes. En vez de decir: “Bueno, vamos a ver qué pasa”, el gerente motiva más al empleado al decir: “Creo que estas son el tipo de ideas que pueden hacer una diferencia”. Debe recordársele a los empleados que son una parte importante del equipo y que sus aportaciones son valoradas. Si el plan de acción incluye un proceso de varios pasos para mejorar, es mejor establecer fechas para reuniones de seguimiento. Hacerlo no solo confirma el compromiso, sino que añade incentivo para comenzar con los cambios en el desempeño.

Al igual que en el asesoramiento no directivo, los gerentes deben estar atentos al comportamiento no verbal de apoyo durante la entrevista. La dinámica espacial del lugar debe permitir que dos personas se sientan cercanas, porque se comparten sentimientos y se da ayuda para resolver el problema. El gerente debe actuar, hablar, mirar y gesticular en una forma que permita que el subordinado infiera que el

propósito de la sesión es cambiar un comportamiento problemático, no rechazar ni castigar. Por último, el gerente debe conceder tiempo adecuado para la expresión completa de pensamientos, y programar múltiples sesiones cuando esto sea apropiado.

Medición de los resultados del asesoramiento

El resultado de un asesoramiento exitoso es alcanzar las metas o cambios de comportamiento deseados. Estas metas deben ser las del empleador, el consejero y, más importante, de los pacientes o empleados. La medición puede ser a corto o largo plazos. Más allá de los resultados individuales del paciente o del personal, los profesionales necesitan evaluar en forma sistemática los resultados de su asesoramiento para determinar su eficacia. Cuestiones tales como el número de sesiones de asesoramiento que suelen ser necesarias para crear el cambio, son esenciales para determinar las recomendaciones de cuidado y confirmar los resultados. La autoevaluación periódica de las habilidades de asesoramiento ayudarán al desarrollo profesional de las habilidades como consejero.

CAPÍTULO

6

Resumen

La efectividad de la comunicación mejora cuando el nutricionista utiliza estrategias y teorías apropiadas, y basadas en la experiencia, que promueven el cambio conductual. Este capítulo examinó diversas teorías y modelos utilizados en el asesoramiento, que incluyen asesoramiento directivo y no directivo, la entrevista motivacional y el modelo de creencias en salud. Los próximos capítulos proveen más información con respecto al asesoramiento.

Revisión y preguntas

1. Identifica tres diferencias entre asesoramiento directivo y no directivo.
2. ¿Cuáles son los puntos clave del modelo de creencias en salud?
3. Discute los cuatro principios de la entrevista motivacional.
4. ¿Qué estilo o enfoque de asesoramiento se recomiendan en la entrevista motivacional?
5. Define y menciona dos ejemplos de escucha reflectiva.

6. ¿Por qué es mejor dar a los pacientes más de una sugerencia cuando piden consejo?
7. Explica el proceso de asesoramiento de cuatro etapas utilizado en la sección de asesoramiento directivo. Proporciona un ejemplo de cómo funcionaría esto con un problema de ausentismo laboral.

Actividades sugeridas

1. Para practicar las afirmaciones de escucha reflectiva, formen grupos de dos, uno en el rol de un paciente y el otro de consejero. Cada paciente debe pensar en dos o tres cosas sobre sí mismo que le gustaría cambiar (por ejemplo, dormir más, comer mejor, bajar de peso, organizarse más y usar mejor el tiempo, superar el aplazamiento, ser más feliz, ver menos televisión, tener más amigos). Esto puede expresarse como: “Algo que me gustaría cambiar de mí mismo es . . .”. El profesional desarrolla una o dos hipótesis de lo que la persona quiere decir y pone una de ellas en una afirmación reflectiva en lugar de hacer una pregunta. El reflejo puede comenzar con algo como: “Usted siente . . .”, “Suenas como que usted . . .”, “Usted dice que...”, “Así que usted piensa...”.
2. Durante la semana próxima, practica parafrasear lo que otros dicen. ¿Qué reacciones obtienes? ¿Tu parafraseo tiende a causar que el otro siga hablando?
3. Escribe una paráfrasis y un comentario empático a los siguientes comentarios de un paciente:
 - A. “Me siento incómodo discutiendo mis hábitos alimentarios. Me avergüenzo de mi alimentación”.
 - B. “Como trabajo todo el día y mi familia está hambrienta cuando llego a casa, no tengo tiempo de cocinar”.
 - C. “Estoy en un punto donde no creo que pueda perder peso jamás”.
4. Formen grupos de tres que consistan en un nutricionista, un paciente y un observador. Cada persona tomará turnos en cada papel por 5 a 7 minutos para intentar el abordaje de entrevista motivacional. El paciente debe tomar el rol de una persona interesada en comer en forma saludable o que quiere bajar de peso. Después de cada ronda, el observador compartirá las reacciones al abordaje del nutricionista y alentará la retroalimentación del paciente al nutricionista. Desde el punto de vista del paciente, ¿qué hizo el nutricionista para ayudar a la interacción?; ¿qué hizo para obstaculizarla? Al final, discutan cómo les ayudó este enfoque.
5. Repitan la actividad anterior. El aconsejado es ahora un empleado que no termina su trabajo a tiempo. ¿Qué abordaje sería más útil aquí y por qué?

6. Durante la próxima semana, haz arreglos para presenciar la sesión de asesoramiento de un nutricionista, notando en particular lo que ocurre durante cada etapa del proceso. ¿Qué comportamiento del nutricionista facilita crear empatía y confianza? ¿Qué técnicas observas que se mencionaron en este capítulo? Discute qué características de un nutricionista exitoso se expresaron.
7. Después de cada una de las siguientes afirmaciones, utiliza un abordaje FRAME para considerar el comentario.
 - A. “Mi situación laboral es imposible. Parece que soy el chivo expiatorio de todos. Estoy comenzando a preguntarme si debería buscar otro trabajo”.
 - B. “No me parece justo tener que trabajar los fines de semana, cuando los empleados que solo tienen dos años en la compañía no tienen que hacerlo”.
 - C. “Me parece fácil prometerme a mí mismo cada mañana que hoy me adheriré al programa que diseñamos. Pero para el mediodía, comienzo a pensar que nunca podré cumplir con los cambios alimentarios por el resto de mi vida, así que, ¿para qué me esfuerzo?”.
8. Para practicar el desarrollo de comprensión y el uso de la escucha reflectiva, divídanse en parejas. Cada individuo debe prepararse para discutir una experiencia personal que sería difícil que los demás entiendan. El consejero puede usar preguntas abiertas, pero sobre todo reflejos. La tarea es usar las habilidades verbales y no verbales para comprender la experiencia que el otro describe. Después de 10 a 15 minutos, cambien roles. En la conclusión, el instructor puede contestar preguntas y pedir reacciones a la actividad.
9. Cuenta las “F” que hay en la siguiente afirmación:
LAS FASCINANTES FÁBULAS SON EL RESULTADO DE AÑOS DE ESTUDIO CIENTÍFICO COMBINADO CON LA EXPERIENCIA DE MENTES CREATIVAS. Compara las respuestas con varias personas. ¿Por qué obtuviste diferentes respuestas? ¿Cómo se relaciona esto con los problemas como consejero?

Asesoramiento y consejería para modificación de comportamiento



Objetivos

- Definir y distinguir los estilos de aprendizaje del condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el modelado.
- Aplicar los principios de modificación de comportamiento a situaciones clínicas como manejo de peso, diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular, y en la administración de los recursos humanos.
- Analizar los comportamientos de ingesta de acuerdo con el marco de referencia “ABC”.

- Comparar las técnicas de autovigilancia y automanejo.

CASO PRÁCTICO 1



Martha M. fue diagnosticada en fechas recientes con diabetes mellitus tipo 2. Tiene 50 años, mide 1.67 m (5 pies 6 pulgadas) y pesa 81 kilos (180 libras). Es un ama de casa casada con un electricista, y su único hijo está lejos, en la universidad. Cada vez le es más difícil motivarse para involucrarse en actividades fuera de casa ahora que esta se ha quedado vacía.

Martha describe su patrón habitual de alimentación como sigue: despierta en la mañana al mismo tiempo que su esposo, prepara café para ambos y un desayuno caliente para él antes de que se vaya al trabajo. Sigue bebiendo su café, pero no come. Toma su lista de quehaceres y la completa a eso de las 11:00 AM. Se recompensa después de una mañana ocupada comiendo un pan de dulce y prepara otra jarra de café. Durante el resto de la tarde, limpia la casa o trabaja haciendo manualidades hasta las 5:30 PM. No realiza ninguna actividad física regular. Entonces comienza a preparar la cena para que esté lista a eso de las 7:00 PM, cuando su esposo llega a casa. La cena habitual se compone de lasaña de salchichas y una pequeña ensalada; o pollo frito, puré de papas y salsa, y maíz enlatado; o espagueti con albóndigas, con pan de ajo tostado y leche. Por lo general, comen un postre o comparten un tazón de helado o un brownie mientras ven una película.

Trata a un hombre como es y se convertirá en lo que es; trata a un hombre como puede ser y se convertirá en lo que puede y debe ser.

—Goethe

Introducción

¡Baja de peso! ¡Deja de fumar! ¡Controla tu azúcar sanguínea! Estos consejos son fáciles de decir pero requieren de todo un proceso para implementarse y mantenerse. Este proceso se denomina modificación de comportamiento. Cambiar los comportamientos es una de las tareas más difíciles para la gente, porque la conducta humana es muy compleja. Los comportamientos complejos suelen basarse en una combinación de características heredadas y adquiridas. Las primeras no se pueden cambiar, así como es imposible alterar cualquier atributo genético. Sin embargo, las características adquiridas, aquellas moldeadas por el entorno y experiencia de una persona, sí pueden alterarse. Las conductas aprendidas o adquiridas pueden ser cambiadas o modificadas, pero esto suele requerir del abordaje correcto en el momento correcto.

Las consecuencias impulsan el comportamiento. La mayoría de las conductas indeseables se adquieren y se mantienen por los mismos principios que el comportamiento idóneo, y en algunos casos las conductas no saludables cambiarán en forma natural.¹ No obstante, el papel de un asesor en cambio conductual, en algunas situaciones, es resaltar la compensación costo-beneficio para el paciente o revelar de qué manera los “pros” pesan más que los “contras” del cambio.

En la modificación de comportamiento, el nutricionista intenta alterar conductas aprendidas en forma previa o alentar el desarrollo de nuevos comportamientos.² Por ejemplo, es a menudo difícil influir en pacientes que no quieren ver el peligro de salud en sus hábitos actuales. Las preferencias de alimentos y los comportamientos alimentarios tienen raíces profundas dentro del individuo y pueden ser muy resistentes al cambio. Además, los comportamientos pueden definir a los individuos en términos de lo que piensan y sienten y cómo reaccionan a ciertas situaciones.¹ La renuencia a hacer cambios se presenta cuando no se identifica un buen razonamiento ni hay un proceso gradual para el cambio. El asesoramiento para modificación de comportamiento puede ayudar a reducir la resistencia al cambio.

La simple provisión de información acerca de qué comer suele ser insuficiente para promover alteraciones en los comportamientos alimentarios o la adherencia a la terapia médica nutricional. En esos casos, puede ser útil diferenciar entre instrucciones alimentarias y modificación de conducta. De hecho, el lenguaje estandarizado del proceso de cuidado nutricional (PCN) hace una distinción clara entre el conocimiento nutricional y los comportamientos que influyen en las metas relacionadas con la nutrición.³

Al contrario de las instrucciones alimentarias tradicionales, el asesoramiento nutricional para la modificación de comportamiento guía al paciente a asumir la responsabilidad del cambio.⁴ El poder de transferir la decisión del profesional al paciente reduce el riesgo de recaída o falla. Con el tiempo, incluso los individuos sometidos a la intervención a corto plazo mejor diseñada pueden recaer después de terminar el programa formal. Si la responsabilidad de las decisiones se transfiere al paciente, tiene más probabilidades de modificar sus elecciones alimentarias. Difícil como parece, es incluso más desafiante implementar con eficacia este abordaje en una intervención nutricional en el escenario de cuidados agudos. Los principios de modificación de comportamiento pueden usarse junto con la información sobre nutrición, porque ofrecen al nutricionista una dimensión adicional al asesoramiento: la combinación de las ciencias de la psicología y la fisiología con el arte de la terapia.⁴

Los principios de la modificación de comportamiento se aplican a varios aspectos de la terapia nutricional médica. Una de las primeras aplicaciones y que se usaban con más frecuencia fue en el tratamiento de la obesidad. La terapia para comportamientos indeseables de alimentación relacionados con la diabetes mellitus, la enfermedad cardiovascular (ECV) y otras enfermedades crónicas son usos potenciales de la modificación de conducta. En la prevención, la técnica puede aplicarse al bienestar y a la reducción del riesgo de enfermedad. Si los comportamientos alimentarios no saludables se modifican a favor de alternativas saludables, puede disminuir la incidencia de enfermedades asociadas a la nutrición.

ANÁLISIS DEL CASO 1



En preparación para tu sesión de asesoramiento inicial con Martha, recopila una lista de ideas y

En la administración de recursos humanos, los supervisores pueden estar interesados en alterar el comportamiento de los empleados y alentar el desarrollo de nuevas conductas. También puede fijarse la meta de una interacción más efectiva entre compañeros y supervisores. Aunque el término *modificación de comportamiento* en el contexto de la administración de recursos humanos puede sonar manipulador, un supervisor honesto y comprensivo puede usar los principios al compartir con los empleados las metas del proceso. El modelado es una técnica usada con frecuencia en los programas de capacitación. De igual forma, la gente en posiciones de liderazgo puede usar técnicas para ayudar al personal a evaluar situaciones y hacer ajustes, o cambios de conducta, según se necesite para obtener los resultados deseados.⁵

En este capítulo se revisa los principios de aprendizaje y el proceso de modificación de comportamiento que han evolucionado a partir de la información. Se incluye el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante o instrumental basado en el refuerzo positivo o recompensas, y un aprendizaje observacional o modelado a partir de otros. Los principios de modificación conductual se discuten en el contexto de aplicaciones de práctica selectas y administración de recursos humanos. El papel de la cognición, o las percepciones mentales de eventos y su efecto en el comportamiento, se cubre con más detalle en el [capítulo 8](#).

Condicionamiento clásico

Los métodos de modificación de comportamiento se basan en principios de aprendizaje que en su mayoría han sido descubiertos en el laboratorio experimental. Quizás los animales más conocidos en la historia de la psicología son los perros del laboratorio de Ivan Pavlov, el fisiólogo ruso que investigaba los procesos digestivos.⁶ Por casualidad, Pavlov notó que sus animales de laboratorio salivaban no solo cuando se les presentaba la comida sino también cuando el asistente de laboratorio, que era quien los alimentaba, entraba a la habitación; a veces, incluso salivaban ante el sonido de la puerta del laboratorio al abrirse. Pavlov pasó el resto de su vida investigando un tipo de aprendizaje basado en la asociación, conocido ahora como condicionamiento clásico.

Pavlov se dio cuenta de inmediato que la respuesta de salivación a los asistentes de laboratorio y a las puertas ruidosas no era parte del bagaje fisiológico del animal. Los perros salivaban incluso cuando ocurrían eventos que se habían repetido en forma regular antes de la presentación del alimento. Aparentemente, se había formado una asociación entre algún evento y la futura aparición de la comida.

Pavlov notó que ciertos estímulos o eventos ambientales siempre desencadenaban o producían una respuesta conductual en particular. Por ejemplo, el alimento en el hocico de un perro siempre produce saliva. El evento desencadenante, la comida en la

boca, se conoció como el *estímulo no condicionado*, mientras que la respuesta propiciada por la salivación se denominó *respuesta no condicionada*. Esta relación se creaba en el organismo y por lo tanto no era condicionada.

El *condicionamiento* ocurre cuando un estímulo neutral, que originalmente no desencadena una respuesta en particular (por ejemplo, la salivación), a la larga produce esa respuesta. Eso sucede coordinando el estímulo neutral original con el estímulo no condicionado. Cuando ha ocurrido el condicionamiento, el *estímulo condicionado* (EC), que antes era neutral, ahora produce la misma respuesta que el estímulo no condicionado, o uno muy similar. En el ejemplo, el EC era la presencia del asistente. Pavlov demostró que las campanas, los tonos, las luces y muchos otros estímulos podían servir como EC, y llegaban a producir la respuesta de salivación, nombrada *respuesta condicionada* porque es desencadenada o producida por un EC.⁶

Se ha descubierto que muchos tipos de respuestas reaccionan a los principios del condicionamiento clásico. No solo las respuestas reflectivas, como la salivación y el parpadeo, sino también las respuestas emocionales complejas pueden ser condicionadas en la forma clásica. El corazón se acelera y “perlas” de sudor aparecen en la frente cuando uno escucha la sirena de una ambulancia que se aproxima a la casa de un vecino. El mismo fenómeno puede ocurrir cuando el maestro pasa las preguntas del examen. Trata de construir un escenario que contemple esta respuesta en términos de los principios del condicionamiento clásico o piensa en situaciones nutricionales en donde el condicionamiento clásico puede jugar un papel en el comportamiento humano o en las respuestas emocionales.

Condicionamiento operante

Más o menos al mismo tiempo que Pavlov delineaba los principios del condicionamiento clásico, un joven científico estadounidense, Edward Thorndike, investigaba los principios del aprendizaje desde otra perspectiva. Thorndike usó muchos tipos de animales en su investigación y diseñó y construyó “laberintos” para gatos. Colocó a un gato hambriento dentro de laberinto, y puso el alimento fuera de él. Para tener acceso a la comida, el gato tenía que resolver cómo escapar del laberinto. Thorndike observó que los gatos hacían respuestas de prueba y error hasta que lograban escapar y comer el alimento. Poco a poco, el tiempo requerido para resolver el laberinto se redujo. De hecho, el comportamiento que tuvo éxito para pasar esta prueba se volvió dominante, y todas las conductas que no sirvieron fueron eliminadas.⁶

Thorndike propuso una explicación para este fenómeno, basado en un principio que denominó la Ley del Efecto. Esta ley postulaba que las consecuencias podían cambiar los comportamientos. Las respuestas que eran seguidas de consecuencias satisfactorias se fortalecerían. Los comportamientos que no producían consecuencias satisfactorias, o consecuencias molestas, se debilitarían y tenderían a ocurrir menos en el futuro. La Ley del Efecto de Thorndike se aplicó a principios de aprendizaje y fue el fundamento para el estudio del condicionamiento operante o instrumental, que

es el aprendizaje basado en el reforzamiento o recompensa.

El punto focal de la investigación de la ley del efecto es la relación entre las respuestas, o comportamientos, y las consecuencias de tales conductas. Se han caracterizado cuatro tipos de respuesta.⁶ Primero, las respuestas o comportamiento pueden producir resultados positivos, una consecuencia conocida como *refuerzo positivo*. Un ejemplo de refuerzo positivo serían los elogios y la atención que una persona con sobrepeso recibe después de bajar una cantidad ostensible de peso. Segundo, las respuestas pueden producir resultados negativos, consecuencia que se denomina *castigo*, el cual disminuye la futura probabilidad de una respuesta. Los ejemplos de castigo pueden incluir el recibir una multa de tránsito por darse una vuelta prohibida o la incapacidad de usar un atuendo favorito después de aumentar de peso.

Tercero, las respuestas pueden producir la remoción de estímulos adversos que ya están presentes. Esta consecuencia se conoce como *refuerzo negativo* o escape, y es similar al refuerzo positivo en que aumenta la probabilidad futura de una respuesta. Algunos ejemplos de refuerzo negativo serían escapar de un aburrido programa de televisión cambiando el canal, o eliminar o reducir los agentes hipoglucémicos en la diabetes tipo 2 al perder peso y seguir un plan sólido de alimentación.

Por último, las respuestas pueden evitar que ocurra un evento desagradable. Por ejemplo, comprometerse con una actividad física regular para evitar aumentar de peso. El evitar eventos adversos aumenta la probabilidad de la respuesta, tal como lo hace el refuerzo positivo. Los comportamientos que no se refuerzan en forma positiva ni negativa suelen debilitarse.

Conductistas posteriores siguieron a partir de donde Thorndike terminó. B.F. Skinner es mejor conocido por proponer una serie de métodos y términos para explicar el comportamiento con base en los principios del condicionamiento operante. Skinner desarrolló una situación en donde podía observarse y grabarse el comportamiento en unidades discretas. Esta situación era una cámara operante, que se ha denominado “caja de Skinner”. Las presiones de las ratas sobre la palanca y los picoteos de los pichones han sido las respuestas estudiadas con más frecuencia. Sin embargo, el entusiasmo de Skinner por el abordaje conductista no se limitó a los animales inferiores, ya que propuso una aplicación más amplia de los principios establecidos. De hecho, el abordaje conductista se ha vuelto una importante técnica práctica en muchos escenarios como salones de clase, intervenciones de salud mental, prisiones, oficinas y situaciones de automanejo.^{1,5}



Los padres y cuidadores moldean los hábitos alimentarios de los niños.

Fuente: US Department of Agriculture.

Modelado

Además del condicionamiento clásico y operante como formas de cambio conductual, hay una tercera forma de aprendizaje que se conoce como aprendizaje observacional o modelado. El aprendizaje por modelado implica la observación de cierto comportamiento o patrón de conducta que es seguido por la realización del mismo comportamiento o de uno similar. Albert Bandura está asociado con este método de aprendizaje por modelado.⁷ En la modificación de comportamiento para el descenso de peso, por ejemplo, una persona podría “comer como una persona delgada” para obtener un modelo de las elecciones alimentarias, tamaños de porciones y duración de las comidas propios de alguien que demuestra la habilidad.

La efectividad del aprendizaje por modelado parece estar relacionada en forma directa con ciertas características del modelo. Las dos características que se consideran más relevantes son la similitud del observador con el modelo y el estado del modelo. Mientras más similares sean las características del modelo a las del observador, más alta será la probabilidad de que este aprendizaje ocurra. Las “estrellas” del cine y la televisión y otras personas bien conocidas capitalizan en el modelado produciendo libros y videos de sus programas de nutrición y acondicionamiento físico. Mucha gente modela a partir del comportamiento de una persona con *status*, aun cuando nutricionistas y fisiólogos del ejercicio relativamente

desconocidos pero con entrenamiento profesional puedan desarrollar programas tan efectivos o más.

El moldeado del comportamiento comienza a edad temprana. Los padres y cuidadores de los niños sirven como modelos para formar los comportamientos y hábitos alimentarios. Tanto los hábitos alimentarios buenos y malos, como los comportamientos saludables o restringidos pueden ser modelados y por lo tanto comunicados a niños y adolescentes que están moldeando sus comportamientos, y probablemente los conservarán durante la adultez.⁸ Las elecciones alimentarias a largo plazo de los niños pueden provenir de los patrones alimentarios de las figuras paterna y materna. El asesoramiento nutricional puede dirigirse a los padres, para su propio beneficio y el de sus hijos.^{8,9}

Para aprovechar el modelado, los nutricionistas pueden tratar de compartir historias de éxito de gente que ha realizado modificaciones alimentarias permanentes a beneficio de su salud. Ten en cuenta que a menudo el paciente ve al nutricionista como modelo y, para este fin, estos deben seguir las recomendaciones nutricionales saludables que dan a otros.

El modelado conductual se usa en programas de capacitación de personal para enseñar técnicas básicas de supervisión, habilidades de ventas y una variedad de otras habilidades verbales a través de la observación de películas y videos. Los nuevos empleados pueden asignarse a trabajar con el personal actual que sirve de modelo de comportamientos deseables. Los gerentes deben asegurarse de que sus propias conductas ejemplifiquen lo que esperan de sus empleados.⁵ Si el supervisor agrega 10 minutos al tiempo permitido para el descanso, por ejemplo, los empleados pueden modelar de acuerdo con el ejemplo establecido.

Una gran parte del aprendizaje y comportamiento humanos se traduce sin duda en modelado, aun cuando el hincapié tradicional ha sido en el enfoque conductual o estímulo-respuesta para explicar los cambios de comportamiento, o la adquisición o extinción de respuestas.⁶ Estos tres abordajes: condicionamiento, condicionamiento operante y modelado, forman la base de la modificación del comportamiento. La posición conductista es que muchos comportamientos son aprendidos y alterables a través del uso de estos tres principios de aprendizaje.

Nota, sin embargo, que los individuos pueden ser más o menos resistentes al cambio conductual, dependiendo en qué fase están del continuo de las etapas del cambio (véase el [capítulo 5](#) para una discusión a fondo del modelo de las etapas del cambio). Una barrera a la comunicación efectiva es que el abordaje de asesoramiento puede ser implementado en forma errónea en una etapa en particular, pero puede ser efectivo en una fase distinta. En consecuencia, el asesoramiento para cambio de comportamiento puede emplear diversos enfoques en las etapas particulares.^{4,5}

AUTOEVALUACIÓN 1



Describe ejemplos de modelado que hayas experimentado.

Cambio de los comportamientos alimentarios

A medida que los principios que gobiernan el comportamiento y el cambio de conducta son definidos en forma más clara, es cada vez más aparente que los nutricionistas y los científicos conductuales deben trabajar juntos para proveer métodos de usar estos principios en aquellos escenarios donde los cambios en los hábitos alimentarios son la meta principal. La American Heart Association ha sido uno de los líderes en fomentar este tipo de colaboración y ha creado una guía clínica práctica en intervenciones para el estilo de vida.¹⁰ La aplicación más común ha sido el manejo conductual de la obesidad, pero los programas en colaboración han llevado a su aplicación en áreas de interés tan diversas como ECV, enfermedades alimentarias y diabetes mellitus.

Los comportamientos alimentarios deben estudiarse en términos del entorno total del paciente, lo que incluye los factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, fisiológicos y ambientales compuestos por todas las condiciones y eventos que preceden y siguen a la alimentación. Los científicos conductuales se han referido a esto como el marco de referencia “ABC”, derivado de un análisis del acrónimo *Antecedents* (antecedentes) de estímulos o señales, la respuesta *Behavior* (conductual) en sí misma o acto de comer, y el reforzamiento o recompensa de las *Consequences* (consecuencias) del comportamiento.¹¹

Como ejemplo del marco de referencia ABC, considera el siguiente escenario: un hombre solo en su casa descubre un paquete de galletas en el mostrador de la cocina; esto puede considerarse el antecedente o clave. En seguida, el hombre come algunas o todas las galletas; esto se considera el comportamiento. Después de comer las galletas, el hombre experimenta las consecuencias: satisfacción por el sabor de las galletas, con sensaciones reducidas de hambre o frustración que refuerzan el comportamiento. El nutricionista y el paciente deben hallar formas de disminuir los comportamientos alimentarios indeseables y aumentar los nuevos y deseables.

Antecedentes

Las técnicas de modificación de comportamiento funcionan regulando los antecedentes, el comportamiento de comer en sí mismo, y las consecuencias o recompensas. El análisis de los antecedentes del comportamiento busca controlar o limitar los estímulos o señales para comer. Por ejemplo, una clave podría ser ver u oler comida, ver la televisión, llegar a casa del trabajo o la escuela, asistir a un evento social o notar la presencia de comida extra en la mesa a la hora de cenar. El comportamiento puede ser influenciado por factores tanto internos como externos. Puede haber señales internas, como sensaciones fisiológicas de hambre o sentimientos psicológicos de soledad o aburrimiento. Otras variables externas pueden detonar el comer, como darse cuenta de la hora del día o pasar por una heladería. Tanto los factores internos como externos pueden estar mediados por factores cognitivos, como no dar importancia a los niveles de peso actuales o no querer quitarse el apetito para la próxima comida.¹²

Una vez identificados los antecedentes, la teoría de la variable mediadora recomienda identificar la variable que más se asocia con el comportamiento.¹³ La premisa es que si se altera la variable mediadora, puede esperarse que esto influya en el comportamiento asociado con esa variable. Por el contrario, si la asociación entre el comportamiento y la variable es débil, no se espera que los cambios en la variable mediadora se manifiesten en un cambio de comportamiento exitoso.

AUTOEVALUACIÓN 2



1. ¿Cuáles son tus señales para comer?
2. ¿Cuáles son las variables mediadoras fuertes para tus comportamientos alimentarios?
3. El párrafo introductorio incluyó el ejemplo de un hombre que come galletas en la cocina. ¿Cómo pueden modificarse las señales de esta situación?



Estudiar puede ser una señal para comer.

Fuente: Copyright Wolters Kluwer.

La estrategia de modificación de comportamiento implica disminuir la exposición a situaciones en donde la comida se usa como recompensa o como el punto central de una actividad. En el [recuadro 7-1](#) se proporciona una lista de sugerencias para cambiar el comportamiento que han sido recomendadas por varios autores para personas que desean bajar de peso.^{5,11,12} Para modificar los antecedentes, el nutricionista puede sugerir quitar las señales negativas (no comprar alimentos inapropiados); introducir nuevas señales más positivas (ejercitarse en vez de comer); restringir el comportamiento de una serie de señales (comer solamente en horas designadas); reestructuración cognitiva (explorada en el [capítulo 8](#)); y juego de roles (nuevas respuestas a viejos antecedentes, diciéndole a un amigo que prefiere ir al cine

que a comer una pizza). Otras estrategias son romper la cadena de respuesta y planear antes el comportamiento.^{2,4}

Planear con antelación las comidas y colaciones, y tener en casa solo alimentos apropiados es preferible a esperar tener autocontrol cuando se tiene hambre. También es útil planear con anticipación las ocasiones sociales y el ejercicio. Puede ser necesario incluir pequeñas porciones de alimentos favoritos en el régimen para evitar sentimientos de privación total y el posible abandono de los cambios alimentarios. Hacer lo correcto es algo que mejora con el control de estímulos. La meta de preplanear para controlar los antecedentes es disminuir el número de veces en que una persona se expone a situaciones tentadoras, para que el comportamiento del paciente se ponga a prueba lo menos posible.¹⁴

- I. Proveer incentivos para ayudar a los pacientes a mantener el compromiso
 - A. Determinar formas de centrar la atención en experiencias exitosas. Un comentario positivo del nutricionista es de utilidad y tú siempre puedes hallar algo positivo que decir.
 - B. Alentar a la gente a contar a otros sobre sus metas alimentarias. Este compromiso público a menudo ayuda a mantenerse en el curso de acción.
 - C. Hacer que la persona anticipe los problemas que puedan surgir y considere posibles soluciones antes de que se presenten. Tener listo un plan facilitará el concentrarse en la meta.
 - D. Concentrarse en los alimentos y porciones permitidos en vez de en los que no se permiten. Ser positivo.
 - E. No dejar de recordar a la persona que el cambio alimentario es un proceso gradual. Los hábitos alimentarios no se desarrollaron en poco tiempo, y es probable que no puedan cambiarse de modo significativo a corto plazo. Establecer metas realistas para cambios inmediatos y a largo plazo. Alentar sucesivas aproximaciones al comportamiento deseado.

II. Aprender hábitos alimentarios y de ejercicio llevando registros

Una persona no puede cambiar un hábito hasta que sepa cuál es. La autovigilancia con registros precisos de los alimentos consumidos es necesario para el control conductual de la ingesta. Este ejercicio de llevar registros puede identificar los patrones de ingesta alimentaria de la persona, y las señales asociadas con el consumo, así como el resultado emocional de comer. La persona se volverá más consciente de los estímulos ambientales asociados con el comportamiento alimentario. La información que debe registrarse sería:

- A. Qué alimentos se consumieron.
- B. Cantidad de cada alimento.
- C. Qué estaba haciendo la persona antes de comer, para ayudar a identificar las señales.
- D. El lugar donde se generaron las señales para comer.
- E. Con quién come, o si las señales se producen estando a solas.
- F. Cómo sintió la persona las señales.

G. Hora en que se generaron las señales.

III. Controlar las señales para comer y reestructurar el entorno

A. Entorno físico.

1. Con base en los registros, la persona debe identificar los estímulos físicos del entorno que están asociados y por lo tanto son señales de comportamientos alimentarios inapropiados. Distintos estímulos se asocian con el acto de comer y pueden volverse señales para el consumo apropiado o inapropiado de alimentos.
2. Pedir a la persona que identifique los estímulos físicos que pudieron recordarle comer en forma apropiada. Por ejemplo, gráficas, caricaturas, signos y elementos similares. La presencia de alimentos apropiados en casa es probablemente la mejor señal para comer de modo apropiado, complementado con la eliminación de alimentos inapropiados.
3. La persona debe especificar un lugar especial para consumir los alimentos, como la mesa del comedor y no en frente de la televisión o el fregadero de la cocina.
4. Hacer que los alimentos que son aceptables para el plan nutricional sean tan atractivos como sea posible. Usar platos bonitos, cristal y todo aquello que haga que comer sea un evento placentero.
5. Establecer sesiones de compras basadas en las siguientes sugerencias:
 - a. Comprar los alimentos solo después de comer.
 - b. Usar una lista de compras.
 - c. Evitar alimentos listos para comer.
 - d. No llevar más dinero del necesario para la lista de compras.
6. Establecer planes y actividades específicos:
 - a. Sustituir el comer botanas por hacer ejercicio.
 - b. Consumir las comidas y las colaciones en horas programadas.
 - c. No aceptar alimentos ofrecidos por otros.
 - d. Almacenar la comida fuera de la vista.
 - e. Quitar los alimentos de áreas de almacenamiento inapropiadas en la casa.
 - f. Usar platos más pequeños.
 - g. Evitar ser quien sirva la comida.
 - h. Levantarse de la mesa de inmediato después de comer.
 - i. Deshacerse de las sobras.
7. Con respecto a eventos especiales y festividades:
 - a. Consumir menos bebidas alcohólicas.
 - b. Planear comer antes de las fiestas.
 - c. Consumir una colación baja en calorías antes de las fiestas.
 - d. Practicar formas políticas de declinar la comida.
 - e. No descorazonarse por caídas ocasionales.

B. Entorno social.

1. La persona debe identificar los tipos de situaciones sociales que contribuyen a los malos hábitos alimentarios. Ejemplos de estímulos en el entorno social que pueden contribuir a que la persona tenga

dificultades serían comentarios negativos de los miembros de la familia o amigos y situaciones sociales en las cuales hay expectativa de consumir alimentos inapropiados o no permitidos.

2. La persona debe identificar los tipos de interacciones sociales que apoyen los buenos hábitos alimentarios y seguir el plan nutricional. Puede ser de utilidad el juego de roles, en el que la persona practique cómo pedirá a los demás que le ayuden a cambiar sus hábitos alimentarios.

C. Entorno mental o cognitivo.

1. La persona debe identificar los pensamientos y sentimientos que contribuyan al fracaso en cambiar los hábitos alimentarios.
2. Una vez que la persona ha identificado los posibles pensamientos negativos que pueden llevarla a desalentarse, ayudarla a desarrollar algunos pensamientos positivos que pueda usar para contrarrestar los negativos.
3. Evitar fijar metas que no sean razonables.

IV. Cambiar el comportamiento alimentario actual

A. Ir despacio.

1. Tomar un bocado pequeño por vez.
2. Poner el tenedor en el plato entre bocados.
3. Masticar bien antes de deglutir.
4. Tomarse un descanso durante la comida. Dejar de comer por completo por un breve periodo.

B. Dejar algo de comida en el plato.

C. Hacer que consumir alimentos inapropiados sea tan difícil como sea posible.

D. Controlar las colaciones.

1. Dejar los alimentos permitidos de las comidas para las colaciones.
2. Establecer comportamientos que sean incompatibles con comer.
3. Preparar las colaciones en la forma en que se preparan las comidas: en un plato.
4. Mantener a la mano cierta cantidad de alimentos bajos en calorías, como verduras crudas; tenerlos listos para comer y fáciles de conseguir.

E. Instruir a la persona que cuando coma no debe estar haciendo nada más. Las señales asociadas con el comer deben ser restringidas a un solo acto, para que la persona no coma mientras lee, cose, ve la televisión, y así.

F. Hacer que la persona continúe con la autovigilancia.

V. Cambiar el comportamiento del ejercicio

A. Actividad rutinaria.

1. Aumentar la actividad rutinaria.
2. Aumentar el uso de las escaleras.
3. Llevar registros de la distancia que se camina a diario.

B. Ejercicio.

1. Comenzar con un programa de ejercicios supervisado por un especialista.

2. Llevar registros del ejercicio diario.
 3. Aumentar el ejercicio de manera gradual.
- VI. Establecer un sistema de recompensa y reforzamiento
- A. Hacer que la familia y los amigos presten su ayuda en forma de elogios y recompensas materiales.
 - B. Definir con claridad los comportamientos que hay que reforzar.
 - C. Usar los registros de autovigilancia como base para las recompensas.
 - D. Planear recompensas específicas para comportamientos específicos. Usar los contratos escritos.
 - E. Hacer que las recompensas sean cada vez más difíciles de obtener.
 - F. Usar refuerzos creativos, como pequeños depósitos en un banco, guardar dinero por cada meta alcanzada y destinarlo a algo que se desea. Quitar dinero como castigo si la meta no se logra.

Recuadro 7-1 ■ Técnicas de modificación de comportamiento.

Fuente: De Farmer RF, Chapman AL, *American Psychological Association.*

Behavioral Interventions in Cognitive Behavior Therapy: Practical Guidance for Putting Theory into Action. 2a ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2016; Wadden T, Butryn M, Hong P, et al. Behavioral treatment of obesity in patients encountered in primary care settings. JAMA. 2013;1217:1779-1791; y Lin JS, O'Connor E, Whitlock EP, et al. Behavioral counseling to promote physical activity and a healthful diet to prevent cardiovascular diseases in adults: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2012;153-736-750.

En algunos casos, las respuestas se dan en cadenas, en las que cada respuesta produce el estímulo para la siguiente. Un ejemplo de una cadena es ver televisión, ir a la cocina durante los comerciales, tomar una botana, comer la botana y sentirse satisfecho o menos aburrido como refuerzo. Deben identificarse los componentes de la cadena, y después debe planearse cómo romperla, como hacer ejercicio de estiramiento o poner la lavadora durante los comerciales.

ANÁLISIS DEL CASO 2



¿Cuáles son los posibles antecedentes o señales de Martha para comer? ¿Puedes identificar alguna cadena de respuestas?

Comportamiento

Una vez identificados los antecedentes, el nutricionista y el paciente pueden explorar el comportamiento alimentario en sí mismo investigando la velocidad para comer, las razones para hacerlo, la presencia de otros y las actividades realizadas durante las

comidas o colaciones, como ver televisión. Por ejemplo, la cadena de comer demasiado rápido puede romperse introduciendo pausas o retrasos, como soltar los cubiertos después de un bocado o detenerse a conversar. Los comportamientos alimentarios también pueden modificarse alentando a la persona a concentrarse en comer como un evento aislado en el que se enfoca en el acto de comer y disfrutar los sabores de los alimentos.

ANÁLISIS DEL CASO 3



Identifica dos cambios de comportamiento específicos que Martha podría querer intentar.

Consecuencias

Las consecuencias de comer se describen como reforzamientos o recompensas. Dado que el comportamiento puede mantenerse por sus consecuencias, se hacen esfuerzos por conseguir consecuencias que conservarán los comportamientos deseables. Las consecuencias de comer pueden ser positivas, negativas o neutrales. En general, las consecuencias positivas son más efectivas para promover el cambio que las negativas o de castigo. Los reforzamientos pueden ganarse durante un largo periodo, o pueden ser a corto plazo. Por ejemplo, un reforzamiento a largo plazo podría ser poder usar una talla más chica después de un programa de descenso de peso. Un reforzamiento a corto plazo podría ser evitar comprar “calorías vacías” de la máquina de botanas, guardar el dinero que podría haber sido gastado en botanas y después comprar un libro al final de la semana con el dinero ahorrado. Pueden incluirse alternativas al acto de comer, como caminar o hacer ejercicio, llamar a una amiga, hacer algo de jardinería o trabajar en un pasatiempo.

Si los hábitos alimentarios actuales del paciente son placenteros y considera que la comida es una recompensa, entonces deben establecerse recompensas nuevas y diferentes. Comer es un comportamiento poderosamente motivado, cuya ocurrencia es necesaria para mantener la vida, lo cual es un reforzamiento positivo. El nutricionista puede ayudar a identificar nuevos reforzamientos con el paciente y a introducir elecciones alimentarias más saludables.

Se puede desarrollar un gusto adquirido para una variedad más amplia de alimentos y provocar elecciones más saludables. En algunos casos, un paciente puede estar consciente de alimentos preparados en una sola forma que no fueron agradables. Si se describe un nuevo método de preparación, el paciente puede ser receptivo a probar de nuevo el alimento. Por ejemplo, a la persona pueden no gustarle los espárragos porque solo los conoce como un vegetal largo y delgado que se hierva y se cubre con salsa holandesa. Si se le dice que los espárragos pueden asarse para lograr un sabor delicioso, puede tener la mente lo bastante abierta para probarlos de nuevo y tal vez desarrolle un gusto por este vegetal bajo en grasa. Los cambios agradables en los patrones alimentarios también son autorreforzadores. Si los nuevos patrones son una obligación y disgustan, no proveerán autorreforzamiento.

El nutricionista puede trabajar con el paciente para establecer reforzadores. Preguntar: “¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre?”, puede identificar reforzadores de actividad, como caminar; ir al cine, al teatro o a eventos deportivos; tomar un baño; arreglar las plantas; tejer; jugar cartas; o leer. Los reforzadores sociales pueden identificarse preguntando: “¿Con quién le gusta estar?”. Estos reforzadores pueden incluir visitar o llamar a la familia o amigos. Otras preguntas son: “¿Qué le disfruta hacer?”, y “¿Qué le gusta comprar cuando tiene dinero extra?”, además de alimentos no saludables, por supuesto.⁴ En el [recuadro 7-2](#) se resume la identificación de reforzadores.

1. Haga una lista de actividades recreativas y pasatiempos que disfruta.
2. Haga una lista de la gente con la que le gusta estar.
3. Haga una lista de las cosas que le gustaría comprar con pequeñas cantidades de dinero extra.
4. ¿Qué le relaja?
5. ¿Cómo le gusta divertirse?
6. ¿Cuáles son sus posesiones favoritas?

Recuadro 7-2 ■ Identificación de reforzadores.

Un punto muy importante aquí es reconocer que el nutricionista también es parte del reforzamiento. En vez de enfocarse en los fracasos, el nutricionista debe hacer hincapié en lo que la persona ha hecho bien, con recompensas verbales y elogios. Recordar a los pacientes recompensarse a sí mismos en forma cognitiva diciéndose que están progresando y que están haciendo algo bien. Para los obesos, la capacidad de ponerse ropa de una talla más chica que ha estado colgada en su clóset y el descenso de peso en sí mismo son reforzantes. Deben establecerse e introducirse nuevos reforzadores para el mantenimiento del peso, como participar en actividades placenteras, inscribirse en un gimnasio para realizar actividad física, asistir a eventos sociales que no se centren en la comida, o pasear en los centros comerciales. El reforzamiento provisto por los seres queridos y la autovigilancia se discuten más adelante en este capítulo.

AUTOEVALUACIÓN

3



1. ¿Qué recompensas obtienes de comer?
2. ¿Qué recompensas piensas que otros obtienen de comer?
3. Identifica uno o dos reforzadores que puedan ayudar a cambiar tu comportamiento alimentario.

Después de identificar una o dos metas o cambios alimentarios, se debe establecer un programa de reforzamiento, que especifique qué comportamientos, si los hay,

deben ser reforzados y qué tan seguido se proveerán los reforzamientos. El reforzamiento continuo es el método más simple, pero puede perder su efectividad si se abusa del reforzador. Una alternativa es el reforzamiento intermitente, como tres veces o una vez al día. A la larga, el tiempo entre reforzamientos puede alargarse. El programa debe ser apropiado al comportamiento que se trata de fortalecer, conveniente para que la persona lo aplique, e implementado de inmediato para obtener un efecto mayor. El nunca reforzar un comportamiento lleva a su extinción.^{2,5,11}

Los contratos pueden ser deseables en algunos casos. Los contratos son declaraciones claras de comportamientos-objetivo del individuo; especifican el tipo de reforzamientos a usar, la persona que los entregará, y su frecuencia. El nutricionista y el paciente los fechan y los firman. Los contratos aseguran que todas las partes están de acuerdo con las metas y procedimientos, y proveen una medida de qué tan cerca está el paciente de alcanzar sus metas. Las firmas ayudan a asegurar que el contrato se cumplirá, porque firmar es un compromiso y puede añadir motivación para cambiar.⁴ En la [figura 7-1](#) se presenta un ejemplo de contrato.

Nombre del paciente _____

Fecha _____

Metas:

Ejemplo: Aumentar la actividad física a 3 veces por semana.

1.

2.

Estrategia para modificar la meta:

Periodo:

Ejemplo: Levantarse media hora antes de lo usual para una caminata enérgica en el vecindario los martes, jueves y sábados.

Usar las escaleras en vez del elevador, en especial para un solo piso.

1.

2.

Firma del paciente

Firma del nutricionista

Figura 7-1 ■ Ejemplo de un contrato de cambio de comportamiento.

Una alternativa al contrato formal es alentar al paciente a escribir una lista de comportamientos a modificar y algunas estrategias para implementar el cambio. También una lista simple de los pros y los contras de cambiar las elecciones alimentarias puede abrirles los ojos a algunas personas.

ANÁLISIS DEL CASO 4



¿Cuáles serían algunos cambios alimentarios o metas que pueden crearse con la aportación de Martha? Identifica uno o dos reforzadores que pueden ayudar a cambiar sus hábitos alimentarios.

Es necesario completar la valoración conductual, incluyendo una consideración de la etapa del cambio, antes de comenzar el asesoramiento. El examen de los antecedentes, comportamientos y consecuencias del marco de referencia ABC por parte del nutricionista y el paciente ayuda a ambas partes a comprender los comportamientos alimentarios actuales y promueve la discusión de lo que puede cambiarse. Mantener los nuevos comportamientos bajo presión o cuando hay estrés es especialmente difícil. El nutricionista puede considerar valorar la autoconfianza del paciente y su habilidad para lidiar con el estrés o la ansiedad. Esta evaluación puede ayudar a identificar a los pacientes que necesitarán apoyo adicional en tiempos muy estresantes.

La fijación de metas y la resolución de problemas dentro de un entorno de apoyo son factores clave para la modificación conductual.¹⁵ Las metas deben ser realistas, pero lo bastante altas como para proveer un cambio significativo. El papel del nutricionista es ayudar al paciente a desarrollar su propio plan integrado dirigido a lograr metas medibles y definidas; al sugerir técnicas conductuales adecuadas a la situación sirve como guía o facilitador del cambio más que como director o controlador del cambio. El nutricionista debe ayudar al paciente a valorar los desencadenadores de problemas nutricionales y debe sugerir posibles metas, estrategias y técnicas para lidiar con ellos.⁵

Por último, el paciente debe determinar qué sugerencias parecen manejables en ese momento y debe estar dispuesto a implementarlas. También es una buena idea pedir al paciente que dé un ejemplo de un cambio conductual específico más que un concepto al afirmar, por ejemplo: “La próxima vez que se me acabe la leche, compraré leche baja en grasa en vez de leche entera”. Este es un plan de acción concreto comparado con solo decir: “Trataré de seguir un régimen bajo en grasas”.

Como los pacientes no están en contacto diario con el nutricionista, deben estar preparados para asumir una responsabilidad personal por cambios alimentarios sólidos y llegar a ser independientes. Haz que el paciente comience con cambios pequeños y fáciles, que tienen más probabilidad de éxito, y que progrese poco a poco hacia cambios más difíciles en sesiones posteriores.

Para ser autorreforzadores, los cambios alimentarios deben ser placenteros. Si a los pacientes les gustan las papas fritas, el helado, la pizza y la cerveza, tienen que encontrar sustitutos que disfruten, como papas horneadas, uvas frescas, palomitas sin

mantequilla y bebidas sin calorías o cerveza ligera. Puede ser suficiente comenzar reduciendo la cantidad de alimentos favoritos consumidos. Sin embargo, algunas personas pueden elegir evitar por completo un alimento para reducir la tentación de comer más. No es necesario decir que las estrategias deben ser individualizadas, y que lo que es adecuado para un paciente puede ser inapropiado para otro.

Los nutricionistas tienen la oportunidad de compartir experiencias con los demás. Al haber aconsejado a pacientes con diversos problemas y usado abordajes personalizados, los nutricionistas aprenden a ayudar a los pacientes en cada punto del cambio. El proceso de asesoramiento puede compararse con hacer pan de molde. Todo panadero sabe que los ingredientes particulares, amasar y dar el tiempo necesario es esencial para hacer una barra de pan, pero él o ella también presenta expresión artística y variación de ingredientes para hacer una única barra de pan que cumple con los distintos gustos de los clientes leales. Cuando se prepara una nueva receta, a menudo es útil ver imágenes del producto terminado; sin embargo, el panadero o chef a veces debe ajustar la receta para cocinar a distintas altitudes o cocinar con otros ingredientes. Lo mismo ocurre con los nutricionistas, que deben conocer los elementos correctos para transmitir- los en el momento correcto y ser capaces de personalizar a lo largo del camino.

El nutricionista debe discutir con el paciente la posibilidad de que haya desviaciones del comportamiento planeado, en especial bajo estrés físico o emocional. Es poco realista esperar un control total e inmediato del cambio, y puede conducir a una disminución de la autoestima en pacientes que tienen problemas en seguir los regímenes, con el abandono eventual de los cambios alimentarios. Aprender cualquier habilidad nueva requiere práctica durante cierto tiempo. La repetición de los mismos nuevos comportamientos llega a convertirse en reforzadora y habitual. Debe proveerse apoyo y perdón durante cualquier recaída.

Puede esperarse que el entusiasmo por el cambio decaiga en forma rápida después del periodo inicial, en especial si surgen frustraciones y desilusiones. Pueden ser necesarias las citas semanales o métodos alternativos de comunicación, como el teléfono y el correo electrónico con el nutricionista, y esto es deseable en un principio, para después hacerlo en forma mensual o bimensual. Sin embargo, las reglas y límites preestablecidos deben fijarse antes de involucrarse en una comunicación alternativa.¹⁶



La madre influye en las señales de la niña para comer.

Fuente: Copyright Wolters Kluwer.

Autovigilancia

Al principio, se pretendió que la autovigilancia, o llevar registros de los comportamientos alimentarios para controlarlos, fuera un medio de proveer al nutricionista y al paciente con datos para análisis. Los pacientes registran qué, dónde, cuándo y cuánto comer; las circunstancias, por ejemplo, comer mientras se mira televisión o se siente aburrimiento; y las personas que están presentes (véase la [tabla 7-1](#)). El ejercicio de llevar registros tiene su propio valor adicional; aumenta la consciencia y entendimiento del paciente de sus comportamientos alimentarios actuales y de aquello que influye en él, y lleva a darse cuenta de algunas cosas, por ejemplo: “Estoy comiendo demasiado durante la noche mientras veo televisión”. Los datos proveen una base para fijar las metas del cambio: “Comeré mejor una colación baja en calorías”, y encontrar formas de reforzar los nuevos comportamientos: “Me felicitaré a mí misma”.

Llevar registros sirve como una medida del compromiso de una persona con el cambio. Además, al escribir los alimentos y bebidas consumidos, el paciente lo pensará dos veces acerca de consumir un producto en vez de comerlo por hábito o cuando está distraído. Los patrones de cambios en el peso, el ejercicio físico, el azúcar en la sangre y la presión arterial son otras técnicas de autovigilancia. En una revisión sistemática de la literatura sobre la autovigilancia para descenso de peso, Burke y colegas¹⁷ determinaron que se reportó en forma consistente una asociación

entre la autovigilancia y la pérdida de peso, a pesar de las debilidades en el diseño del estudio. La autovigilancia puede realizarse mediante diarios tradicionales en papel o con el uso más avanzado de la tecnología, como un registro digital o herramientas en línea.

Hora	Alimento/ Cantidad/Método de preparación	Área/ Lugar	Personas presentes	Cómo se sintió antes de comer	Actividades al mismo tiempo
Ejemplo:					
9:30 PM	8 galletas, un vaso de leche	Sala	Esposo	Aburrida, cansada	Ver televisión

Tabla 7-1 ■ Registro de autovigilancia de alimentos.

Automanejo

En la mayoría de los programas de modificación de comportamiento para el control de peso, el paciente y el nutricionista están juntos solo por la breve duración de los intervalos especificados. En consecuencia, el nutricionista no puede tener de continuo el control para impartir recompensas y castigos o retenerlos por comportamientos apropiados e inapropiados, lo cual es la base de la modificación de conducta. Por lo tanto, a los pacientes se les enseña técnicas de autorregulación y automanejo para que ellos puedan regular y controlar su propio comportamiento. De esta forma pueden progresar en el intervalo entre citas con el nutricionista.

La investigación ha demostrado la importancia de desarrollar técnicas de automanejo conductual. Skinner¹⁸ explicó que el automanejo o “autocontrol” ocurre cuando el individuo manipula las variables en las que descansa el comportamiento. Se han diseñado programas de automanejo para ayudar a las personas a volverse conscientes de y modificar los antecedentes de consumo y a autoadministrar las recompensas por las consecuencias de comer en forma diferente. A medida que estos programas evolucionaron, se ha acentuado el cambio cognitivo. Se ha ayudado a la gente a modificar pensamientos y creencias que interferían con la adherencia a regímenes alimentarios específicos y a usar pensamientos de autorreforzamiento cuando ocurren los comportamientos apropiados. Tomar consciencia del propio estado interno puede ayudar a lograr el automanejo deseado. Por ejemplo, referirse a un régimen tiene connotaciones de evento efímero, mientras que adaptar un cambio de estilo de vida lleva a una modificación conductual más permanente.

ANÁLISIS DEL CASO 5



¿Qué técnicas de automanejo o autovigilancia pueden tener éxito en Martha?

Apoyo social

El entorno social de un paciente consiste en la gente con la cual está en contacto diario. Es importante incluir a la familia y seres queridos de la persona cuando se planean cambios alimentarios y de estilo de vida. El nutricionista debe incluir a la familia en el asesoramiento para el cambio cuando sea posible, pues los cambios en los planes alimentarios en casa pueden afectarles también. Hay factores culturales y sociales que pueden estar contribuyendo a la obesidad. Si el sistema familiar apoya un estilo de vida obeso, con alimentos altos en calorías y poca actividad física, el cambio será difícil para el paciente a menos que toda la familia participe en el desafío.^{4,19} El involucramiento y apoyo del cónyuge y la familia juegan un papel importante en el descenso de peso.¹⁹

Idealmente, la familia y los amigos son el apoyo de los esfuerzos del paciente para cambiar los comportamientos alimentarios. El nutricionista puede necesitar discutir con los pacientes el importante papel del apoyo en lograr cambios permanentes. Asimismo, puede sugerir que los pacientes pidan el apoyo de su familia y amigos, buscando su acuerdo de no consumir alimentos inapropiados frente a ellos y no comprar ni preparar los alimentos no saludables. Además, los pacientes pueden pedir a sus cónyuges, familias y amigos que ofrezcan un reforzamiento positivo por sus esfuerzos. Puede ser útil poner algunas de estas situaciones en un juego de roles con los pacientes.

Cuando los miembros de la familia están presentes en el asesoramiento, debe pedírseles que discutan formas en las que pueden contribuir con el cambio de estilo de vida del paciente. Un ejemplo es reforzar el comportamiento adecuado mediante elogios. También es de gran utilidad controlar los antecedentes al tener alimentos apropiados disponibles. La familia y los amigos deben evitar asumir el papel de juez. Hay comentarios que no ayudan, como: “No deberías comer eso”, “Te hace daño” y “Te lo dije”. También pueden esperarse reacciones de envidia o celos. El paciente puede tener que tolerar o confrontar comentarios como: “Ya perdiste suficiente peso”, “Una sola vez no romperá tu dieta” y “Tu piel se ve horrible”.

Aplicaciones

Manejo del peso

La aplicación más común de los principios y métodos conductuales para el tratamiento de problemas nutricionales ha sido en el manejo del peso corporal. Aunque se ha tenido éxito usando la modificación del comportamiento en regímenes para descenso de peso, es común recuperar el peso y es el resultado de la falla en imponer comportamientos de mantenimiento de peso.²⁰ La investigación sobre las características de la gente que tiene éxito en mantenerse en su peso revela que la recuperación de peso se debe en parte a no adherirse de manera completa a las estrategias de cambio conductual.²¹ Los patrones de comportamiento y las estrategias

para implementación rutinaria que han tenido éxito incluyen mantener comportamientos alimentarios consistentes todos los días de la semana, autovigilar el peso, desayunar con regularidad y elegir un régimen sin exceso de calorías.²²

El sobrepeso y la obesidad son complejos y de difícil tratamiento. Aunque el exceso de peso puede manifestarse por varias razones, solo una de las cuales puede estar relacionada con comportamientos alimentarios inapropiados,¹⁹ las estrategias para controlar el peso deben dirigirse a la etiología del aumento de peso. La posición de la Academy of Nutrition and Dietetics en el manejo de peso enfatiza un abordaje de toda la vida de los comportamientos de estilo de vida saludable, incluyendo prácticas alimentarias sustentables y disfrutables y actividad física diaria.¹⁹

El American College of Sports Medicine en una declaración de posición, hizo hincapié en que el control de peso durante la vida requiere de compromiso, comprender los propios hábitos alimentarios, y disposición para cambiarlos.²³ Se recomienda la fijación de metas realistas, combinada con la reducción de la ingesta calórica más un sólido programa de ejercicio. Personalizar las aplicaciones prácticas al estilo de vida del paciente logra el mayor índice de éxito. La actividad física puede tener un papel adicional en el manejo de peso, porque puede atenuar el comer de más por razones emocionales y mejorar el control alimentario.²⁴

La motivación y la disposición deben estar presentes para que haya cambio conductual. Esto es cierto en especial para los comportamientos alimentarios y la actividad física. Hay varios factores relevantes para la predicción de éxito en el control del peso, uno de los cuales es la motivación para bajar de peso. Después de aplicar el modelo de las etapas de cambio para valorar la disposición para cambiar de comportamiento, es crucial establecer metas individuales y realistas.^{25,26}

Es esencial explicar los logros realistas en el descenso de peso. Los pacientes pueden ver mejoras en enfermedades comórbidas asociadas con el sobrepeso/obesidad cuando hay una reducción inicial de alrededor de 10% del peso corporal en un periodo de 6 a 12 meses.²⁶ Esperar más al principio llevaría a una desilusión; sin embargo, las metas de peso pueden ser reevaluadas después de un descenso de peso exitoso. Otro motivador puede ser un sistema de depósito-reembolso, en donde se pide a los pacientes que depositen dinero que después se les devuelve si asisten regularmente a la consulta, o logra un descenso de peso predeterminado, o ambos.⁴ No obstante, un sistema de recompensa financiera puede no ser efectivo para un cambio de comportamiento a largo plazo.²⁷

Un beneficio agregado de la reducción de peso significativa basada en el tratamiento cognitivo-conductual en un escenario terapéutico a largo plazo ha sido la disminución de síntomas psicósomáticos, ansiedad y depresión en los pacientes tratados. Aplicar más alternativas conductuales adaptativas en programas orientados a metas más largas parece ser efectivo en promover un descenso de peso continuo.²⁵ En su conjunto, estos resultados acentúan el hecho de que no existe un arreglo rápido en el descenso de peso y que la perspectiva debe ser a largo plazo.

Diabetes Mellitus

Se ha demostrado que los métodos de modificación conductual son un útil componente en el manejo de la diabetes mellitus. La adherencia del paciente a regímenes alimentarios apropiados para controlar la glucosa es todo un reto. Las intervenciones conductuales tales como la señalización, la autovigilancia y el reforzamiento por un comportamiento apropiado pueden implementarse con éxito para mejorar el control glucémico y reducir el riesgo de complicaciones en pacientes con diabetes. Sin embargo, como se mencionó con anterioridad, el problema del control del sobrepeso y la obesidad desde el punto de vista de cualquier tratamiento en particular es complejo.

Pueden usarse técnicas de manejo conductual para prevenir la progresión a la diabetes en gente con prediabetes, y para reducir la carga de complicaciones diabéticas en quienes han sido diagnosticados con la enfermedad.²⁸ La American Association of Diabetes Educators propone siete comportamientos de autocuidado que deben acentuarse en el cuidado del paciente, incluyendo alimentación saludable, actividad física, vigilancia de la glucosa, adherencia a la medicación, resolución de problemas, reducción de riesgos al buscar servicios preventivos, y darse abasto.²⁹ Además, los clínicos deben ayudar a los pacientes a identificar factores que ayuden con el automanejo y las cargas, y factores que entorpecen el cambio de comportamiento.²⁹ La implementación de una estructura y el uso de la tecnología para aumentar el apoyo social y del nutricionista son estrategias importantes y efectivas para lograr comportamientos óptimos.³⁰ Se garantizan el manejo proactivo por parte de los profesionales de la salud y el automanejo de los pacientes y han demostrado dar resultados positivos.^{26,29}

El National Diabetes Education Program en Estados Unidos apoya el trabajo de otras organizaciones con respecto al manejo de la diabetes, y establece iniciativas para el cuidado extensivo. Estas iniciativas y recursos adicionales pueden conocerse en su sitio web en <http://ndep.nih.gov>. Las intervenciones conductuales, cuando se usan en el manejo de la diabetes mellitus, deben estar dirigidas a la etapa de desarrollo del individuo en tratamiento.³¹ Debe tomarse en cuenta la comprensión de los cambios durante el periodo de vida, esto es, preadolescencia, adolescencia y madurez, en relación con el papel de vida, la presión de los compañeros, las enfermedades alimentarias y los cambios hormonales. Una estrategia efectiva para un adolescente con diabetes que lucha con las presiones de sus amigos puede diferir en grado sumo de una que le servirá a una embarazada con diabetes. Existe una necesidad definida de individualizar las intervenciones dirigidas al cambio conductual.



La meta del asesoramiento es el automanejo.

Fuente: CDC/Amanda Mills.

Enfermedades cardiovasculares

La American Heart Association (AHA) ha establecido una definición de la salud cardiovascular ideal para incluir comportamientos de salud y factores clínicos que deben cumplirse para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV).³² Para tener éxito, la AHA propone que los hábitos de estilo de vida incluyan buenos comportamientos alimentarios, actividad física y evitar el tabaco. Se ha reconocido que la reducción en la morbilidad y mortalidad por ECV pueden reducirse de modo significativo mediante cambios modestos y sostenidos en los comportamientos de estilo de vida. Además, estos efectos positivos son acumulativos, así que el éxito a largo plazo en la modificación de comportamiento está garantizado para la reducción de ECV.³³

La evidencia sustenta la fijación de metas, la autovigilancia, el reforzamiento y el modelado como técnicas efectivas para modificar los comportamientos relativos a la

alimentación y la actividad física.³³ Otros elementos importantes para el éxito a largo plazo del cambio conductual incluyen un contacto frecuente y prolongado de los pacientes con sus proveedores de salud que defienden los comportamientos positivos, así como permitir que el paciente resuelva el problema, en especial en tiempos de recaída, lo que puede ser una parte normal del cambio conductual.

Una declaración de políticas de varias organizaciones europeas y estadounidenses aboga por un modelo para combatir enfermedades no transmisibles usando intervenciones de estilo de vida saludable en una perspectiva global.³⁴ Dado que suele reconocerse que la ECV puede resultar de comportamientos autoseleccionados como fumar, comportamientos alimentarios inapropiados, falta de actividad física y estilos de vida propensos al estrés, es alentador que el inicio del comportamiento es por elección y que la modificación de estos comportamientos nocivos es posible. Como los factores de riesgo son de naturaleza conductual, es muy apropiado intentar alterarlos usando métodos psicológicos basados en la modificación conductual. El grado de dificultad de la modificación del comportamiento depende en parte de cuánto tiempo lleva ocurriendo la conducta indeseable.

Administración de recursos humanos

El comportamiento de los empleados es una preocupación mayor para los supervisores interesados en la productividad y en las buenas relaciones humanas. Fijar metas observables y medibles, y notar la discrepancia entre el desempeño actual y el deseado puede ayudar a actualizar los comportamientos deseados. Los supervisores deben convertir las declaraciones de metas afectivas ambiguas a un formato útil para producir una mejora en el desempeño. Así, los empleados son alentados a valorar en forma periódica su propio desempeño y ajustar su comportamiento según sea necesario para mejorar los resultados. En vez de intentar atrapar a los empleados haciendo las cosas mal o en forma ineficiente, se alienta a los gerentes a reforzar de modo positivo cuando los empleados están haciendo algo bien o casi bien, y después moverlos de manera gradual hacia el comportamiento deseado. Los reforzadores positivos incluyen los siguientes:

- Elogios.
- Retroalimentación positiva.
- Reconocimiento del empleado de la semana, del mes.
- Añadir responsabilidad.
- Felicitaciones.
- Asignaciones especiales.
- Eventos sociales.
- Conocimiento de los resultados.
- Carta de agradecimiento.
- Aumento de salario.
- Bonos.
- Promoción.

El elogio se usa inmediatamente para reforzar el comportamiento apropiado. A la larga, algunos empleados comienzan a elogiarse a sí mismos por el comportamiento apropiado, que proporciona refuerzo adicional. Una reprimenda suave también puede ser utilizada, pero concentrándose en el comportamiento inapropiado y no en la persona.

Un aspecto importante de la satisfacción en el trabajo y el desempeño es la sensación del empleado de control personal; por lo tanto, es imperativo que los supervisores eviten usar la modificación de comportamiento en formas que se vean como manipulativas o degradantes para los empleados. Debe alentarse la motivación intrínseca para enfatizar la importancia de un bucle de autorreforzamiento.⁵

7 C A P Í T U L O

Resumen

Existen numerosas aplicaciones y grandes ventajas de la terapia conductual. Los programas que integran abordajes conductistas parecen ser los más promisorios para efectuar cambios duraderos. En particular, los programas extensos que consideran los factores psicológicos, culturales, ambientales y conductuales son más aptos para el éxito.

Los patrones alimentarios no se alteran con facilidad, pero la terapia de modificación del comportamiento ofrece técnicas promisorias que pueden ser útiles tanto para el paciente como para el nutricionista. El análisis de los ABC (los antecedentes del acto de comer, el comportamiento alimentario en sí mismo, y las consecuencias de comer) por parte del nutricionista y del paciente lleva a una comprensión de los problemas, a la fijación de metas y al desarrollo de estrategias para el cambio. Deben hacerse esfuerzos para disponer consecuencias que refuercen y conserven los cambios deseables y tener como meta última el automanejo independiente del paciente. La modificación del comportamiento puede usarse en combinación con otras estrategias de asesoramiento y de educación.

Revisión y preguntas

1. Describe las similitudes y diferencias en los estilos de aprendizaje del condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el modelado. ¿Existen situaciones o casos en los que tú preferirías un estilo en especial?

2. Proporciona dos ejemplos de cadenas de eventos utilizando el marco de referencia ABC.
3. Describe dos métodos de autocontrol presentados en el capítulo, y discute cómo cada uno ayuda a la modificación exitosa del comportamiento.
4. Menciona una estrategia importante de modificación de comportamiento para cada una de las aplicaciones presentadas: obesidad, diabetes, ECV y administración de recursos humanos.
5. Aplica el proceso de cuidado de nutrición y su terminología al caso de Martha usando los pasos de valoración nutricional, diagnóstico nutricional, intervención nutricional, vigilancia nutricional y evaluación.

Actividades sugeridas

1. Lleva un diario de alimentación durante 3 días utilizando un formato escrito o digital. Identifica tus señales para comer y tus reforzadores. Fija una meta para cambiar con reforzadores identificados.
2. Registra e identifica tu propio ABC con respecto a una actividad distinta a comer, como estudiar, ejercitarse y fumar. ¿Cómo puedes hacer que estos comportamientos ocurran más o menos seguido reorganizando los antecedentes, las consecuencias o ambos?
3. Haz un juego de roles y graba una sesión de asesoramiento. ¿Qué tan a menudo refuerzas los comportamientos positivos?
4. Observa a un adulto interactuar con un niño o niños durante media hora. Cuenta el número de veces en que el adulto se da cuenta de los comportamientos deseables, lo cual los refuerza, contra el número de veces en que ignora tales comportamientos, lo cual puede llevar a que desaparezcan. Nota si el adulto responde a comportamientos indeseables, lo cual los refuerza.
5. Identifica tus propios reforzadores elaborando una lista de actividades recreativas que disfrutas, gente con la cual te gusta estar, y cosas que comprarías con un dinero extra. Selecciona un reforzador apropiado para ti mismo para la próxima vez que tengas que leer un libro o escribir un ensayo. Identifica un calendario para dispensar el reforzador.
6. Elige un comportamiento indeseable que quisieras reducir. Registra las situaciones en que el estímulo o el comportamiento ocurre durante tres días. Identifica las condiciones de control de estímulo justo antes del comportamiento y el reforzamiento.
7. Identifica tres situaciones en las que ocurre el modelado.
8. Discute tus experiencias personales en el trabajo y compáralas con las de otros. ¿Tu supervisor elogia o castiga? ¿Cuáles son las consecuencias de las acciones del supervisor en tu comportamiento y en el de otros empleados?

Asesoramiento y consejería para el cambio cognitivo



Objetivos

- Explicar cómo las cogniciones afectan los comportamientos de la gente.
- Discutir los tipos de distorsiones cognitivas y sus efectos en los comportamientos de las personas.
- Explicar las tres fases de la reestructuración cognitiva.
- Explorar el papel de la autoeficacia en el inicio y mantenimiento de los cambios en los comportamientos de salud y en la elección de actividades de una persona.
- Mencionar las ventajas y desventajas de las cuatro fuentes de información sobre la eficacia.
- Explicar el uso y ventajas de la auto-vigilancia de las cogniciones.
- Explicar las situaciones de alto riesgo y el modelo cognitivo-conductual del

proceso de recaída.

- Mencionar las determinantes y elementos predictivos de la caída y la recaída, y cómo valorarlos.
- Identificar las estrategias de tratamiento para prevenir caídas y recaídas.

CASO PRÁCTICO 1



Carol Jones es una mujer de 50 años, recién diagnosticada con diabetes mellitus tipo 2. Su abuela materna tuvo diabetes. La Sra. Jones fue una niña con sobrepeso y ahora es un adulto con sobrepeso que mide 1.65 m (5'4") y pesa 81 kilos (180 libras). Está casada y trabaja medio tiempo en una tienda de ropa al menudeo en un centro comercial local.

El Dr. Smith la refirió a asesoramiento para bajar de peso. Joan Stivers, la nutricionista, nota en su valoración que la Sra. Jones parece tener un problema de baja autoimagen y cogniciones negativas, y que su sobrepeso se relaciona con distorsiones cognitivas. Como resultado, la prioridad ahora es la reestructuración cognitiva.

Si piensas que puedes o piensas que no puedes, tienes razón.

—Henry Ford

Introducción

La prevención y tratamiento de los problemas de salud y de las enfermedades crónicas requieren de intervenciones basadas en la teoría y la evidencia. Cambiar los comportamientos es un reto para la mayoría de las personas, muchas de las cuales están lidiando con un grave problema de salud. Las etapas del cambio presentadas en el capítulo 5 examinan la disposición de la gente a cambiar. El profesional decide entonces qué teoría considerar en el asesoramiento y consejería para el cambio de comportamiento.

La teoría del comportamiento cognitivo integra dos abordajes teóricos: el abordaje conductual descrito en el capítulo 7 y el cognitivo. El primero se concentra en comportamientos observables y medibles, como comer de más, y se enfoca en la interacción entre el entorno externo de la persona y su comportamiento.

El abordaje cognitivo se concentra en el papel de la mente, en específico en las cogniciones o pensamientos, porque ella determina los comportamientos y sentimientos. Las explicaciones conductuales requieren de saber lo que la gente está pensando y sintiendo. Es el pensamiento lo que causa que las personas sientan y actúen como lo hacen. Cómo pensamos (cognición), sentimos (emoción) y actuamos (comportamiento) están en interacción. La teoría del comportamiento cognitivo busca modificar el pensamiento y el sistema de creencias de una persona para causar cambios en los comportamientos.¹ Como lo indica la cita de Henry Ford al principio de este capítulo, los pensamientos influyen en lo que creemos que podemos hacer o

no. Una ventaja es que podemos cambiar la forma en que pensamos para sentirnos y actuar mejor.

Existen varias teorías de cambio conductual basadas en la evidencia que pueden ser apropiadas para la intervención de asesoramiento nutricional. En este capítulo se explora la terapia cognitivo-conductual, la autovigilancia del paciente de sus cogniciones y emociones, identificar pensamientos inadaptados y negativos relacionados con los alimentos y con comer como la base de la reestructuración cognitiva y la prevención de recaídas. Mejorar la autoeficacia del paciente y la influencia del aprendizaje observacional, o modelado, son componentes de la teoría cognitiva social. Son estos factores de los pensamientos internos de la persona los que afectan sus comportamientos alimentarios y de salud.

Las teorías de cambio conductual validadas son integrales al proceso de cuidado nutricional que conduce la evaluación, las intervenciones y la vigilancia de resultados.² Hay evidencia creciente de que las intervenciones con fundamentos teóricos son más eficaces que las que no los tienen, y que la combinación de múltiples teorías, modelos y abordajes arroja mejores resultados. Estos métodos son importantes en la prevención y el manejo de la enfermedad centrados en el paciente.³

Terapia cognitivo-conductual

Las cogniciones pueden definirse como los pensamientos o percepciones en un momento determinado. Estos patrones de pensamiento pueden tener una profunda influencia en los comportamientos, acciones y sentimientos de una persona. Muchas de las emociones que sentimos están precedidas y causadas por un pensamiento.⁴ Cuando las estrategias para enfrentar las cogniciones de un paciente se incorporan a programas conductuales, se usa el término “terapia cognitivo-conductual” (TCC).

Las enfermedades alimentarias, por ejemplo, son en esencia enfermedades cognitivas. La TCC es un tratamiento eficaz para la bulimia nerviosa, y un tratamiento basado en la evidencia para las enfermedades alimentarias.^{5,6} En adultos con problemas alimentarios, se descubrió que la TCC es un “tratamiento potente”. Las formas de TCC basadas en la evidencia tienen sólidos resultados en escenarios clínicos de rutina.⁷

Son tres las propuestas fundamentales de la TCC: (1) las cogniciones se aprenden y pueden afectar los comportamientos, pensamientos y sentimientos; (2) la actividad cognitiva de una persona puede vigilarse y cambiarse mediante estrategias de intervención basadas en la evidencia; y (3) el cambio cognitivo puede efectuar un cambio conductual deseado. La meta principal es producir cambios en los pensamientos automáticos que mantienen el comportamiento que debe cambiarse. Existe una diferencia entre pensar: “no puedo hacerlo” y “puedo intentarlo”.^{4,8}



La Sra. Jones: “Siempre he sido obesa. Pienso que nunca voy a bajar de peso”. TU RESPUESTA:

NOTA: En cada análisis del caso de este capítulo, “Tu respuesta” es una oportunidad para que practiques el asesoramiento cognitivo. En vez de dar un consejo, busca más información con una paráfrasis o un pensamiento o sentimiento que la Sra. Jones exprese, o un resumen reflectivo de lo que ella ha dicho.

Es evidente que “a menudo se requiere de múltiples intervenciones en múltiples niveles para iniciar y sustentar un cambio de comportamiento”.⁹ Hay evidencia que sustenta el uso de una combinación para facilitar la modificación de los hábitos alimentarios, el peso y los factores de riesgo cardiovasculares y de diabetes.⁹ Por ejemplo, los programas para control de peso pueden incluir evaluar la disposición al cambio, entrevistas motivacionales, control de estímulo, reducción de señales, autovigilancia, reestructuración cognitiva, autoeficacia, evaluación de los resultados, fijación de metas realistas, actividad física, manejo de estrés, prevención de recaídas, elaboración de un contrato, apoyo social y cambio alimentario.^{3,10}

Las personas con sobrepeso pueden beneficiarse de las estrategias cognitivo-conductuales para bajar de peso, en especial cuando se combinan con estrategias de ejercicio y alimentarias, cuando menos en el corto plazo. El nutricionista debe individualizar la intervención de asesoramiento nutricional dirigida a resolver el diagnóstico nutricional. El supuesto de que el conocimiento de la persona llevará a mejores elecciones alimentarias solo es correcto en forma parcial, porque otros factores también influyen.

La TCC aplica técnicas e intervenciones para modificar pensamientos y creencias negativos y disfuncionales que pueden subyacer al problema. Se concentra en lo que la gente piensa o en los errores de pensamiento más que en lo que la gente hace. Introducida por Aaron T. Beck en la década de 1960, explora la relación entre los procesos cognitivos o pensamientos y el problema de estilo de vida en cuestión, como la necesidad de hacer cambios en los comportamientos alimentarios, de ejercicio y de salud.¹ Estos tipos de pensamientos afectan los sentimientos, estados de ánimo y acciones.

La clave es darse cuenta de que no son los eventos en sí mismos los que afectan el comportamiento, sino la forma en que la mente los percibe. Por ejemplo, sentirse cansado y algo infeliz después de un largo día de trabajo puede percibirse de distintas formas. Algunos se sentirán contentos de estar en casa mientras que otros pueden pensar en un alimento o bebida como recompensa. ¿Qué pasa por tu mente al final de un día cansado? ¿Cómo afecta tu elección de comportamientos? Con el tiempo, estos pensamientos se vuelven automáticos, así que se repiten cuando uno se encuentra de nuevo en la misma situación.

El enfoque de trabajar con los pacientes se centra en el problema para ayudarles a identificar sus pensamientos sobre los alimentos y el comer en situaciones diarias específicas. El pensamiento distorsionado y las apreciaciones cognitivas poco realistas de los eventos pueden afectar los sentimientos y comportamientos en forma negativa.⁸ Aunque el paciente pueda considerar los pensamientos como “verdades”, los nutricionistas utilizan la herramienta de la reestructuración cognitiva para ayudar

a los pacientes a identificar, evaluar y responder a pensamientos negativos acerca de la alimentación o de un problema de salud.

Cogniciones

Las cogniciones son pensamientos que ocurren en la corriente de conciencia. Beck se refiere a ellas como “pensamientos automáticos”, porque corren por la mente en forma automática. Otros se refieren a ellas como un continuo “diálogo interno” o “autocharla”.^{1,4} Dado que nuestros pensamientos son subconscientes y casi no los notamos, estamos apenas conscientes de ellos aunque creen sentimientos poderosos.⁴ Pueden ser positivos, negativos o neutrales y normalmente se consideran verdaderos.

Los pensamientos negativos como “no vale la pena el esfuerzo por comer menos” o “estoy demasiado cansada para hacer ejercicio” son obstáculos al cambio conductual, afectan los sentimientos de la gente y pueden disminuir la autoeficacia o la creencia de la persona en su habilidad para realizar conductas específicas (“no puedo hacerlo”). Esto puede llevar a caídas o recaídas en el proceso de cambio conductual (“voy a comer lo que yo quiera”). Los individuos con cogniciones positivas, tales como “vale la pena bajar de peso” y autoeficacia percibida (“puedo hacerlo”) tienden a echar mano de sus habilidades para lidiar con las situaciones y regulan mejor sus comportamientos.



ANÁLISIS DEL CASO 2

La Sra. Jones: “Una vez perdí 5 kilos. Pero fue pura suerte. No puedo hacerlo de nuevo”. TU RESPUESTA:

Los momentos en que los individuos están más propensos a involucrarse en la autocharla incluyen cuando están integrando nuevos pensamientos y acciones, como cuando están haciendo cambios alimentarios y de estilo de vida, realizando un nuevo trabajo o experimentando emociones intensas. Según Albert Bandura, los procesos cognitivos juegan un papel principal en la adquisición y retención de nuevos patrones de comportamiento.¹¹ Véase el [recuadro 8-1](#) para ejemplos de autocharla.

El asesoramiento se basa en la hipótesis de que los sentimientos y comportamientos de la gente no están influidas por los eventos, sino por su percepción de los eventos o situaciones.¹ A menudo, la percepción se expresa en un diálogo interno o autocharla que influye en los pensamientos, comportamientos e incluso respuestas fisiológicas subsecuentes. Por ejemplo, alguien que ha bajado tres kilos con un nuevo plan alimentario (evento) puede estar pensando que estar a dieta es difícil (pensamiento), no vale la pena el esfuerzo (pensamiento), y se siente incómodo y hambriento (sentimientos). El haber tenido éxito en bajar de peso no tiene tanta influencia como las percepciones de que es difícil o que no vale la pena, lo

que provoca sentimientos psicológicos de privación y sentimientos fisiológicos de hambre. Como resultado, el individuo puede abandonar los planes para seguir bajando de peso incluso aunque haya tenido éxito al hacerlo.



“Esto sabe bien” es una cognición positiva. *Fuente: US Department of Agriculture.*

“Voy a estudiar una maestría para tener una carrera exitosa”.
“Tengo que levantarme más temprano mañana, para llegar a tiempo”.
“Estoy de vacaciones, así que voy a comer lo que yo quiera”.
“Mi propósito de Año Nuevo es hacer más ejercicio”.
“Tendré mejor salud si pierdo algo de peso, pero es difícil hacerlo”.
“Me veo gorda”.
“Odio hacer ejercicio, porque me hace sudar”.
“No tengo fuerza de voluntad”.

Recuadro 8-1 ■ Ejemplos de autocharla.



¿Cuál es el resultado de cada una de las siguientes cogniciones?

1. “No tengo ganas de estudiar esta noche”.
2. “Mejor hago mi tarea de una vez y termino con eso”.
3. “No tengo tiempo de hacer ejercicio hoy”.
4. “Me sentiré mejor si me tomo un descanso y camino 20 minutos”.

Tu comprensión de la reestructuración cognitiva mejorará si comienzas aplicándola a ti mismo cuando identifiques pensamientos negativos y disfuncionales.

Distorsiones cognitivas

Dado que los pensamientos negativos y disfuncionales inhiben el cambio conductual, es necesario que los individuos tomen consciencia primero de las distorsiones en sus patrones de pensamiento. El pensamiento inadaptado casi siempre contiene grandes distorsiones, a menudo tiene poco que ver con la realidad, y puede ser autodescorazonador y destructivo. Se han identificado doce distorsiones cognitivas comunes^{1,4} (véase el [recuadro 8-2](#)). El nutricionista puede ayudar a los pacientes a reevaluarlas.

Las distorsiones cognitivas son trampas del pensamiento que han sido aprendidas con el tiempo. Estos pensamientos negativos crean sentimientos adversos que pueden llevar a una autoimagen negativa o a una sensación de minusvalía. Además, pueden volverse una profecía autorrealizada. Como son aprendidos, pueden cambiarse o reaprenderse con la práctica. Sin embargo, y dado que mucha gente ha tenido tales pensamientos por años, el cambio puede exigir un gran esfuerzo y asesoramiento.

1. Pensamiento de todo o nada: es la tendencia a evaluarse a uno mismo, las propias experiencias, a la gente y las cosas en términos de blanco y negro, bueno o malo, sin ver un término medio, y es la base del perfeccionismo. Por ejemplo: “Me comí ese pedazo de pastel y no debí hacerlo. Soy un fracaso”.
2. Sobregeneralización: un evento negativo aislado es generalizado a otras situaciones. Por ejemplo: “Comí demasiado. Nunca podré bajar de peso”.
3. Filtro mental: centrarse en un solo detalle negativo, lo que hace que el todo sea percibido en forma adversa. Por ejemplo: “Si no puedo comer lo que yo quiera en el restaurante, no me divertiré en absoluto”.
4. Descontar lo positivo: por ejemplo: “Ahora estoy siguiendo la dieta, pero es probable que mañana no pueda hacerlo”.
5. Saltar a conclusiones: la gente supone lo peor. “No creo que pueda seguir esa dieta”. O “Me sentiré menos sola si me como esta bolsa de galletas”.
6. Magnificación y minimización: “Todos sabrán que metí la pata. Estoy

- arruinada”. O “He perdido un poco de peso hoy, pero casi nada”.
7. Razonamiento emocional: los pensamientos negativos se consideran verdaderos. “Me siento fuera de lugar, así que debo estarlo”.
 8. Afirmaciones “debería”: para tratar de motivarse uno mismo: “Debería comer fruta y no debería comer pastel”.
 9. Etiquetar y mal etiquetar: por ejemplo: “Soy una cerda”, o “Soy un fracaso”.
 10. Personalización: verse a uno mismo como la causa de un evento negativo. Por ejemplo: “Lo que pasó fue mi culpa porque no sirvo para nada”.
 11. Visión en túnel: se ve lo negativo de las situaciones. Por ejemplo: “Ella no puede hacer nada bien”.
 12. Lectura de la mente: la gente piensa que sabe lo que otros piensan y sienten: por ejemplo: “A ella no le interesa ser mi amiga”.

Recuadro 8-2 ■ Distorsiones negativas.

Reestructuración cognitiva

Las técnicas de reestructuración cognitiva se refieren a varios abordajes que el nutricionista puede usar para ayudar al paciente a modificar su pensamiento y los supuestos y actitudes subyacentes. Basada en la teoría del aprendizaje, involucra desaprender las asociaciones deficientes entre los estímulos y nuestras respuestas a medida que aprendemos los nuevos. Aunque la mayoría de la autocharla es inofensiva, el foco está en los pensamientos, inferencias y premisas falsos. Así, el nutricionista intenta familiarizarse con el contenido de los pensamientos, sentimientos y conductas del paciente en varias situaciones o eventos, y le ayuda a identificar concepciones falsas y distorsiones específicas y a probar su validez y razonabilidad. Cambiar los pensamientos negativos a positivos puede modificar y mejorar los sentimientos y comportamientos.



ANÁLISIS DEL CASO 3

La Sra. Jones: “Cuando voy a un restaurante no obtengo el valor de mi dinero si no como lo que me sirven”.

TU RESPUESTA:

Fases de la modificación cognitiva de comportamiento

La modificación cognitiva consiste en tres fases, no necesariamente progresivas: (1) reconocimiento del problema; (2) explorarlo; y (3) hacer cambios. El objetivo es producir cambios en los procesos de pensamiento que mantienen el pensamiento que se debe cambiar.

Reconocimiento del problema

El primer paso implica ayudar al paciente a reconocer y entender la naturaleza del problema. Un principio básico es que la gente no puede cambiar un comportamiento sin aumentar su conciencia de él, despertar su conciencia o notar un patrón en cómo piensa, siente y se comporta, y el impacto del comportamiento en varias situaciones.

Una persona rara vez reconoce que los procesos de pensamiento son la fuente de sus problemas de alimentación, por lo que la tarea en casa es necesaria. Esto aplica a las enfermedades alimentarias, el sobrepeso y otros cambios en la alimentación. El nutricionista puede alistar a los pacientes en un esfuerzo investigativo y de colaboración para aprender y comprender. Los pacientes se autovigilan llevando un registro escrito de autoobservaciones para tomar conciencia de la relación entre los pensamientos negativos y autodestructivos, sentimientos y elecciones de alimentos, según se ilustra en la [tabla 8-1](#).

Registro diario de _____		Fecha: _____
Pensamiento o creencia falsos	Tipo de distorsión	Autodefensa, pensamiento de afrontamiento
"No debí comerme esas galletas. Soy un fracaso".	Pensamiento de todo o nada	"Comer tres galletas no me convierte en un fracaso. Puedo mejorar".
"Me comí el pastel. Soy una cerda".	Etiquetar mal	"Los cerdos son animales y yo soy humana. No tengo que ser perfecta".
"No tengo tiempo de comer bien ni de hacer ejercicio".	Error de la pitonisa	"Tengo el mismo tiempo que cualquiera. Puedo hacer un espacio".

Tabla 8-1 ■ Valoración y alteración de los falsos pensamientos.

Fecha y hora	Lugar	Gente	Situación	Pensamientos /sentimientos antes de comer	Alimento consumido	Pensamientos /sentimientos después de comer
1/10 y 2:15 PM	Casa	Familia	Consumo de botana	"Tengo hambre y me siento mal".	6 galletas, refresco de cola	"Ya me siento mejor".

Tabla 8-2 ■ Registro diario de pensamientos y sentimientos.

El registro es una fuente de material para discutir en la consulta. Se aconseja evitar los términos pensamientos "inadaptados" y "disfuncionales" con los pacientes. Ejemplos de pensamientos inadaptados son: "Todo el mundo en la fiesta está

probando la comida, así que yo también lo haré (pensamiento)”. “No pasa nada por una sola vez”.

Los registros de autovigilancia son útiles en los programas de intervención del estilo de vida.¹² Pueden incluir un pensamiento falso o una autocrítica, el tipo de error de pensamiento que representa, y la respuesta de autodefensa o la sustitución por un pensamiento más objetivo y autoalentador. Otros sugieren que los registros pueden incluir la situación o evento, con pensamientos y sentimientos antes, durante y después de comer, como se muestra en la [tabla 8-2](#).

La autovigilancia es una experiencia de aprendizaje. La tarea en casa da a la persona un papel central en la resolución de los problemas y provee al nutricionista información sobre ellos.¹³ Dado que la autocharla negativa y la auto-crítica pueden darse en un nivel subconsciente, la autovigilancia puede traerla al consciente. Pueden registrarse pensamientos, emociones, comportamientos alimentarios, actividad física y otras medidas. La evidencia sustenta la efectividad de la autovigilancia y del automanejo.¹³



ANÁLISIS DEL CASO 4

La Sra. Jones: “A mi marido le gusto como soy. No se queja de mi peso”. TU RESPUESTA:

Se puede pedir al paciente que (1) descubra los pensamientos negativos escribiéndolos; (2) reconozca la relación entre eventos, pensamientos, sentimientos y comportamiento; (3) pruebe la validez de los pensamientos auto-máticos; (4) sustituya los pensamientos distorsionados con pensamientos más realistas; y (5) identifique y altere las creencias y suposiciones subyacentes que le predisponen a enredarse en patrones de pensamientos deficientes.⁸ Esta tarea es importante para ayudar al paciente a entender y superar sus problemas alimentarios, reconocer su falta de afrontamiento, y evitar caídas y recaídas. El nutricionista revisa los registros con el paciente en la siguiente consulta, reforzando los pensamientos positivos y de afrontamiento, y ayudándolo a reconocer y reevaluar los pensamientos negativos.

El diálogo interno aprendido o autocharla del paciente puede ser positivo y de apoyo, negativo o neutral. Las cogniciones positivas apoyan a los comportamientos; por ejemplo: “Estos cambios alimentarios no están tan mal”. Las cogniciones negativas inhiben la capacidad de la gente para cambiar; por ejemplo: “Estos cambios alimentarios se ven difíciles de seguir”. Los pensamientos pueden ser autocríticos; por ejemplo: “Estoy gordo/a”, o autoindulgentes, como: “Me merezco un bocadillo”.

En las enfermedades alimentarias como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, es necesario identificar los pensamientos y creencias disfuncionales sobre alimentos “engordadores”, miedo a engordar, distorsión de la imagen corporal y pensamientos de baja autoestima, para confrontarlos y reestructurarlos.⁶ Al manejar a los subordinados, un empleado puede pensar: “Me gusta mi trabajo”, o “Este trabajo es aburrido”. Los pensamientos afectan los sentimientos y el comportamiento.

Dado que las cogniciones son respuestas aprendidas, el nutricionista contempla las cogniciones del paciente como comportamientos que pueden modificarse o cambiarse. Mucha gente no puede mejorar sus hábitos alimentarios hasta que reconoce y cambia sus pensamientos con respecto a la comida, comer, beber y hacer ejercicio. Comer y beber de más puede ser la manera de una persona de lidiar con el estrés, la depresión y otras emociones. El abordaje es ayudar al paciente a deshacerse de pensamientos o creencias improductivos o debilitantes y adoptar unos que sean más positivos y constructivos. En el Estudio de la intervención nutricional en la mujer (WINS, Women's Intervention Nutrition Study), por ejemplo, los nutricionistas aplicaron técnicas de asesoramiento conductuales, cognitivas y motivacionales, incluyendo la identificación de los pensamientos negativos acerca de cambiar de alimentación, y la reestructuración cognitiva para convertir los pensamientos negativos en positivos.¹⁴

Explorar el problema

Durante la segunda fase, el nutricionista ayuda al paciente a explorar y consolidar el problema cognitivo encontrado en los registros de autovigilancia. Dado que el paciente reporta los aspectos negativos, autodebilitantes y de autorrealización de la profecía de los pensamientos, el nutricionista puede preguntar cómo estos afectan el comportamiento actual y cómo pueden modificarse para ser pensamientos más positivos y fortalecedores. Por ejemplo:

“¿Qué ocurre cuando usted siente aburrimiento y desea comer algo?”.

“¿Qué pasa cuando piensa que está demasiado cansada después de trabajar todo el día y cocinar?”.

“¿Qué ocurre cuando piensa que la comida no sabe tan bien o no es tan satisfactoria como antes?”.

Nota que el nutricionista no da consejos o soluciones al problema, y debe resistir esta tentación. Aunque pueda estar tentado a dar consejo, esto no ayuda. En vez de dar respuestas, hacer preguntas al paciente acerca de sus pensamientos promueve el autodescubrimiento, y ayuda a la gente a aprender a resolver sus propios problemas. Los pacientes tienen que reconocer que los pensamientos negativos sabotean el cambio en el estilo de vida y disminuyen la motivación.

¿Cuánto bien hace enfocarse en pensamientos negativos? ¿Hay otra forma de ver la situación o una explicación distinta?
¿Qué es lo peor que podría pasar contra el mejor resultado posible? ¿Qué tal si este ocurre?
¿Cuál es la evidencia que soporta o desafía a este pensamiento negativo?
¿Es verdad en realidad?
¿Qué tan útil o perjudicial es esto para mis metas?
¿Me beneficia pensar así? ¿Qué pasaría si cambio mis pensamientos? ¿Qué puedo decir en mi defensa?
¿Estoy exagerando una situación negativa? ¿Existe una explicación alternativa?
¿Es tan malo como parece? ¿Qué es más realista?

Recuadro 8-3 ■ Preguntas para hacerse a uno mismo.

El paciente aprende a interrumpir la autocharla negativa automática y a evaluar y afrontar la situación. Las cogniciones o pensamientos negativos no se ven como hechos, sino como una hipótesis que vale la pena probar. Se puede alentar al paciente a que conteste las preguntas del [recuadro 8-3](#).

Además de los registros del paciente sobre alimentos, ejercicios y pensamientos, el nutricionista puede discutir con él o con ella el rango de las situaciones de alimentación, pasadas y presentes, en donde ha tenido falsos pensamientos, como pensamientos de desesperanza, y acerca de intentos previos para bajar de peso o seguir cambios alimentarios específicos.

Utilizando el método socrático y un abordaje de colaboración, el nutricionista plantea preguntas abiertas para que los pacientes verbalicen sus pensamientos y sentimientos con respecto a la comida, a comer y a la meta o cambio en la alimentación. Se puede preguntar: “¿Cómo se siente acerca de...?”, y “¿Qué piensa de...?” para determinar qué piensan los individuos para sí mismos acerca del comportamiento alimentario a cambiar, su capacidad y deseo de cambiarlo y, en futuras consultas, acerca de su progreso.

EJEMPLO “¿Cómo se siente acerca de comer más frutas y verduras en vez de galletas?”.

“¿Cómo se siente acerca de reducir la cantidad de alimentos fritos que consume?”.

“¿Qué piensa acerca de su capacidad para hacer que estos cambios empiecen mañana?”.

“En una escala del 1 al 10, con el 10 como más alto, ¿qué tan importante es esto para usted?”.

En el asesoramiento de grupo, se pueden discutir las condiciones como la autocharla negativa de las personas obesas. Los pacientes deben darse cuenta de los aspectos autodebilitantes y autorrealizadores de sus pensamientos.

Hacer cambios

En la tercera fase tienen lugar los cambios. El nutricionista ayuda a los pacientes a modificar su autocharla interna para producir nuevos pensamientos y comportamientos más eficaces. Se alienta a las personas a controlar los pensamientos negativos y autodestructivos, sustituirlos con autoafirmaciones positivas como una estrategia para lidiar con ellos, y reforzarse a sí mismas por haberlos enfrentado. La meta es que los pacientes comiencen a descubrir e interrumpir los pensamientos negativos a medida que surgen.

Por ejemplo, una mujer obesa que está comiendo en forma diferente puede decirse a sí misma que lo está haciendo muy bien y que siga así. El “poder del pensamiento positivo” mejora mucho la motivación y los resultados. A medida que los pacientes aprenden a responder en formas nuevas y a comer de manera distinta, el nutricionista podrá notar los resultados de la intervención y documentarla.

Para un comportamiento deseado futuro, el ensayo cognitivo con imágenes visuales permite dar atención a detalles importantes. Por ejemplo, un paciente puede ensayar ordenar en un restaurante o la cantidad de comida y bebida que consume en una fiesta. Si las personas piensan en o se imaginan a sí mismas superando las barreras y desempeñándose en forma adecuada, es probable que el desempeño real

mejore.

La motivación se ve influenciada en cierta medida por las cogniciones o pensamientos. La gente forma creencias acerca de lo que puede o no puede hacer, se fija metas y plan de acciones para lograr resultados que valora. La capacidad de representar las futuras consecuencias o resultados en pensamientos positivos provee una fuente de motivación.¹¹ Por ejemplo, los pensamientos positivos que hacen que nos sintamos mejor, nos veamos mejor o tengamos mejor salud pueden contribuir a la motivación.



CASO PRÁCTICO 5

La Sra. Jones: “Cuando vienen los días festivos, mis amigos nos traen dulces y bocadillos. Mi esposo y yo nos los comemos. No podemos desperdiciar la comida”. TU RESPUESTA:

Autoeficacia

Una expectativa de “eficacia” es la creencia sobre qué tan capaz es una persona de realizar el cambio de comportamiento que se requiere para lograr el resultado esperado de salud. Autoeficacia se refiere a la confianza de la persona en su capacidad para realizar un comportamiento de salud o un cambio alimentario y persistir en él con el tiempo. Afecta qué tanto esfuerzo pone una persona, qué nivel de desempeño se obtiene, y si se mantienen o no los cambios en el comportamiento de salud. Un hombre puede o no puede creer, por ejemplo, que puede reducir su ingesta alimentaria de sodio en forma continua (autoeficacia) para lograr el “resultado” de disminuir su presión arterial. Entre el personal, un empleado puede creer que realizar un trabajo en forma óptima le ganará el “resultado” deseado de obtener un aumento, pero puede creer o no que es capaz (autoeficacia) de tener un desempeño óptimo en forma continua.

Dada una elección, ¿habría más probabilidades de que emprendieras una tarea en la que piensas que NO tendrías éxito, o preferirías una donde te sientes seguro de triunfar? La autoeficacia puede determinar si una persona intenta o no una tarea y por cuánto tiempo la continuará. Las formas de elevar la autoeficacia de una persona incluyen fijar metas razonables para un cambio, disfrutar de las recompensas por los cambios obtenidos, llevar registros de autovigilancia y reforzar los éxitos. El aumento en la autoeficacia de una persona puede mejorar la motivación. La autoeficacia es un concepto central de la teoría cognitiva social para predecir y promover un cambio en el comportamiento de estilo de vida.

La autoeficacia es un juicio específico de una situación sobre la propia capacidad de tener comportamientos o tareas específicos sin recaer, por ejemplo, comiendo en forma diferente, haciendo más ejercicio o afrontando situaciones de alto riesgo.¹⁵ Estas percepciones sobre el desempeño y la superación de barreras, y no

necesariamente de las propias capacidades reales, influyen en que las personas consideren cambiar, si movilizan la perseverancia y la motivación para tener éxito, si tienen la habilidad de recuperarse de los fracasos y si pueden mantener los cambios conductuales.¹⁶

Por ejemplo, un paciente que está en un plan dietético para controlar la diabetes o de descenso de peso puede tener un alto grado autoeficacia cuando come en casa, pero uno más débil cuando come en un restaurante, lo que afecta su motivación y desempeño. Hay muchas cosas que la gente no hace porque piensa que no puede o tiene dudas acerca de sus propias capacidades.

¿Tiene la fuerza de voluntad algo que ver con el cambio de comportamiento? Albert Bandura no cree que el comportamiento apropiado, como comer en forma sana y hacer ejercicio regular se logre con una proeza de fuerza de voluntad. Bandura reconoció que el aprendizaje y el cambio conductual reciben influencia no solo de las señales externas y recompensas que exploramos en el [capítulo 7](#), sino también de la interacción con las demandas sobre las propias capacidades para afrontar los obstáculos.

Según Bandura, las terapias exitosas funcionan al incrementar las capacidades y confianza de un individuo en la habilidad para adoptar o practicar un comportamiento específico.¹¹ Esto permite a las personas ejercer un mayor autocontrol sobre su comportamiento, motivación y entorno. Los participantes en una intervención en línea de nutrición y actividad física descubrieron que el éxito dependía de que los usuarios desarrollaran autoeficacia para el cambio conductual, la medida en que se fijan metas personales y rastrear y recibir retroalimentación positiva en los comportamientos-objetivo.¹⁷



Los pensamientos positivos sobre las frutas y verduras afectan las elecciones de la persona. *Fuente: CDC/Amanda Mills.*

AUTOEVALUACIÓN



En una escala del 1 al 5, con el 5 como punto máximo, califica tu nivel de confianza (autoeficacia) en tu capacidad para hacer lo siguiente:

1. Ejercitarse tres veces a la semana.
2. Dar un discurso de 45 minutos de duración.
3. Realizar elecciones alimentarias saludables.
4. Bajar una pendiente esquiando.
5. Controlar tu peso.
6. Dar una cena para 20 personas.

¿Qué efecto tiene una calificación alta o baja en tu elección de actividades?

Bandura distingue entre expectativas de “eficacia” (“¿Podré hacerlo?”) y las de “resultado” (“Lo que espero que ocurra si adopto este comportamiento”).¹⁸⁻²⁰ Una expectativa de “resultado” es la estimación o creencia de una persona de que un cambio o comportamiento dados llevarán o no a un resultado que ella valora.²¹ Por ejemplo, el comportamiento de reducir la ingesta de sodio dará como resultado una presión arterial más baja y mejor salud; seguir un régimen dietético llevará a un

resultado de descenso de peso y mejor apariencia física y salud; o completar con éxito un proyecto para un superior dará como resultado un aumento de salario o una promoción. Además de los resultados de costo y beneficio, la gente pondera los resultados de aprobación o desaprobación social, expectativas placenteras o adversas, y estándares personales contra las cuales se evalúa a sí misma.²⁰

Los resultados se diferencian de la autoeficacia porque la gente puede creer que ciertas acciones producirán un resultado, pero puede tener serias dudas de si podrá afrontar o no los cambios necesarios y superar las barreras para llegar a ese resultado. Estas percepciones y evaluaciones, y no necesariamente las capacidades verdaderas de la persona, pueden aplicarse a realizar un comportamiento deseado, como comer menos, así como abstenerse de uno problemático, como comer de más.

Elección de comportamientos y actividades

Las expectativas de eficacia son un determinante importante de la elección que hace la gente de sus actividades.¹¹ Los pacientes involucrados en el cambio conductual, como comer o hacer ejercicio, deben tomar decisiones de si intentar o no diversas elecciones alimentarias, por cuánto tiempo continuar, cuánto esfuerzo hacer, y de cara a las dificultades, si persistir o no. Bandura cree que estas decisiones están gobernadas en parte por juicios de autoeficacia. La gente tiende a evitar las situaciones que piensa exceden sus capacidades, pero está dispuesta a emprender actividades que se juzga capaces de ejecutar.²¹ Mientras más fuerte sea la autoeficacia percibida, o sensación de dominio personal, más persistentes serán los esfuerzos, incluso en presencia de obstáculos. Cuando surgen las dificultades, quienes tienen percepciones de auto-eficacia más bajas harán menos esfuerzo o se rendirán por completo.²⁰

Un estudio de los niveles de ejercicio entre adultos con diabetes tipo 2 reveló variables en el ejercicio de intensidad moderada, incluyendo la autoeficacia de la tarea, la autovigilancia, la superación de barreras, darse tiempo para hacer ejercicio, autorrecompensas, apoyo social de la familia y los amigos y expectativas de resultados autoevaluadas.²² El aumento en la autoeficacia se asoció con la actividad física en adultos saludables no obesos que realizaron autovigilancia.²³ Las intervenciones con sobrevivientes de cáncer revelaron cambios significativos en el comportamiento nutricional y la actividad física.²⁴

Por lo general, la autoeficacia de una persona suele ser un buen factor de predicción de cómo se comportará en tareas específicas.¹¹ La autoeficacia afecta si la gente considera o no cambiar un hábito de salud, si movilizar la motivación y la perseverancia para tener éxito, si es capaz de recuperarse de los fracasos y recaídas, y si es capaz de mantener los cambios realizados.²⁰ Hay evidencia abrumadora de que hay una estrecha asociación entre la autoeficacia y el cambio conductual de nutrición y salud, y que la autoeficacia es un fuerte factor de predicción para el cambio.

Además, las metas personales mejoran el desempeño.²⁰ La motivación para realizar una tarea puede mejorar en parte a través de la propia autoevaluación del

desempeño, como haber bajado 1 kilo, cuando se compara con una meta adoptada de descenso de peso. Una persona con una autoeficacia fuerte aumenta el esfuerzo y la persistencia para lograr submetas y eso provoca un mejor desempeño. Para los pacientes, el nutricionista debe dividir las áreas en pasos que se dominen con facilidad y que estén dentro de las posibilidades de la persona, aunque requieren cierto grado de esfuerzo. El contrato de comportamiento y la autovigilancia planteados en otros capítulos también pueden ser de utilidad.

Dimensiones de las expectativas de eficacia

El nutricionista debe evaluar los pensamientos y confianza del paciente con respecto a sus habilidades para hacer cambios en sus comportamientos alimentarios y de ejercicio. Pueden examinarse distintas dimensiones de pensamientos, como el grado de dificultad de la tarea, la fortaleza de la autoeficacia para tener éxito en la tarea, y la generalización a otras situaciones. Cuando las tareas tienen distintos grados de dificultad, las expectativas de eficacia pueden limitar a algunas personas a las tareas simples, mientras que otras se sentirán cómodas con las más difíciles. El autoconcepto débil se extingue fácilmente con experiencias que lo contradicen, mientras que las expectativas de eficacia sólidas perseverarán en sus esfuerzos incluso ante las dificultades.²⁰

Medición de la autoeficacia

Se sugiere un abordaje en dos pasos para medir la autoeficacia. Primero, dado un grupo de tareas de diversos grados de dificultad, preguntar a los pacientes qué metas alimentarias o cambios pueden emprender. Es preferible comenzar con las más fáciles para garantizar el éxito, pues esto aumentará la autoeficacia. Entonces los pacientes pueden progresar despacio a las más difíciles.

Segundo, para cada cambio designado de comportamiento, pedir a los pacientes que califiquen la fortaleza de su confianza en el éxito para hacer un cambio específico en una escala de puntos, con 5 como muy confiado y 1 como no confiado en absoluto. Si no confían, deben encontrarse una meta o tarea diferentes. Las autoevaluaciones suelen ser bastante precisas, porque la gente realiza con éxito tareas dentro de sus capacidades percibidas, y evita aquellas que la sobrepasan.

Deben evaluarse en forma periódica las expectativas de eficacia y el desempeño durante el proceso de cambio alimentario, porque mientras más fuerte sea la eficacia percibida, mayores probabilidades habrá de que la gente persista. En el modelo transteórico o de etapas del cambio presentadas en el [capítulo 5](#), las puntuaciones de autoeficacia suelen incrementarse en las últimas etapas del cambio y son bastante más altas para quienes están en las etapas de acción o de mantenimiento. Son bajas en las etapas de precontemplación y contemplación, donde la gente tiene poca confianza en su capacidad para cambiar.

Fuentes de información sobre eficacia

Cuando se planean intervenciones alimentarias y de ejercicio, es importante considerar las cuatro fuentes principales de información sobre eficacia. Las creencias con respecto a la autoeficacia se basan en (1) logros reales de desempeño, (2) experiencias indirectas (modelado) al observar el desempeño ajeno, (3) persuasión verbal y (4) estados fisiológicos y emocionales.^{11,18,20} Estas cuatro fuentes se han usado en las intervenciones alimentarias y de ejercicio.

Desempeño real

La manera más influyente y efectiva de elevar la autoeficacia son los logros reales de desempeño. El nutricionista debe dividir los cambios en muchos pasos pequeños de fácil manejo, dejar que el paciente elija los que quiere intentar primero, y estar seguro de que la persona tiene confianza en que lo logrará. Establecer metas personales y autorrecompensas puede ser benéfico para mejorar el desempeño y aumentar la autoeficacia. Este aumento en la autoeficacia y la motivación viene de desempeñar con éxito el comportamiento y obtener las submetas.¹⁶ Por ejemplo, lograr la meta de seguir el cambio alimentario hoy es un compromiso inmediato más que la meta futura de no volver a comer postres. Con los empleados, la meta de mejorar el desempeño hoy es preferible a la meta, más distante, de mejorar durante el mes.

Los éxitos personales hacen surgir expectativas de dominio, mientras que los fracasos las reducen, en especial en el inicio del curso del cambio conductual. El éxito repetido en superar los obstáculos a través de la perseverancia fortalece la autoeficacia. La gente también perfecciona sus capacidades para enfrentar barreras. El éxito genera éxito; el fracaso genera fracaso.

Modelado

Una segunda fuente de información sobre eficacia proviene del modelado o aprendizaje por observación seguido por un desempeño guiado. Bandura pensaba que la gente aprende mirando u observando las acciones ajenas.¹⁶ Los pacientes pueden aprender cómo manejar situaciones observando a un modelo que demuestra el comportamiento adecuado, como ordenar comida saludable en un restaurante o decir “no, gracias” a los ofrecimientos de postres. La experiencia indirecta de ver a otro desempeñarse puede generar expectativas de que si otra persona puede hacerlo, “yo también”.

Para mejorar la imitación, debe percibirse al modelo como similar a uno mismo o como que posee competencias a las que uno aspira. Los pacientes deben recibir la oportunidad de desempeñar con éxito el comportamiento modelado. En las sesiones de asesoramiento en grupo, los modelos negativos son un problema que debe evitarse. Los empleados también aprenden observando y modelando a otros empleados. Sin embargo, las expectativas de eficacia más fuertes se producen por los logros personales que solo observando a los demás.

Persuasión verbal

Un tercer abordaje, la persuasión verbal, es ampliamente usado por los nutricionistas en un intento para influir en el comportamiento, pero está entre los menos efectivos. Decir a la gente lo que debe hacer, que posee la capacidad para hacerlo, e informarle de los beneficios no es de tanta utilidad, en especial si el individuo no ha podido seguir los cambios alimentarios. El aliento del nutricionista, o el apoyo de otros, puede variar mucho dependiendo de su credibilidad percibida, su prestigio, confiabilidad y otros factores. El que el nutricionista diga: “Sé que usted puede hacerlo” no es tan efectivo y el paciente puede no hacer esfuerzos por cambiar.^{11,16}

Estados fisiológicos y emocionales

Por último, la gente en parte juzga sus capacidades a partir de estados fisiológicos y emociones. Las situaciones en las que el individuo tiene que lidiar con cambios en el estilo de vida pueden producir ansiedad, estrés, hambre, fatiga y tensión. Quienes vuelven a subir de peso, por ejemplo, pueden tener una baja autoestima y autoeficacia. Quienes son susceptibles a la ansiedad pueden autopreocuparse con sus ineptitudes percibidas en vez de con la tarea que tienen en mano. Las actividades que reducen el estrés y la discusión de la correcta interpretación de las señales corporales pueden ser de ayuda.

En resumen, un programa eficaz de intervención debe aumentar la autoeficacia y el valor del resultado. El dominio personal de un cambio alimentario o el logro de una meta son lo más convincente. Pequeñas “victorias” crean confianza para hacer cambios adicionales. Pueden mencionarse buenos modelos, como pacientes anteriores, para explicar cómo superaron las dificultades. Debe explicarse la ansiedad, el hambre y el estrés para asegurarse que el individuo no mal interprete las señales corporales y abandone los esfuerzos.

Con los empleados, los logros personales dan mejor información sobre eficacia que decirle a la gente que es capaz de hacer un trabajo.

Modelar a partir del desempeño ajeno, como ver que el trabajo duro lleva a una promoción, es otra fuente de información sobre eficacia. Pueden adoptarse comportamientos, tanto buenos como malos, de ver lo que otros hacen.

Valoración cognitiva de la información sobre eficacia

La medida en la que surge la autoeficacia depende en parte de la cantidad de esfuerzo invertido. Un esfuerzo laborioso sugiere una autoeficacia menor que un éxito logrado a través del mínimo esfuerzo. El desempeño sugiere una autoeficacia más alta si se logra mediante el progreso continuo en vez de a través de reveses desalentadores. Además, varios factores intervienen en las valoraciones personales. La gente con una autoeficacia alta se fija metas más difíciles con un compromiso más firme, atribuye el fracaso a falta de esfuerzo, y puede aumentar el esfuerzo y la persistencia en alcanzar una meta.

Si una persona no está convencida por completo de su autoeficacia, abandona las habilidades que ha aprendido cuando no obtiene resultados rápidos. Quienes poseen

una baja autoeficacia pueden atribuirlo a una baja capacidad, y quienes tienen autocreencias negativas no las descartan a la primera de cuentas.¹⁶ Aun cuando los logros de desempeño actuales hayan trascendido sus niveles previos, pueden restarles importancia o dar el crédito de sus logros a factores distintos a sus propias capacidades.

De ese modo, en sus vidas diarias la gente se aproxima, explora y trata de lidiar con situaciones de salud que estén dentro de sus capacidades, y evita situaciones que percibe como que exceden su habilidad. La gente pondera diversas fuentes de información al hacer sus elecciones conductuales, qué tanto esfuerzo pusieron y por cuánto tiempo persistirán de cara a las dificultades.^{11,16} Se presume que las expectativas de autoeficacia influyen en el nivel de desempeño al mejorar la intensidad y persistencia del esfuerzo.

Prevención de recaídas

¡Me lo comí todo!

G. Alan Marlatt y otros desarrollaron un modelo de proceso de recaída que al inicio era para conductas adictivas.^{25,26} La recaída puede definirse como un proceso complejo y de factores múltiples que puede considerarse como la respuesta de un individuo a una serie de caídas, una pérdida de control sobre sus elecciones alimentarias y de salud, y un retorno a comportamientos alimentarios problemáticos.²⁵ La recaída es alta en las intervenciones de obesidad que involucran el peso y el cambio de comportamiento.²⁷ La meta principal del asesoramiento es proveer las habilidades para evitar una recaída completa, sin importar la situación o los factores de riesgo inminente.²⁵ La prevención de la recaída incluye componentes conductuales y cognitivos.²⁸

Los comportamientos pueden ser vistos como hábitos sobreaprendidos que pueden ser analizados y modificados. Por ejemplo, el comportamiento alimentario de los individuos con anorexia nerviosa, bulimia y obesidad puede ser visto como un patrón deficiente de hábitos con mecanismos de afrontamiento defectuosos.²⁹ Por lo general, estos comportamientos están seguidos de algún tipo de gratificación inmediata, como sentimientos de placer o la reducción de la ansiedad, tensión, aburrimiento o soledad. Cuando el comer tiene lugar antes o durante situaciones estresantes o desagradables, representa un mecanismo de afrontamiento defectuoso.

Un modelo de recaída

El modelo de recaída se basa en el supuesto de que los eventos de la recaída están precedidos por situaciones de alto riesgo.²⁸ El control de un individuo continúa hasta que la persona se topa con situaciones de alto riesgo o “aquellas que desafían la habilidad de afrontamiento del individuo”.²⁹ Cuando se enfrenta con ciertas situaciones, la gente tiende a usar respuestas deficientes con las que se siente

familiarizada y cómoda, como comer de más. Véase la [figura 8-1](#) para una modificación del modelo de recaída de Marlatt adaptado a la comida.²⁵

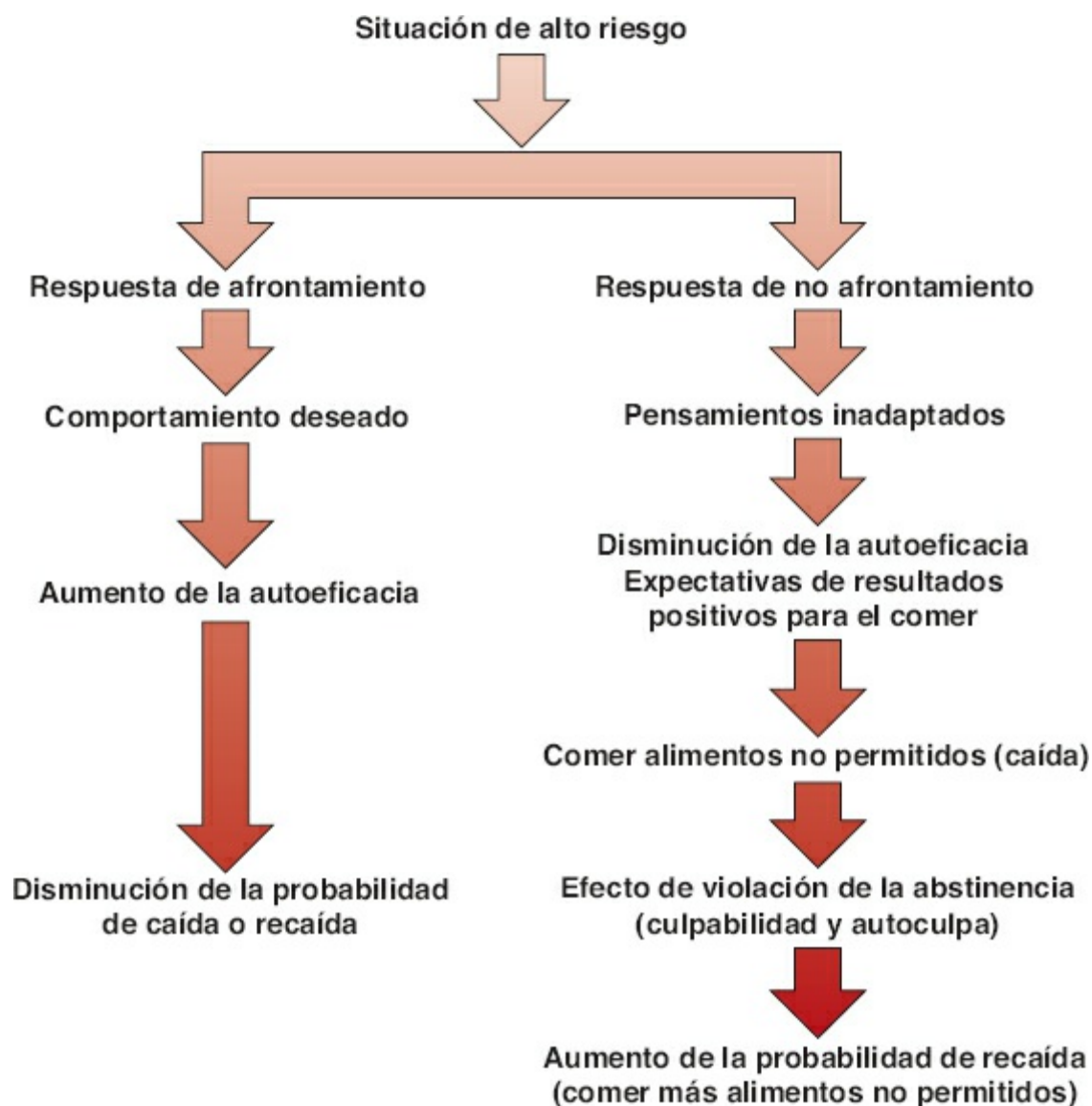


Figura 8-1 ■ Modelo cognitivo-conductual del proceso de recaída.

Fuente: Modificado de Marlatt GA, Gordon JR, eds. *Relapse Prevention*. New York, NY: Guilford Press; 2005.

Situaciones de alto riesgo

El problema de ceder a la tentación es un desafío para los pacientes que están en cambios de alimentación y de otros comportamientos de salud. La mayoría de la gente que está haciendo cambios en el estilo de vida experimenta reveses temporales. Si no sabe cómo afrontarlos y recuperarse, puede abandonar todos los esfuerzos y recaer en forma permanente.

La prevención de recaída se basa en un grupo de estrategias cognitivo-conductuales para ayudar a las personas que están cambiando un comportamiento. El

programa de automanejo está diseñado para ayudar a los individuos a identificar, anticipar y enfrentar los antojos y reveses, para mantener la adherencia a los hábitos modificados.³⁰

Existe una distinción entre una “caída” y una “recaída”. Una caída, como un episodio de comer de más en un restaurante, es un error leve, o un caso de retorno a un comportamiento alimentario que ya fue discontinuado. Una caída no debe ser vista como un fracaso personal que provoque sentimientos de culpa, sino como una experiencia de aprendizaje cuando se examinan las circunstancias precipitantes inmediatas y las formas de corregirlas en el futuro.

La meta es valorar con los pacientes sus situaciones de alto riesgo asociadas con la recaída.³¹ Para una persona con una dieta restrictiva, las situaciones de tentación comunes son la aflicción emocional, las emociones, estados de ánimo y sentimientos negativos, los antojos, las situaciones sociales y los estados fisiológicos negativos.²⁶ Estas situaciones incluyen la exposición del paciente a eventos, lugares, personas, pensamientos y otras señales para comer que varían en intensidad.

Los estados de ánimo y sentimientos negativos, como depresión, ansiedad, estrés, frustración, enojo, aburrimiento, soledad y sentimientos de privación antes o durante el tiempo de la caída están relacionados con la recaída.²⁹ El comer de forma descontrolada es una respuesta común cuando una persona está sola. Las reacciones emocionales aumentan la oportunidad de que ocurra una caída y escale a una recaída. Preocupan las cogniciones negativas, los pensamientos autodesalentadores y los bajos rangos de autoeficacia, porque son factores de predicción de recaída. Las personas con cogniciones positivas y autoeficacia percibida tienden a hacer acopio de sus habilidades de afrontamiento y regulan mejor sus comportamientos. Bandura no cree que el comportamiento apropiado, tal como elegir alimentos adecuados y evitar otros, se logre por un impulso de fuerza de voluntad. Cuando la gente no se comporta en forma óptima aun cuando sepa qué debe hacer, los pensamientos o cogniciones pueden estar mediando la relación entre lo que uno sabe y lo que uno hace.^{11,16}

Los estados emocionales positivos, en donde se desea aumentar los sentimientos de placer o celebrar un evento, también son un problema. Un estudio de personas que debían seguir una dieta reveló que los estados emocionales negativos que ocurrieron cuando la persona estaba sola y los estados emocionales positivos que implicaban a otra persona, como en las reuniones sociales, son situaciones de alto riesgo difíciles de manejar, lo que sugiere que el manejo de tales situaciones debe incorporarse al asesoramiento nutricional.²⁹

Además de los individuales, los factores situacionales o ambientales también tienen su parte en la recaída. El apoyo de la familia, los amigos o de los grupos de autoayuda se asocia con un mejor éxito, mientras que los conflictos interpersonales, como desacuerdos o diferencias en las relaciones con la familia, un amigo o un empleado, pueden ser señal de la posibilidad de una recaída.

Las señales para comer en el entorno, por ejemplo, pueden incluir las festividades, los restaurantes y las reuniones sociales donde comer de más se considera aceptable desde la perspectiva social. En el Women’s Intervention Nutrition Study (WINS), los ejemplos de situaciones de alto riesgo incluyeron las

festividades, cenar en un restaurante, ocasiones especiales y señales emocionales.¹⁴ Las presiones sociales por parte de otros ocurren cuando las personas tientan o presionan: “Cómetelo. Una sola vez no te hará daño”, y cuando una persona ve a otros consumir alimentos que no están en su plan de alimentación: “Todos lo están comiendo. ¿Por qué yo no?”.

Por último, los factores fisiológicos negativos pueden contribuir a la recaída. Urgencias y antojos por alimentos, sensación de hambre, fatiga o dolor de cabeza pueden aumentar la probabilidad de recaída. Véase el [recuadro 8-4](#) para ejemplos de situaciones de alto riesgo.

AUTOEVALUACIÓN



Con base en los ejemplos de las situaciones de alto riesgo del [recuadro 8-4](#), identifica aquellas que son situaciones de alto riesgo para tu propia forma de comer.

Sensaciones fisiológicas de hambre, fatiga, antojo, tensión, estrés.
Asistir a eventos sociales, fiestas, comer en restaurantes, festividades.
Baja autoeficacia o motivación inadecuada.
Autocharla negativa.
Falta de apoyo social de familia, amigos o compañeros de trabajo.
Conflictos interpersonales.
Estados emocionales positivos (por ejemplo, diversión y celebración de un evento). Estados de ánimo o emocionales negativos (por ejemplo, depresión, ansiedad, frustración, enojo, aburrimiento, soledad, privación, sentirse molesto, triste o preocupado).

Recuadro 8-4 ■ Ejemplos de situaciones de alto riesgo.



Cuando se está feliz y hambriento, los alimentos representan una situación de alto riesgo.

Fuente: US Department of Agriculture.

Identificación y valoración de situaciones de alto riesgo

La valoración de las situaciones de alto riesgo puede entenderse como un proceso en dos etapas. En la primera, se hace un intento por identificar situaciones específicas que puedan plantear un problema para un paciente en términos de caída o recaída. Los registros alimentarios de autovigilancia son útiles para identificar estas situaciones, así como para elevar la conciencia de la persona sobre las elecciones alimentarias que ha hecho. La autovigilancia es una intervención en sí mismo que puede reducir algunos de los comportamientos.

Comer puede ser una respuesta automática que no puede afrontarse hasta que haya una conciencia plena de que uno está comiendo sin una decisión consciente de hacerlo. Pueden valorarse los rangos de autoeficacia dando a los pacientes descripciones de situaciones específicas y pidiéndoles que califiquen qué tan difícil sería afrontarlas. Las situaciones con las calificaciones más bajas de autoeficacia son las situaciones de mayor riesgo para una caída.³² El nutricionista puede pedir al paciente que identifique la dificultad de afrontamiento en una escala de 5 puntos, con 5 como la más difícil. Las descripciones de antiguas recaídas pueden ser informativas. La gente que las afrontó con éxito puede haber confiado en evitar los eventos o en estrategias cognitivas, como pensar en forma positiva sobre las metas para el cambio o las consecuencias negativas de una caída.

Afrontamiento *versus* fracaso para el manejo de situaciones de alto riesgo

Cuando una persona está en una situación de alto riesgo, existen dos posibilidades: una respuesta de afrontamiento o la falta de una. Si el individuo afronta, se eleva la autoeficacia y hay menos probabilidades de caída o recaída. Por ejemplo, el paciente tiene pensamientos de afrontamiento: “No tengo hambre, así que no voy a comer”, “Voy a caminar en vez de comer”, o “Le telefonearé a mi amiga en vez de comer”.

Después de identificar las situaciones de alto riesgo, la segunda etapa es una valoración de las capacidades de afrontamiento del paciente o su capacidad para responder involucrando tanto pensamientos como acciones. Esto se puede valorar en situaciones simuladas con juego de roles o en forma escrita. Un individuo puede ensayar respuestas a situaciones de alto riesgo con el nutricionista o con los miembros de su grupo.

Los individuos suelen contemplar la abstinencia de alimentos menos preferidos desde una perspectiva de todo o nada. Marlatt postula un “efecto de violación de la abstinencia” cognitivo y afectivo cuando una persona viola el compromiso de cambiar sus elecciones alimentarias y consume alimentos que no debería.²⁵ El componente cognitivo examina si la caída se considera interna e incontrolable o externa y controlable. El componente afectivo se relaciona con sentimientos de culpa, vergüenza y desesperanza. Las posibles respuestas de ceder a la tentación son las siguientes:

- Uno se siente culpable, tiene baja autoestima y se culpa a sí mismo por la pérdida de control o por la indulgencia con la comida. (“No debí habérmelo comido, pero lo hice. Soy culpable”.)
- Un individuo obeso puede seguir comiendo para aliviar la culpa. (“Me comí una galleta y lo arruiné. Igual me como toda la bolsa”.)
- Una persona puede alterar su cognición de ser disciplinada a ser indulgente. (“No tengo fuerza de voluntad, y de todas formas nunca podré seguir esa dieta”.)
- La persona puede racionalizar. (“Me merezco un respiro hoy. Me debo a mí misma esta comida”.)
- La persona puede cambiar su compromiso para salvar la fachada. (“Cambié de opinión acerca de seguir esta dieta y decidí comer lo que yo quiera”.)

Las caídas afectan los pensamientos y sentimientos de la persona. Si no hay una respuesta de afrontamiento y la persona se siente incapaz de ejercer el control, experimenta una disminución en la autoeficacia, a veces acompañada con una sensación de indefensión o una rendición pasiva a la situación. (“No tiene caso. No puedo evitarlo”.) Desde esta perspectiva de todo o nada, una simple caída lleva a la rendición. Si la persona tiene expectativas de resultado positivas de gratificación inmediata de comer (“Seguro sabe delicioso. Me sentiré mejor después de comerlo”), e ignora las consecuencias negativas de salud, aumenta la probabilidad de caída o recaída. El individuo experimenta un conflicto de motivos entre el deseo de mantener el control y la tentación de rendirse. La persona consume alimentos menos deseables,

ocurre la caída y puede haber un problema para restablecer el control. Después de una caída, la persona afronta y vuelve al carril o procede a la recaída.³²

Es importante educar a los pacientes con respecto al proceso de recaída, porque es poco probable que la gente reconozca el rango de situaciones que pueden desencadenar el acto de comer. Cuando se identifican las situaciones de alto riesgo únicas del individuo (pensamientos, sentimientos, gente y situaciones) los nutricionistas pueden enseñar a la persona a buscar señales, tales como una próxima fiesta, vacación, festividad o tiempo de estrés en el trabajo. El paciente puede tomar acción preventiva y decidir por anticipado cómo enfrentarlas. La meta del tratamiento es ayudar a la persona a aprender a anticipar y prevenir la ocurrencia de caídas y recaídas o ayudarle a recuperarse de una caída antes de que escale a una recaída completa.

Las caídas son inevitables. El nutricionista debe advertir a los pacientes que esperen esto y prepararlos para manejarlo. El no hacerlo priva al paciente de la oportunidad de desarrollar habilidades para afrontar la caída o la recaída o minimizar el daño. Usar el término “caída” evita el juicio de valor asociado con un término como “hacer trampa” en su régimen alimentario. Todos, en cierto momento, comerán de más o consumirán alimentos tentadores. Cada error es visto como una oportunidad de aprender, no como un fracaso personal. El objetivo es enseñar al individuo a identificar las situaciones con alto riesgo de caída y recaída, usar estrategias de afrontamiento y de resolución de problemas cuando las confronta, y manejar los pensamientos negativos (culpa) que acompañan a una caída.

El momento más peligroso es el inmediato posterior a la caída.³² La recompensa de gratificación instantánea puede pesar bastante más que los efectos negativos de salud en un futuro distante. Así, una sola caída, o serie de caídas, son como una bola de nieve hacia una recaída total de la que es más difícil recuperarse. La [figura 8-2](#) es un ejemplo de no afrontar una situación en la tienda y en casa en presencia de la señal externa de las papas fritas. La pérdida de control y la autocharla disfuncional provocan un atracón y recaída.

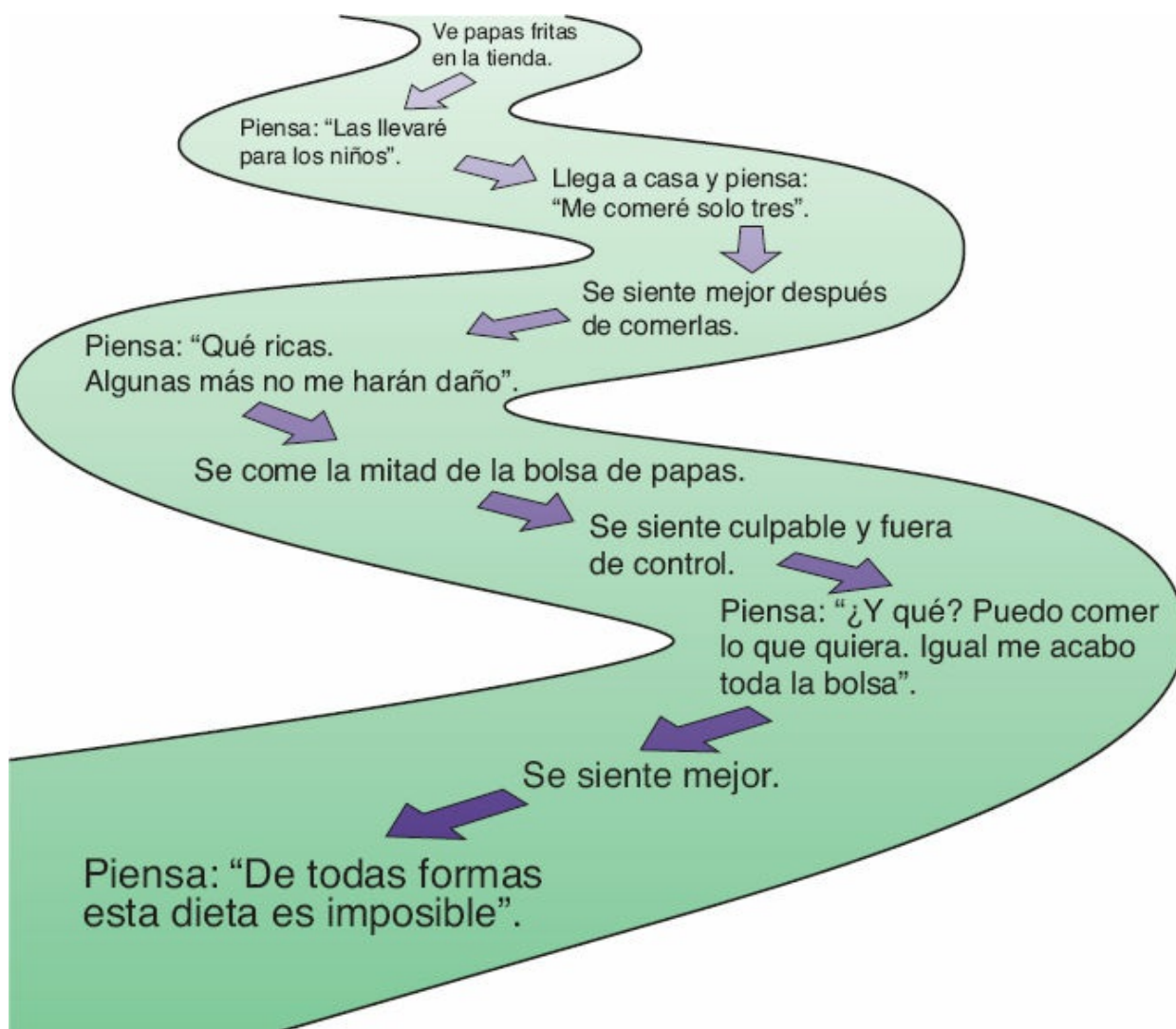


Figura 8-2 ■ Cuando no hay afrontamiento, los pensamientos afectan el acto de comer.

Otras estrategias de tratamiento

Las estrategias de afrontamiento incluyen respuestas cognitivas, como auto-charla positiva (“Puedo hacerlo”), respuestas conductuales, como llamar a un amigo en vez de comer, y creencias sobre la autoeficacia; o juicios en cuanto a si se puede o no responder con eficacia. El entrenamiento en habilidades de afrontamiento implica la adquisición real de un nuevo comportamiento a través de práctica esencial y ensayo de dichas habilidades. “La práctica hace al maestro”, como dice la sabiduría popular.

La reestructuración cognitiva también puede usarse para contrarrestar los componentes cognitivos y afectivos del efecto de violación de la abstinencia.²⁵ En vez de ver la primera caída como un signo de fracaso caracterizado por el conflicto, la culpa, la vergüenza y la atribución personal, puede enseñarse al paciente a verla como un evento aislado o un pequeño error y no como un desastre total, para renovar de inmediato el compromiso con el cambio de estilo de vida, y aprender de los errores al revisar los factores ambientales y psicológicos de la situación de caída.

Los pacientes inician los cambios alimentarios con diversos grados de motivación

y compromiso. Además, algunos que parecen estar muy motivados al principio pueden descubrir que el cambio a largo plazo es más difícil de lo que imaginaron. Por ejemplo, los pacientes que pierden algo de peso, y quienes luchan pero se adhieren a sus planes de alimentación, pueden ser capaces de afrontar los reveses temporales. La motivación puede variar entre la gente de culturas colectivistas, donde las personas interactúan en grupo.²⁶

Se supone que los hábitos o comportamientos alimentarios son moldeados por las experiencias previas. Cambiar esos hábitos o comportamientos implica la participación activa y la responsabilidad del paciente, que se convierte en un agente del cambio. En un programa de automanejo, el individuo adquiere nuevas habilidades y estrategias cognitivas, de modo que los comportamientos están bajo la regulación de procesos mentales más elevados y la toma de decisiones responsable.

Son de utilidad el ensayo conductual de las situaciones de alto riesgo hipotéticas, el asesoramiento y la retroalimentación por parte del nutricionista. Se puede utilizar el ensayo mental a través de escenarios imaginarios en donde el paciente provee respuestas de afrontamiento ante las tentaciones y se siente bien por ello, para lidiar con las reacciones a una caída. El juego de roles inverso, donde el paciente le enseña al nutricionista cómo afrontar una situación de alto riesgo y manejar una recaída le dará al paciente más argumentos convincentes de los que cualquier nutricionista puede ofrecer. Se recomienda elevar la autoeficacia a través del desempeño exitoso y el modelado de autoafirmaciones positivas como “Puedo manejarlo”.²⁵

El entrenamiento en la meditación de atención plena y las prácticas de atención plena guiadas pueden propiciar el hacer elecciones alimentarias conscientes y desarrollar una conciencia de las señales para comer.³³ Se enseña a los pacientes que si se enfrentan con una urgencia para darse un atracón, imaginen su urgencia como una ola que crece, llega a su cresta y se deshace poco a poco. No responder a la urgencia fortalece la autoeficacia. Wansick piensa que la respuesta a comer de forma mecánica no es comer de modo consciente, sino disponer nuestros entornos para controlar las señales externas para comer menos en forma mecánica.³⁴

Como antídoto para el estrés, puede necesitarse entrenamiento en la relajación; autocharla positiva; meditación; ejercicio en vez de comida; visualización de escenas placenteras y relajantes o realizar comportamientos de afrontamiento ante la tentación; y procedimientos de manejo del estrés.²⁹ En la visualización, se pide a los pacientes que cierren sus ojos y piensen en una situación tentadora o estresante. El nutricionista puede hacer preguntas que crean una imagen visual de la situación y el acompañamiento de emociones. Si imagina una fiesta, por ejemplo, el nutricionista puede preguntar: “¿Cómo son los alrededores?”, “¿Qué está haciendo usted?”, “¿Qué están haciendo los demás?”, “¿Dónde están la comida y la bebida?”, “¿Cuáles elegirá?”, “¿A quién puede pedirle apoyo?”, “¿Qué le diría usted?”, “¿Cómo se sentiría?”.

Los índices de recaída de los pacientes con obesidad son altos. Los pacientes pueden hacer planes por escrito para las caídas y recaídas, identificando los primeros signos de un resbalón, y estrategias para mantenerse en el carril. Algo útil es adoptar una orientación de solución de problemas a situaciones estresantes o una solución de

problemas a través del modelado, pensando en voz alta. El nutricionista y el paciente pueden revisar los eventos y emociones de pasadas caídas y recaídas, porque los patrones tienden a repetirse. Cuando se discuten las caídas, es preferible centrarse en cómo el individuo pudo haber salido airoso en vez de en los fracasos.³⁵

Modelos y teorías del cambio

En el [capítulo 5](#), Procheska decía que la gente circula a través de las etapas del cambio, porque no mantiene sus progresos la primera vez. Él cambió su modelo transteórico de un patrón lineal a uno espiral.³⁰ En el modelo, se espera el regreso a una etapa previa a medida que la gente atraviesa las seis fases de precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación. Las estrategias de prevención de recaídas son importantes, en especial en las etapas de acción y mantenimiento. Se puede esperar que los pacientes con problemas alimentarios atraviesen todas las etapas con frecuentes retrocesos.

Las personas en la etapa de acción se enfrentarán con situaciones de alto riesgo, estrés y tentaciones que ponen a prueba los esfuerzos de afrontamiento. Pueden deslizarse o caer en una situación y resistir en otra. La mayoría no tiene éxito al primer intento de cambio. La recaída comienza con un retroceso a una etapa previa y puede verse como una oportunidad de aprendizaje. Así como Roma no se construyó en un día, tampoco se logra un cambio alimentario exitoso en un corto periodo.

Los pacientes deben aprender habilidades de autovigilancia y automanejo para lidiar con la urgencia normal de caer en viejos hábitos. Deben tener más éxito cuando se mantienen en contacto con el nutricionista, cuando menos por teléfono, por un año o más. Varios grupos utilizan el modelo del tratamiento a largo plazo, tales como Alcohólicos Anónimos, Comedores Compulsivos Anónimos y la membresía de por vida ofrecida por Weight Watchers.

Uno solo puede esperar que nuestros modelos y teorías de cambio en el comportamiento de salud expliquen y predigan el cambio. Las teorías cognitivas sociales, el modelo de comportamiento de salud, el modelo transteórico y otras teorías tienen un éxito limitado para explicar el cambio alimentario. Las prácticas alimentarias son resultado de una cantidad de variables que interactúan entre sí.

Las intervenciones no cambian directamente los comportamientos, pero pueden diseñarse para cambiar las variables mediadoras. Un cambio en las variables muy relacionadas (psicosociales, conductuales, ambientales y biológicas) pueden producir un cambio conductual. Las modificaciones en las prácticas alimentarias familiares, por ejemplo, pueden estar muy relacionadas con una variable mediática que provoque el cambio.



Resumen

Si bien todas las teorías y modelos son valiosos, se requiere de investigación científica adicional como base para planear intervenciones más eficaces y basadas en la evidencia que sean apropiadas para el paciente individual. El nutricionista puede combinar varios abordajes de asesoramiento con sus pacientes. En este capítulo se describe el uso de la reestructuración cognitiva de pensamientos negativos y disfuncionales, y delinea métodos que aumentan la autoeficacia del paciente o su autoconfianza para cambiar un comportamiento. Se incluyen los problemas de caída y recaída que requieren de habilidades de afrontamiento, así como los enfoques para prevenir la recaída.

Los nutricionistas deben dar a sus pacientes un resumen o panorama del proceso de recaída. Con un nivel de conciencia elevado sobre las situaciones de alto riesgo, los pacientes estarán mejor preparados para utilizar sus habilidades de afrontamiento y tomar acciones para evitar una caída o recaída. La gente debe verse a sí misma como agente de control capaz y no como víctima indefensa en situaciones que están fuera de su control.

Revisión y preguntas

1. ¿Qué es la terapia cognitiva?
2. ¿Qué efecto tienen las cogniciones negativas en el cambio conductual?
3. ¿Qué tipos de distorsiones cognitivas tienen las personas?
4. Explica las tres fases de la reestructuración cognitiva.
5. ¿Cuál es la relación entre la expectativa de un resultado y la expectativa de eficacia?
6. ¿En qué forma afectan las autopercepciones a la elección de actividades de una persona?
7. Explica las cuatro fuentes que tiene una persona de información sobre la eficacia. ¿Cómo afecta cada una el comportamiento?
8. Explica el modelo de recaída.
9. ¿Cuáles son ejemplos de situaciones de alto riesgo?
10. ¿Qué estrategias pueden ayudar a prevenir la recaída?

Actividades sugeridas

1. Lleva un registro de lo que comes durante un día, observando tus pensamientos acerca de la comida, antes, durante y después de comer. ¿Qué porcentaje son positivos? ¿Negativos? ¿Cómo aumentó esto tu conciencia?
2. Identifica tus propias situaciones de alto riesgo para comer y la forma en que respondes. ¿Qué ocurre si enfrentas la situación? ¿Qué ocurre si no puedes enfrentar la situación? ¿Cómo te sientes?
3. Para cada una de las siguientes percepciones del paciente, pronostica cómo se comportará. Después plantea un pensamiento de afrontamiento más positivo.
 - A. “Nunca he podido mantenerme en un plan de alimentación bajo en calorías por más de una semana”.
 - B. “La comida no sabe bien sin sal”.
 - C. “Hay galletas con chispas de chocolate en la despensa, y estoy segura de que puedo comerme algunas después del día que he tenido. Me merezco una recompensa”.
 - D. “Ya vienen los comerciales en la televisión. Creo que iré a ver qué hay en el refrigerador”.
 - E. “Ese pastel que sobró se ve bien, pero no lo necesito”.
 - F. “Ya arruiné toda mi dieta comiéndome ese pay de manzana con helado. Esto no tiene sentido”.
 - G. “No tengo tiempo de prepararme comida especial hoy”.
4. Durante dos días, lleva la cuenta del número de veces que la gente usa los términos “debo”, “debería”, “tengo que” o “tendría que” en afirmaciones sobre sí misma. O lleva una cuenta del número de veces que tú usas dichos términos.
5. Durante dos días o más, consume una alimentación modificada (baja en grasas, baja en calorías, restringida en sodio, alta en fibra, etc.). Lleva un registro de tus pensamientos. Identifica las situaciones de alto riesgo.
6. Cada noche durante dos días, haz una lista escrita de todos tus éxitos o cosas que has logrado. Date a ti mismo una palmadita verbal en la espalda con una percepción positiva.

Asesoramiento y consejería a través de las etapas de la vida



Objetivos

- Identificar los grupos de edad en las etapas de la vida.
- Reconocer las estrategias para el asesoramiento eficaz en las etapas de la vida.
- Evaluar el foco nutricional de prevención en salud para cada grupo de edad.
- Definir los conceptos de automanejo en la enfermedad crónica relacionada

con la alimentación.

CASO PRÁCTICO 1

La Sra. Smith, viuda, tiene 76 años de edad. Mide 1.60 m (5' 3") y pesa 68 kilos (150 lb). Padece artritis en manos y rodillas, lo que limita su movilidad. No conduce y no hay una tienda de abarrotes cerca de su casa. Toma aspirina y agentes antiinflamatorios de venta libre. Vive de una pequeña pensión y de la seguridad social. El mes pasado, su nieta Sara (35 años, 12 semanas de embarazo) se mudó con ella, trayendo a Charles (15 años) y Chelsea (4 años) mientras su marido está en una misión militar fuera del país. La familia vendrá a su consultorio para un asesoramiento nutricional.

El viaje a través de la vida es un proceso de cambio y crecimiento.

—Anonymous

Introducción

Los objetivos nutricionales en Estados Unidos, incluyendo *Healthy People 2020* y *ChooseMyPlate*, están dirigidos a todos los grupos en las etapas de la vida.^{1,2} Se ha reportado que los adultos toman más de 225 decisiones relacionadas con la nutrición cada día.³ A medida que la tecnología y la investigación médica aumentan la longevidad de la población, un nuevo significado está surgiendo en la calidad de vida. La conciencia pública del papel de la nutrición en la salud preventiva está creciendo. Los profesionales de la nutrición tienen una amplia variedad de oportunidades para difundir información correcta y aplicar estrategias educativas innovadoras para lograr metas clave como mantener un peso corporal saludable a través de las etapas de la vida.⁴ El propósito de este capítulo es explorar las estrategias de asesoramiento y consejería clave más efectivas para los grupos de edad individuales, los grupos familiares, y dentro del contexto de enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación.

Mujeres en etapa preconcepcional y embarazadas

En forma ideal, la educación nutricional debería comenzar en la fase preconcepcional de los años reproductivos, cuando las mujeres están en riesgo o cuando están planeando embarazarse. Esta es una oportunidad excelente para valorar los hábitos alimentarios actuales y alinearlos con metas de ingesta saludable. También proporciona un sólido inicio nutricional para las primeras semanas de gestación, cuando las mujeres no suelen haber confirmado su embarazo. A menudo las mujeres no tienen acceso a un nutricionista en este punto. Las formas innovadoras de llegar a

esta audiencia podrían asociarse con ginecólogos, proveedores de atención primaria, asistentes médicos o enfermeras para ofrecer conversaciones coordinadas de salud preventiva. La participación comunitaria para educar a las mamás antes de su próximo embarazo es también una posible forma de llegar a esta audiencia.

El asesoramiento a través de las etapas de la vida continúa con el embarazo. La calidad de la alimentación de la futura mamá se ha ligado en forma clara con mejores resultados para la madre y el feto.⁵ También son bien conocidos los efectos a largo plazo de los déficits alimentarios durante la gestación. La educación nutricional debe enfocarse en el patrón de aumento de peso y la elección de alimentos para alcanzar las metas de crecimiento fetal. El asesoramiento nutricional dirigido a estos temas puede también reducir la incidencia de un aumento excesivo de peso durante el embarazo que puede evolucionar a diabetes gestacional.

Las clases de grupo para las embarazadas son comunes pero solo suelen implementarse en los últimos trimestres. El involucramiento de los esposos y parejas en el asesoramiento individual y de grupo puede ayudar a crear un entorno saludable que puede sostenerse una vez que nazca el bebé. La actividad postparto para regresar al peso antes del embarazo es una estrategia de asesoramiento importante para reducir el riesgo de obesidad.⁶



ANÁLISIS DEL CASO 1

Sara acude a su consulta para asesoramiento nutricional. Admite que no estuvo muy consciente de su alimentación durante sus otros embarazos, y desea estar más informada en este. ¿Cuáles son algunas estrategias clave de asesoramiento y educación nutricional que podrías querer incorporar en su primera sesión con ella?

Infantes hasta dos años de edad

Los padres o cuidadores son los principales tomadores de decisiones en la alimentación de los infantes durante el primer año de vida. Los bebés a término pueden requerir solo de adaptaciones menores a su ingesta alimentaria para lograr metas nutricionales, como cambiar de una fórmula basada en leche a una basada en soya. Los infantes prematuros pueden requerir intervenciones más extensas y paso a paso para abordar problemas de crecimiento y de tolerancia a la comida.⁷ Por ejemplo, puede tenerse que adaptar la alimentación para densidad nutrimental cuando ha cambiado el volumen de la alimentación. Se recomienda la leche materna o las fórmulas comerciales como única fuente de nutrición durante los primeros cuatro a seis meses de vida. Se ha visto que la lactancia tiene resultados nutricionales positivos para la madre y el bebé, en particular durante los primeros tres meses de vida. La lactancia durante todo el primer año de vida también puede reducir la incidencia de obesidad en los niños pequeños.⁸ Las madres pueden continuar produciendo leche aun cuando vuelvan al trabajo, pero necesitan instrucción sobre los

procedimientos de recolección y almacenamiento seguro. La mayoría de las madres, en especial las primerizas, necesita mucho apoyo para tener éxito. Los recursos para el apoyo a la lactancia incluyen consultores sobre lactancia, organizaciones profesionales como La Leche League International y foros con otras madres.

Estrategias de asesoramiento

El asesoramiento individual puede ser más eficaz cuando se abordan problemas únicos o se proveen estrategias individualizadas específicas. Observar las prácticas reales de lactancia puede ayudar a resolver problemas. El apoyo de grupo puede ser más apropiado cuando las madres y los niños se reúnen para interactuar. El nutricionista puede actuar como facilitador para las discusiones y orientar la conversación hacia los temas pertinentes. Los miembros de la familia y los compañeros en el cuidado del niño también pueden involucrarse para replicar entornos de alimentación y conversaciones culturales más amplias.⁹

El nutricionista debe ser objetivo cuando provee información alimentaria y respetar las actitudes de los padres acerca de la lactancia. Es importante mantenerse actualizado en todas las fórmulas comerciales y su composición nutrimental. Esta información es necesaria para proveer datos precisos y sólidos sobre los cuales evaluar la alimentación con respecto al crecimiento y la tolerancia.

La educación nutricional se vuelve más crucial cuando se aconseja sobre la elección y cantidad de los alimentos complementarios introducidos a los cuatro a seis meses de edad. La American Academy of Pediatrics y otras organizaciones profesionales han publicado recomendaciones para la introducción de alimentos sólidos.^{10,11} Usar las recomendaciones de autoridades reconocidas derivadas del análisis basado en la evidencia proporciona validez a las sesiones educativas. Muchos de los primeros alimentos que se sirven a los infantes son más altos en sodio de lo que se recomienda, lo cual es un resultado directo de las elecciones de los padres para dar alimentos que ellos prefieren o a los que tienen acceso en vez de primeras elecciones más nutritivas.¹² El riesgo de la obesidad infantil es menor cuando los infantes reciben leche materna durante el primer año de vida, junto con una ingesta baja de bebidas azucaradas durante la etapa en que empiezan a andar.⁸ Los esfuerzos educativos pueden ayudar a los padres a tomar mejores decisiones para sus hijos.

Niños preescolares, de dos a cinco años de edad

Los nutricionistas deben trabajar con los padres y cuidadores para influir en los comportamientos alimentarios de los niños en edad preescolar. La meta principal de la educación en salud y nutrición para este grupo de edad es promover un desarrollo y crecimiento sanos. Esta es una oportunidad para preparar el escenario para futuras elecciones alimentarias y prevenir enfermedades crónicas en la adultez, como la obesidad. Los hábitos alimentarios de los niños se aprenden a través de los escenarios familiares, las experiencias personales y la educación. Los niños de esta edad están

apenas comenzando a realizar elecciones alimentarias dentro del ambiente controlado y las elecciones de sus cuidadores.¹³



La madre influye en las primeras decisiones alimentarias de su recién nacido.

Influencias en los hábitos alimentarios

Muchos niños de esta edad asisten de día a guarderías que proveen cuando menos una comida al día. El contenido de los alimentos servidos en una guardería es una influencia directa en las expectativas de los cuidadores. Un nivel más alto de involucramiento de los padres puede dar como resultado un nivel más alto de nutrientes en los alimentos que se sirven; por lo tanto, los cuidadores deben trabajar con los maestros para darse un reforzamiento mutuo en aprender sobre nutrición y la toma de decisiones alimentarias apropiadas. Los padres también pueden querer proporcionar a los maestros de sus hijos información acerca de restricciones alimentarias específicas que ellos imponen para asegurarse de que la alimentación del menor sea similar en la casa y en la escuela.¹⁴

En los años preescolares, la familia y las prácticas culturales son una influencia principal en lo que los niños comen. Los niños pequeños no pueden tomar decisiones informadas, pero pueden expresar lo que les gusta y lo que no. La mayoría de ellos tiende a comer la misma comida que sus padres o el tipo de alimentos que sus padres creen que es saludable. Por ejemplo, si por rutina los padres consumen frutas y verduras, es más probable que sus hijos las coman también; mientras que si los padres por rutina comen pastel y galletas como postre, es muy probable que sus hijos consuman esos productos dulces.¹⁵

Las prácticas y actitudes de los propios cuidadores tienen también una influencia directa. Por ejemplo, si una madre piensa que la avena es una buena fuente de fibra

soluble, entonces es probable que su hijo desayune avena. Por otro lado, si la madre piensa que dos huevos constituyen un desayuno saludable porque están llenos de proteínas, entonces es probable que su hijo crecerá esperando desayunar huevos. Así, los padres, hermanos y cuidadores deben explorar sus propias creencias nutricionales y tratar de modelar y elegir comportamientos y decisiones alimentarios apropiados.^{14,15}

Otra característica de los niños preescolares es confiar en el concepto físico y visual de la comida. La familiaridad con los alimentos es un concepto fuerte. A menudo, los niños pequeños no probarán nuevos alimentos a menos que se les provea con un entorno innovador y positivo. Así también, los niños de esta edad han mostrado juzgar la saciedad y la satisfacción con base en la familiaridad de los alimentos que les sirven. De este modo, pueden seguir buscando más comida y porciones más grandes si sienten que no están “comiendo” comida, sino una alternativa que no les es familiar.¹⁶ La exposición a los comerciales de comida en la televisión pueden influir en las preferencias alimentarias de los niños preescolares, llevándolos a presionar a sus padres para que les compren alimentos particulares.^{15,17}



Los niños en edad preescolar exploran los conceptos físicos y visuales de la comida. *Fuente: CDC.*

Estrategias de asesoramiento

Los nutricionistas a menudo se enfrentan con retos cuando están aconsejando a los niños preescolares. Uno de estos retos es valorar los patrones alimentarios del pequeño. Esto implica recolectar información precisa del cuidador, que puede no estar presente en todas las comidas del niño. Los registros alimentarios dirigidos a este grupo de edad se han adaptado con razonable exactitud para niños de nueve a 36 meses de edad.¹³ Otro problema que pueden enfrentar es el cambiante patrón alimentario del niño. Los niños pequeños tienden a cambiar sus comportamientos con

bastante rapidez; por ejemplo, un niño que come bien como infante puede comer mal al llegar a la etapa en que empieza a caminar. Los niños también pueden rehusarse a comer un alimento en particular por semanas o meses sin explicación. Un niño que está entrando en una fase de “estirón” puede aumentar la ingesta y la variedad por un corto tiempo, solo para volver a un patrón alimentario diferente el siguiente mes.¹³

Al enfrentar estos desafíos, los nutricionistas deben proveer al niño y a sus cuidadores con patrones alimentarios sugeridos que ofrezcan una variedad de elecciones alimentarias. Estos patrones pueden encontrarse en varias fuentes profesionales. La iniciativa educativa *ChooseMyPlate* del United States Department of Agriculture ofrece recursos específicos para los niños. Los nutricionistas también deben recomendar que se exponga al niño a una amplia variedad de alimentos en vez de ofrecerles siempre el mismo tipo de comida. El acento debe estar en la densidad nutricional y en el tamaño apropiado de la porción. Por ejemplo, el nutricionista puede aconsejar a los cuidadores de niños en edad preescolar que controlen la ingesta de jugos en caja consumidos a diario, alternando el consumo de bebidas con jugo natural al 100%, agua y leche.



Figura 9-1 ■ Las compras llevan a las elecciones alimentarias.

Otra estrategia para abordar a un comedor voluble en edad preescolar es dejar que sea el niño quien determine la cantidad y la frecuencia de sus patrones alimentarios. Los nutricionistas pueden alentar a los niños pequeños a ser responsables de sus hábitos alimentarios al dejarles decidir cuánto y qué tan a menudo deben comer. Sin embargo, hay que aproximarse a este método con cautela, porque los niños no pueden tomar decisiones lógicas o informadas. Los nutricionistas también deben proveer actividades de aprendizaje nutricional para el niño. Las estrategias recomendadas para enseñar nutrición a los niños pequeños incluyen historias de acción, canciones, videos, degustaciones, visitar huertas de frutas y verduras, rompecabezas, proyectos de arte y viajes de campo.

La valoración nutricional con antecedentes alimentarios, si se necesita, puede

tomar más tiempo en estas edades. Como los niños preescolares tienden a ser volubles, puede ser difícil determinar la cantidad o frecuencia de consumo de un alimento en particular. Para afrontar este reto, los nutricionistas pueden recomendar un registro o diario alimentario consecutivo que mencione la cantidad y tipo de alimentos consumidos por el niño. Para que esta actividad sea divertida para el niño, puedes sugerir que los niños preescolares más grandes hagan dibujos de lo que comen, o los cuidadores pueden tomar fotografías para compartir en consultas subsecuentes.



ANÁLISIS DEL CASO 2

¿Qué estrategias de educación y asesoramiento considerarías usar al trabajar con Chelsea y su familia?

Niños en edad escolar, de seis a 12 años de edad

Los niños en edad escolar, definida de los seis a los 12 años, comienzan a tener cada vez más control sobre sus elecciones alimentarias. Estas nuevas elecciones de estilo de vida pueden afectar el desarrollo y comportamientos posteriores, en particular los fundamentos del peso y la imagen corporal. Es esencial que se provea a los niños con una guía y consejo para ayudarles a establecer hábitos saludables de alimentación y ejercicio. La asociación entre niños, escuelas y familias puede promover la salud y el bienestar, e influenciar esos hábitos alimentarios necesarios de por vida.

Durante esta etapa de la vida, la educación nutricional busca dar a los niños el conocimiento necesario para elegir alimentos saludables. Existen guías específicas para la edad que ayudan a los nutricionistas a planear el contenido nutricional. Los nutricionistas buscan facilitar el desarrollo de las habilidades de análisis y evaluación de los niños para que puedan ser más capaces de entender la información nutricional. Dado que los factores de riesgo de algunas enfermedades crónicas comienzan en la juventud, es recomendable proveer educación nutricional enfocada en el comportamiento. Este tipo de educación comprende aprendizaje cognitivo, en el que los niños aprenden a elegir una alimentación saludable; enseñanza afectuosa, en la que los niños y el nutricionista valoran la motivación para un cambio de alimentación; y componentes conductuales, como realizar nuevas elecciones alimentarias y de comportamientos de estilo de vida. Los estudios muestran que este tipo de intervenciones, que se enfocan en cambios conductuales específicos, dan como resultado cambios más eficaces que un enfoque educativo nutricional general.^{13,15,18}

Influencias en los hábitos alimentarios

Durante los años escolares, la familia, la cultura y la composición corporal física

tienen gran influencia en lo que comen los niños, lo cual también resulta afectado por la inseguridad alimentaria y el estado de pobreza.^{15,18} Por lo tanto, los nutricionistas deben valorar el entorno social, físico y psicológico del niño así como su salud general cuando están aconsejando a los niños y a sus cuidadores sobre el tipo de cambios alimentarios que deben realizar para asegurar una alimentación bien balanceada y un estilo de vida saludable. Dado que un niño de seis años es muy diferente a uno de nueve, debe también realizarse una evaluación del estado de desarrollo del niño de acuerdo con las teorías sobre psicología infantil, así como del nivel cognitivo del niño antes de que un profesional de la salud pueda planear cualquier intervención nutricional. Además, el nutricionista debe estar familiarizado con los estudios científicos que se enfocan en específico en los comportamientos dentro de esta cohorte de edad. Por ejemplo, hay estudios que muestran que el involucramiento en un programa activo de jardinería ayudó a influir en el consumo de verduras en niños pequeños.¹⁹ El modelado alimentario, o reemplazo de elecciones alimentarias familiares de alimentos de bajo valor nutricional con opciones de mejor calidad nutricional, ha demostrado eficacia en aumentar la densidad de los nutrientes.^{13,15} Este concepto puede ser reforzado involucrando al niño en el proceso de ayudar a preparar pastelillos de salvado para el desayuno para compartirlos con la familia, en vez de elegir un paquete de donas. También se ha demostrado que los cuidadores con un alto conocimiento nutricional, en particular sobre las etiquetas de los alimentos, son capaces de realizar mejores elecciones, más apropiadas para sus hijos.

Los comportamientos alimentarios de muchos niños en edad escolar, como los de los preescolares, a menudo se forman fuera de casa, en particular en la escuela o en programas después de la escuela. La posición de la Academy of Nutrition and Dietetics es apoyar la integridad nutricional de todo el entorno escolar, no solo en las oportunidades de almuerzos formales.²⁰ Los nutricionistas deben colaborar con los miembros del profesorado, los programas de almuerzos escolares, el departamento deportivo y la comunidad local para que juntos puedan enseñar a los niños sobre nutrición y valorar sus tendencias alimentarias. También es importante valorar el contenido de los alimentos empacados en casa y llevados a la escuela. Los niños y los cuidadores necesitan guías como *ChooseMyPlate*.² Los nutricionistas también pueden asistir a los maestros para que incorporen principios de nutrición en los programas académicos, tales como el tamaño y peso de las porciones en las clases de matemáticas.

Los profesionales de la nutrición deben valorar y notar los patrones de actividad del niño, incluyendo el número de horas haciendo ejercicio, participando en eventos deportivos, mirando televisión o jugando con sus videojuegos. Durante los años escolares, los niños suelen ser muy influenciados por sus compañeros de clase y amigos. Además, están más expuestos a las diversas formas de tecnología, como la televisión y las redes sociales. En particular, parece haber una fuerte relación entre la obesidad o el aumento de peso, con el estado sedentario y los patrones de colación.^{15,21}

Estrategias de asesoramiento

Al igual que con los niños en edad preescolar, los nutricionistas deben enfrentar varios retos cuando aconsejan a niños en edad escolar y a sus cuidadores con respecto a planes nutricionales saludables. Uno de estos desafíos es que el nutricionista descubrirá que el niño tiene un horario ocupado y a menudo impredecible. Muchos adultos y sus hijos no desayunan. Otra opción es que pueden tomar un desayuno de comida rápida de algún establecimiento y se lo comen de camino a la escuela. Los niños que toman un desayuno saludable tienen más probabilidades de tener niveles más bajos de colesterol, mantener un peso saludable, y exhiben un nivel más alto de alerta y concentración en la escuela.^{13,15,21} Los nutricionistas deben informar a estos niños y a sus padres o tutores sobre la importancia de desayunar;^{13,15} pueden reforzar este concepto dando ejemplos de opciones de desayunos rápidos y nutritivos. Además, los desayunos tradicionales (por ejemplo, huevos revueltos, pan tostado y cereal) pueden intercambiarse con alimentos no tradicionales (por ejemplo, mantequilla de cacahuete, burrito de frijoles y pizza) para mantener un interés continuo e involucramiento en las elecciones alimentarias.

Las colaciones para después de la escuela a menudo deben satisfacer las necesidades de energía del niño. Los niños que participan en deportes de competencia o en actividades vigorosas después de la escuela pueden requerir de nutrimentos adicionales o tener más apetito. Por el contrario, los niños que son sedentarios después de la escuela pueden requerir de colaciones más apropiadas a sus necesidades energéticas más bajas que sus contrapartes más activas. Muchos niños consumen un porcentaje significativo de sus calorías después de la escuela, cuando tienen más tiempo para comer y/o una variedad más amplia de alimentos disponibles en casa. El nutricionista debe ser proactivo en proveer a los cuidadores y entrenadores ideas saludables de colaciones apropiadas a las necesidades del niño.

Los nutricionistas deben estar conscientes de las tendencias y patrones nutricionales entre los niños en edad escolar. Preocupa la cantidad de estos niños que están pasados de peso, porque ha aumentado más del doble en la última década. La inactividad física, el sobrepeso de los padres y las tendencias de la obesidad, y saltarse comidas pueden contribuir al sobrepeso infantil.²¹ En un nivel global, se estima que una cantidad significativa de niños experimentan inseguridad alimentaria, definida como acceso inestable a los alimentos. Aunque esto difiere de la desnutrición crónica, los profesionales deben estar alerta para identificar a los niños y a las familias en riesgo.²²

Los niños en edad escolar también tienen muchas preocupaciones con respecto a su imagen corporal y apariencia. Es durante esos años que muchos niños comienzan a preocuparse por su peso y pueden empezar a implementar planes de alimentación, en muchas ocasiones no saludables, para perder peso. Cerca de una tercera parte de los niños piensa que pesa demasiado. Muchos niños piensan también que su peso está por encima de los estándares culturales y sociales. Como resultado, casi la mitad de todos los niños ha intentado perder peso o ha implementado un plan de alimentación para ello en el año anterior.^{13,15}

Los educadores de la salud deben crear programas de actividad nutricional que busquen educar a los niños sobre las elecciones alimentarias apropiadas y saludables, y los comportamientos nutricionales. Los niños quieren que el aprendizaje sea divertido.

Se recomiendan las actividades de aprendizaje activo para los niños. Por ejemplo, los nutricionistas pueden hacer que los niños midan en forma activa cantidades de alimentos proveyéndolos con los ingredientes, básculas y tazas medidoras reales. En específico, si están tratando de demostrar a los niños cuánta azúcar hay en una lata de refresco, pueden darles una taza medidora y una bolsa de azúcar, permitiendo que midan la cantidad de azúcar indicada en la etiqueta nutricional. Los niños mayores pueden comparar cuánta azúcar hay en dos tipos diferentes de cereal, uno con alto contenido de azúcar y otro bajo en azúcar y alto en fibra. Pueden leer la etiqueta nutricional, medir la cantidad de azúcar y registrar y graficar la cantidad de azúcar de cada cereal. Después pueden discutir lo que han descubierto en pequeños grupos y decidir qué cereal es la mejor elección alimentaria. Como tarea, los niños pueden traer etiquetas nutrimentales de su hogar o buscar en línea información de producto, siempre bajo supervisión.

Los nutricionistas deben usar apoyos y materiales visuales para motivar a quienes están aprendiendo conceptos. Los experimentos con nuevos alimentos y métodos de prepararlos son actividades apropiadas para niños. Por ejemplo, los niños pueden jugar juegos enfocados en la nutrición o participar en búsquedas del tesoro, donde deben localizar alimentos específicos. Cuando se exploren los grupos básicos de alimentos, pueden usar el concepto *ChooseMyPlate* con modelos de los tamaños de porciones para enseñar la importancia de comprender el tamaño de la porción en diferentes platillos.² Los nutricionistas pueden también hacer participar a los alumnos en actividades orales como describir sus alimentos favoritos o en actividades escritas como llevar un diario de alimentos o de comidas.

Los educadores pueden usar también la tecnología y las redes sociales bajo supervisión para proveer a los estudiantes con actividades autodirigidas. Por ejemplo, pueden conectar a los alumnos con otra cultura y país usando un video o usar sitios web para buscar programas nutricionales.

El nutricionista debe usar palabras que los niños entiendan. Considera presentar los términos complicados, como “glucosa”, junto con modelos visuales (por ejemplo, modelos de alimentos ordenados por su contenido de glucosa) y usar términos más simples, como “azúcar”. Define las palabras difíciles de entender y relacionalas mediante conexiones, como tarjetas. Elige palabras que tengan una connotación positiva y no negativa. Por ejemplo, muchos niños y adultos consideran que la palabra “dieta” se asocia en forma negativa con el peso y con ser gordo. Por lo tanto, usa palabras como “plan de alimentación”, “elecciones alimentarias”, “plan de comidas” o “menú” para indicar el tipo de alimentos que los niños deben consumir.



Los alimentos que se sirven en los programas alimentarios de las escuelas contribuyen a la nutrición total.

Los profesionales que aconsejan a los niños en un consultorio pueden reproducir una cálida sensación de bienvenida usando colores e imágenes visuales para crear un espacio agradable. El ambiente del consultorio puede hacerse atractivo con modelos a colores de alimentos, fotos de revistas, pósters, paquetes de alimentos comunes y vasos de varias formas y tamaños.

Adolescentes, de los 13 a los 19 años

La adolescencia es un periodo de cambio cognitivo, físico y psicosocial. A medida que los adolescentes experimentan estos rápidos cambios desconocidos, deben ajustar sus comportamientos nutricionales aumentando sus hábitos alimentarios saludables y disminuyendo los que no lo son.

Antes de que un nutricionista pueda planear una sesión educativa, debe valorar la salud general del adolescente. Esto incluye, sin limitar, valorar lo siguiente: peso corporal actual, fluctuaciones en el peso, crecimiento físico, tiempo del estirón, madurez fisiológica y nivel de actividad. Los adolescentes varían en sus índices de crecimiento físico, en el tiempo del estirón y en los patrones de actividad física. El estirón de la mayoría de las adolescentes ocurre entre los diez y los 12 años de edad. Los varones, sin embargo, suelen experimentar un estirón dos años después, entre los

14 y los 16. Los índices de crecimiento pueden variar entre cada género debido a influencias externas como mala alimentación, condiciones de salud prenatal o enfermedades crónicas. Los patrones de actividad física pueden variar también; por ejemplo, los adolescentes que participan en deportes tienen niveles más altos de actividad física, mientras que se considera que los que ven televisión o juegan videojuegos con frecuencia, tienen una actividad mínima a moderada.

El nutricionista debe estar familiarizado con las características y presiones externas asociadas con los años de la adolescencia. Es este un periodo de torpeza, autoconciencia y experimentación. Tómase un momento para recordar tus años de adolescente: de pronto te dieron más responsabilidades, pero no podías ejercer por completo tus nuevas libertades porque todavía te hallabas bajo la jurisdicción de tus padres y maestros. Cuando tratabas de ejercer tu independencia y buscar tu identidad, te enfrentabas con el reto de equilibrar la libertad con la responsabilidad, y las preferencias personales con la autoridad. ¿Estas nociones te suenan conocidas? Muchos adolescentes tratados por nutricionistas estarán experimentando estos conflictos internos y emociones. Además, estarán equilibrando las demandas de ser casi adultos y casi niños, en un entorno que incluye la escuela, los amigos, la familia e incluso el trabajo. Uno de los problemas más demandantes es el apretado horario que muchos adolescentes tienen, y que plantea retos para comer bien, así como para tener tiempo para planear qué comer. Como profesional de la salud, es imperativo tomar en cuenta estos factores cuando se aconseja a los adolescentes.

Influencias en los hábitos alimentarios

¿Por qué los adolescentes hacen determinadas elecciones alimentarias? Un estudio con adolescentes valoró sus percepciones de los factores que influyen en sus elecciones alimentarias, los cuales incluyeron hambre y antojos, atractivo de la comida, sabor del alimento, consideraciones de tiempo, conveniencia y disponibilidad de los alimentos, influencias de los padres en los comportamientos alimentarios (como cultura y religión), beneficios saludables de los alimentos, factores específicos de situaciones, estado de ánimo, imagen corporal, hábito, costo, influencias de los medios y creencias vegetarianas. Sin embargo, el factor más influyente fue el deseo del adolescente de encajar en las normas sociales de su grupo de amigos, esto es, las elecciones alimentarias de los adolescentes probablemente estuvieron influenciadas por lo que consume su mejor amigo.^{15,23}

Con frecuencia, la comida es una experiencia social, y el acto de comer a menudo ocurre cuando se está rodeado de amigos. Como los adolescentes se sienten incómodos con cualquier cosa que los haga parecer diferentes a su grupo de amigos, pueden tender a comer cualquier botana o alimento que sus amigos estén comiendo. A veces esto puede ser una experiencia positiva, como cuando los adolescentes imitan los hábitos saludables de sus amigos. Pero puede tener un efecto negativo si eligen imitar las elecciones alimentarias no saludables de sus compañeros. La interacción entre amigos también puede afectar las elecciones alimentarias en fiestas y eventos deportivos, fomentar las botanas después de la escuela, e inducir el consumo de alcohol. Así, el reto para el nutricionista es ayudar a los adolescentes a

incorporar hábitos alimentarios saludables a su estilo de vida, en vez de imitar los hábitos no saludables de sus amigos.¹⁵

Aunque casi todas las escuelas públicas participan en programas de alimentación escolar, muchas secundarias tienen máquinas expendedoras de botanas que pueden vender alimentos bajos en densidad nutricional como refrescos, dulces, botanas y alimentos ricos en grasa. En la actualidad, los gobiernos locales y los consejos directivos de las escuelas están tomando iniciativas para prohibir o reducir el número de colaciones no saludables y refrescos disponibles en las cafeterías de las escuelas y en las máquinas expendedoras, pero continúa el hecho de que los adolescentes seguirán buscando estos productos.²⁴ Por ello, las intervenciones y asesoramiento nutricionales eficaces requieren que los profesionales de la nutrición exploren los factores externos que influyen en las elecciones alimentarias para poder hacer cambios saludables.



A los adolescentes les gusta hacer sus propias elecciones alimentarias.

Los adolescentes también comen más veces fuera con sus familias o consumen comida para llevar en su propia casa más de una vez a la semana. Un estudio reciente reveló un aumento en el índice de alimentación saludable si se alienta a los jóvenes a aprender a preparar sus propias comidas.²⁵

Una tendencia en particular, “ponerse a dieta”, es una práctica común entre los

adolescentes. Insatisfechos con su peso y con su cuerpo, muchos adolescentes reducen su ingesta de grasas y calorías a través de la eliminación intermitente de la cantidad y calidad de los alimentos. Al reducir las calorías sin pensar en el valor nutricional de los alimentos, los adolescentes pueden eliminar importantes nutrientes de su alimentación, lo que terminará por causar un estado nutricional inadecuado. Esta práctica sostenida puede evolucionar en enfermedades alimentarias tanto en las mujeres como en los varones.²⁶

Los adolescentes son más propensos a tener problemas de insatisfacción con la imagen corporal. Los profesionales deben estar conscientes de la forma en que una imagen corporal negativa puede afectar los hábitos nutricionales. Por ejemplo, las niñas pueden entrar a la pubertad y ver de pronto que sus caderas comienzan a ensancharse y sus senos empiezan a desarrollarse. Incómodas con estos cambios, las jovencitas pueden desarrollar insatisfacción con su imagen corporal porque no se dan cuenta de que este cambio es “natural” y se equilibrará a medida que crezcan.

La representación de actrices y modelos extremadamente delgadas por parte de los medios tiende a reforzar estándares de peso idealizados y poco realistas; sin embargo, muchas adolescentes tratan de verse como ellas y recurren a planes de alimentación drásticos, se rehúsan a comer, toman píldoras para quitar el hambre o abusan del ejercicio. Los nutricionistas deben darse cuenta de que no pueden tratar estas graves enfermedades alimentarias por sí solos. Aunque deben proveer asesoramiento nutricional, deben proporcionar también intervenciones nutricionales para los adolescentes que estén sufriendo de estas alteraciones. A menudo, las enfermedades alimentarias ocurren debido a una insatisfacción con la propia vida personal, o porque el peso parece ser la única área en su vida que pueden controlar. Así, el tratamiento efectivo requiere de un abordaje interdisciplinario en donde los psicólogos y los especialistas médicos colaboran para valorar y tratar a los pacientes a través de un cuidado continuo.²⁶

Volverse vegetariano o vegano es otra tendencia común en este grupo de edad. Quienes se vuelven vegetarianos pueden ser vulnerables a deficiencias nutricionales si su ingesta alimentaria no está bien equilibrada. Las prácticas veganas son aún más restrictivas de las fuentes de proteínas. Los adolescentes que adoptan estas prácticas deben ser evaluados para buscar deficiencias nutricionales esenciales así como signos de posibles enfermedades alimentarias. Los nutricionistas deben vigilar en particular a sus pacientes vegetarianos o veganos y asegurarse de que no estén abusando de sus cuerpos o preocupándose con el descenso de peso o la imagen corporal.^{15,26}

Al tratar a los adolescentes, los nutricionistas deben conocer la importancia del ejercicio y los deportes. Muchos adolescentes están involucrados en actividades deportivas de competencia. La participación atlética puede tener un impacto tanto positivo como negativo en adolescentes saludables. En lo positivo, en algunos deportes como lucha, los varones adolescentes pueden estar muy motivados a aprender sobre nutrición para mejorar su desempeño atlético. Por otra parte, los varones pueden estar tratando de perder peso por los medios inapropiados para poder luchar con categorías de menor peso. Los nutricionistas deben ser proactivos para reconocer la desinformación nutricional y las modas pasajeras con este grupo,

proveyéndolo con materiales y programas educativos verdaderos e interesantes.²⁷

Estrategias de asesoramiento

Las estrategias de intervención de la terapia cognitivo-conductual deben dirigirse al dominio afectivo, o sentimientos y actitudes, y no solo dar información para aumentar el conocimiento. Deben explorarse las actitudes y patrones de los adolescentes relacionados con las elecciones alimentarias y la actividad física, porque pueden persistir en la adultez.

Los nutricionistas y los adolescentes pueden relacionarse en un asesoramiento uno a uno, o bien en sesiones grupales. En la primera opción, se pueden explorar las decisiones personales relativas al autocuidado en forma privada entre el nutricionista y el adolescente. Los esfuerzos de grupo usan el poder del apoyo de los amigos para discutir y compartir la forma en que los adolescentes pueden manejar situaciones alimentarias desafiantes cuando están con los amigos.

Aconsejar adolescentes que también están embarazadas requiere de una alta concentración. Estos embarazos son de riesgo más alto que los embarazos adultos porque muchas niñas adolescentes tienen malas ingestas nutricionales y/o todavía no han completado su crecimiento. Las adolescentes embarazadas están en un riesgo mayor de tener bebés prematuros o de bajo peso al nacer y de desarrollar padecimientos concurrentes como anemia y alteraciones hipertensivas. Pueden ser reacias a cambiar sus patrones alimentarios comparadas con sus amigos, y requieren de una ingesta calórica significativa para sustentar el crecimiento y desarrollo del feto, y sus propias necesidades personales de crecimiento.⁵

Recolectar información sobre los patrones alimentarios de los adolescentes puede ser todo un reto. El uso de la fotografía digital para ayudar a la valoración nutricional o para registrar la ingesta en forma prospectiva usando el celular del adolescente, si está disponible, puede agregar validez e interés al proceso.²⁸ Dado que la comida está relacionada en forma estrecha con lo que el adolescente está haciendo, deben valorarse los patrones de comida con una línea de tiempo de las actividades para ser más eficaces. De esta manera, el nutricionista puede entender lo que desencadena el patrón alimentario y cómo integrar recomendaciones dentro de ese entorno. Los patrones de colación de los adolescentes suelen estar conectados con el uso de redes sociales y con ver la televisión tradicional. Al entender el escenario, es posible presentar información positiva sobre elecciones alimentarias alternativas, en vez de suponer que un adolescente evitará el entorno o elegirá no comer.¹⁵

Otro abordaje efectivo de asesoramiento es valorar el entorno de la comida en forma directa. Se puede alentar a las escuelas, hogares y servicios de comida popular a presentar una variedad más amplia de alimentos saludables e interesantes en general. Los alimentos más saludables pueden presentarse en forma más atractiva. Los productos individuales de granos refinados pueden ser sustituidos por alternativas altas en fibra y de granos enteros.



¿Qué educación específica y estrategias de asesoramiento considerarías usar al trabajar con Charles?

Asesoramiento familiar

La familia es la influencia preponderante en los patrones alimentarios de los niños, desde la edad preescolar hasta el final de la adolescencia. Los nutricionistas deben incluir a los padres, miembros de la familia o tutores en las sesiones de asesoramiento nutricional. La meta de lograr un asesoramiento nutricional familiar eficaz es utilizar el entorno compartido para influir en patrones saludables y positivos de nutrición y promover prácticas saludables de consumo de alimentos.

Para proveer una guía nutricional eficaz, los nutricionistas deben estar conscientes de la composición familiar de sus pacientes y de los roles familiares y responsabilidades con respecto a la provisión de alimentos. El asesoramiento nutricional familiar implica proveer guía y consejo a la gente que vive en la misma casa. En muchos hogares, las familias están compuestas de parientes “nucleares”, como los padres y hermanos, así como parientes “de extensión”, como los abuelos, tías, tíos o sobrinos. En otras, los niños pueden ser criados por un solo padre. Muchos niños de padres divorciados comparten el tiempo entre hogares, lo que puede plantear diferentes retos alimentarios.

AUTOEVALUACIÓN

1. Describe tu propio hogar familiar.
2. ¿Quién es responsable, en tu familia, de comprar los alimentos y planear los menús?
3. ¿Puedes identificar el origen de tus propias preferencias alimentarias?

Dado que los cambios en la compra y preparación de los alimentos influyen en la adherencia del niño a un plan de alimentación, es esencial que el nutricionista sepa qué miembro de la familia se encarga de estas actividades. Por tradición, en muchos hogares típicos, la madre era la persona responsable de la compra y la preparación de las comidas. En la sociedad actual esto ya no se aplica en todos los hogares. Muchas mujeres trabajan fuera del hogar, y otros miembros de la familia (padres, abuelos y los hermanos mayores) pueden tener la responsabilidad primaria de planear el menú, comprar los alimentos y prepararlos. En algunos hogares, ningún miembro de la familia tiene tiempo para estas responsabilidades o para planear el menú. En otras circunstancias, los niños mayores pueden ser responsables de prepararse sus propios desayunos, almuerzos para la escuela, y colaciones después de la escuela. Cuando solo alimentos nutritivos se traen o se preparan en casa, se da a los niños señales

ambien-ales que mejoran su plan de alimentación saludable y reducen su ingesta de alimentos altos en grasas y en calorías.

Los miembros del hogar comparten esferas biológicas, sociales, culturales, psicológicas o ambientales comunes, y es tarea del nutricionista proveer un programa de alimentos que se dirija a cada una de estas esferas. Cuando los miembros de la familia cooperan y proveen al niño con apoyo social, psicológico y ambiental, son de gran ayuda en promover los cambios alimentarios del niño y ayudar a otros miembros de la familia a mejorar sus hábitos alimentarios también. A menudo, los cambios alimentarios benefician a toda la familia.²⁹

Los niños en edad preescolar y escolar, e incluso los adolescentes, están muy influenciados por los comportamientos alimentarios de sus padres o tutores. Los miembros de la familia pueden servir como un buen modelo al consumir alimentos saludables y recompensar los hábitos saludables en el niño. Con frecuencia, los niños imitan los hábitos alimentarios de sus padres. Por ejemplo, si un niño ve que su padre se niega a comer brócoli, es muy probable que también lo haga. Así, los padres deben poner un buen ejemplo. El nutricionista debe ayudar a los padres y tutores a ser los modelos, auxiliándolos en la negociación de cambios en lo que se compra, se prepara y se come en su familia.^{13,15}

Los nutricionistas pueden enfrentarse a algunos desafíos al asesorar a las familias. Algunos pacientes no quieren involucrar a ciertos miembros de su familia; los padrastros pueden negarse a participar; los cónyuges y los padres pueden ser sobrecontroladores y negativos al tratar con el niño; y para varias personas es difícil concertar citas en horarios que les convengan a todos. En estos casos, pueden ser necesario localizar otras fuentes de apoyo social y formar relaciones de colaboración.

Pueden existir otras preocupaciones. Los padres pueden no ser buenos modelos o apoyar a sus hijos. Pueden usar dulces y postres como recompensa o soborno: “Cómete eso y podrás comer postre”, por ejemplo. Los hermanos pueden tentar y molestar a un hermano o hermana que no debe consumir ciertos alimentos. Los padres que se toman el plan de alimentación en forma demasiado literal pueden crear un ambiente tenso en la familia, lo que lleva a batallas y conflictos con respecto a la comida. El molestar, la crítica y el patrullaje de la comida y de los problemas con el peso debe reemplazarse con un reforzamiento positivo y elogios cuando se observan los comportamientos alimentarios correctos.^{13,15}



Los padres pueden estar motivados por preocupaciones con respecto a la nutrición de los niños.

Fuente: US Department of Agriculture.



ANÁLISIS DEL CASO 4

Elabora una lista de los posibles retos y oportunidades de proveer asesoramiento nutricional a la Sra. Smith y su familia de extensión.

Adultos, de 20 a 64 años

Los adultos saludables son el grupo objetivo de la mayoría de los capítulos en este libro. Los nutricionistas deben fomentar la salud preventiva al proveer educación usando *ChooseMyPlate* y otros mensajes simples para la ingesta diaria.² Las *2015 Dietary Guidelines* (Guías Alimentarias 2015) proveen cinco amplias directrices que fomentan los patrones de alimentación saludables, como se muestra en la [tabla 9-1](#).³⁰ Existen muchos recursos en línea disponibles para descarga, con folletos a color que resaltan los aspectos de una amplia variedad de temas comunes como la salud ósea y la prevención de la osteoporosis en mujeres y hombres adultos.

El nutricionista debe actualizarse con las investigaciones en curso sobre patrones alimentarios. La Women's Health Initiative (WHI), por ejemplo, es un estudio de cohorte observacional para mujeres de 50 a 79 años que hace seguimiento de las mujeres para descubrir riesgos alimentarios y de estilo de vida asociados a la

enfermedad cardiovascular. El asesoramiento para mujeres en la etapa posterior a la menopausia sobre una alimentación sana con un adecuado contenido de calcio para propiciar huesos fuertes es otra área de gran interés en la nutrición preventiva para adultos.³¹

El nutricionista debe mantenerse al corriente de la investigación existente y evolutiva en el área de la nutrición. Los patrones alimentarios, como la dieta mediterránea y el índice glucémico bajo son muy estudiados. Los nuevos patrones y prácticas saludables de medicina complementaria requerirán de ser evaluados por el nutricionista antes de platicarlos con los pacientes.

1. Seguir un patrón alimentario saludable en todas las etapas de la vida.
2. Enfocarse en la variedad, densidad nutrimental y cantidad.
3. Limitar las calorías provenientes de azúcares añadidos y grasas saturadas y reducir la ingesta de sodio.
4. Cambiar a elecciones más saludables de alimentos y bebidas.
5. Apoyar los patrones alimentarios saludables para todos.

Tabla 9-1 ■ Guías Alimentarias 2015 a 2020.

Adultos, de 65 años en adelante

El envejecimiento de la población global plantea retos a las familias, hacedores de políticas y proveedores de cuidado de la salud. Muchos adultos mayores disfrutaban de un estándar de vida y un aumento en la expectativa de vida que eran desconocidos hace un siglo. Estas personas también tienen más padecimientos médicos concurrentes y requieren de asesoramiento nutricional para mantenerse saludables o disminuir el riesgo de complicaciones.

Los estadounidenses mayores de hoy suelen estar mejor educados que las generaciones anteriores. Este factor puede influir en el nivel socioeconómico, la salud y la calidad de vida. Muchos siguen viviendo de forma independiente. Una gran mayoría disfruta del contacto social con amigos y parientes, incluyendo actividades como ir a comer a un restaurante. Aunque los recursos económicos son suficientes para muchos, existen disparidades significativas en el ingreso y la riqueza que pueden crear inseguridad alimentaria. Una nueva tendencia para los adultos mayores es elegir vivir dentro de comunidades de cuidado de la salud como residencias, donde se ofrecen algunas comidas cada día. Otros pasarán una década o más en comunidades de cuidado a largo plazo, donde se proveen todas las comidas y medicamentos.

En general, los adultos mayores deben ser valorados con respecto a su estado

funcional y no solo por su edad. Los adultos mayores independientes y activos pueden seguir trabajando medio tiempo, con pocos problemas de salud. Otros pueden estar viviendo con una independencia limitada, graves problemas de salud o incapacidades. El foco de la evaluación para cada adulto mayor debe ser individualizado para satisfacer sus necesidades particulares.

Estrategias de asesoramiento

Debe realizarse una exhaustiva valoración nutricional en los adultos mayores, que tome en cuenta los factores económicos, psicosociales, culturales, de salud, fisiológicos y de estilo de vida que influyen en la ingesta alimentaria antes de planear una intervención nutricional. Las metas principales no hacen tanto énfasis en la prevención como en mantener un estado nutricional adecuado. Muchos adultos mayores consumen comidas menos abundantes y tienen menores niveles de actividad, pero pueden no lograr los requerimientos nutricionales mínimos. La mala dentadura puede afectar la masticación y la digestión. La preferencia por alimentos de menor densidad nutrimental como el pastel de manzana, comparado con una manzana fresca, puede disminuir algunos nutrientes, como la fibra. Las porciones más pequeñas requieren de una mayor densidad nutrimental, pero pueden no ser la opción para el paciente.³²



Los adultos mayores cenan juntos en un sitio comunitario. Fuente: [iStock.com/ViewApart](https://www.iStock.com/ViewApart).

Los nutricionistas deben estar al corriente de la literatura publicada. Las revisiones sistemáticas basadas en la evidencia, los artículos de práctica y posición y otros formatos de análisis crítico pueden ayudar a desarrollar contenido educativo. La controversia está presente con frecuencia en muchas áreas de práctica, como la relación entre la ingesta de nutrientes y los cambios cognitivos,³³ complementación de calcio,³¹ o estado de peso óptimo. Por ejemplo, la fragilidad ósea en la osteoporosis puede no beneficiarse de un aumento en el peso corporal, sino de ejercicios selectos que aguanten el peso en conjunción con una conciencia sobre la nutrición saludable para los huesos. Existe un debate sobre si la obesidad debería ser abordada en forma activa después de la séptima década de la vida o si el énfasis debe estar en una masa corporal magra.⁴



ANÁLISIS DEL CASO 5

¿Qué factores socioeconómicos, fisiológicos y de estilo de vida influyen en la ingesta alimentaria de la Sra. Smith? ¿Cuáles son los dos temas nutricionales clave que podrías discutir con la Sra. Smith durante la primera sesión?

Las personas de 85 años en adelante son las más propensas a vivir en residencias para ancianos. Quienes viven ahí tienden a ser más disfuncionales y pueden necesitar ayuda para comer. La desnutrición afecta a cerca de dos de cada cinco ancianos que viven en las residencias. Existen varias herramientas de valoración disponibles para realizar una exploración nutricional y de disfagia.^{29,34}

Un foco nutricional primario en las instalaciones de cuidado a largo plazo es la reducción de riesgo de las úlceras de decúbito y otros problemas de sanación de heridas al proveer las calorías y los nutrientes adecuados bajo la dirección de un nutricionista registrado.³⁵ La Academy of Nutrition and Dietetics tiene un grupo de miembros especializados de práctica activa que se enfoca en esta área de experiencia geriátrica y ha publicado estándares de práctica para su campo.³²

Lograr y mantener un estado nutricional óptimo de la población mayor es la meta principal de los nutricionistas. En la [tabla 9-2](#) se proporcionan algunas recomendaciones de asesoramiento. Los nutricionistas deben estar conscientes de los programas comunitarios locales y gubernamentales para los adultos mayores. A menudo existen sistemas de despensas y programas de asistencia alimentaria. Los programas gubernamentales pueden proveer comidas a poco o ningún costo en un escenario social como centros comunitarios o recreativos, centros para adultos mayores e iglesias. Las comidas a domicilio son otro recurso común en muchas comunidades.

Los cambios en el gasto energético en reposo y la disminución de los niveles de actividad física requieren de la valoración de las necesidades calóricas para lograr y mantener un peso corporal saludable.

Las comidas y porciones más pequeñas requieren de aumentar la densidad nutrimental.

Los cambios sensoriales en el gusto, olfato, audición y visión pueden influir en el apetito y las elecciones alimentarias al hacer que los alimentos sean menos atractivos.

Deben evaluarse las interacciones fármaco-nutrientes, debido a un riesgo más alto de medicación múltiple y uso de complementos de venta libre.

Los problemas de dentición, la dificultad al deglutir o la masticación deficiente pueden restringir los alimentos elegidos o consumidos.

El aislamiento social, la soledad y el duelo debido a la pérdida del cónyuge disminuyen el interés por cocinar y comer.

El ingreso puede ser limitado o fijo, mientras que el cuidado de la salud y otros gastos aumentan, lo que causa inseguridad alimentaria y problemas económicos.

La discapacidad física y las deficiencias cognitivas (depresión y demencia) pueden dificultar la compra y el cocinar los alimentos.

La falta de actividad física reduce la masa muscular, lo que afecta la movilidad y la fuerza.

Los cambios fisiológicos en la digestión y la absorción aumentan con la edad.

Tabla 9-2 ■ Problemas de los adultos mayores que el asesoramiento debe considerar.

Manejo de enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación

Conforme la gente vive más, a menudo se le diagnostica con una enfermedad crónica. Los ejemplos de enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación incluyen diabetes mellitus, colesterol en sangre elevado (dislipidemia), osteoporosis, cáncer, enfermedad cardíaca (cardiovascular), alta presión arterial o enfermedad renal. Muchos adultos pueden tener más de una enfermedad crónica que deben abordar e integrar a su estilo de vida. La diabetes, la hipertensión y la hiperlipidemia suelen ocurrir en racimo, junto con la obesidad. Esta combinación de desórdenes metabólicos se conoce como síndrome metabólico, que a su vez eleva el riesgo de enfermedad cardiovascular. Todos estos padecimientos están asociados con el estilo de vida. Una revisión reciente de los resultados de una intervención de estilo de vida

en adultos obesos, con sobrepeso y diabetes tipo 2 reveló que se requiere una disminución de al menos 5% del peso corporal para reducir la presión arterial, lipídica y glucémica a niveles benéficos.³⁵ Estos modelos de tratamiento incluyeron contactos estructurados, frecuentes y regulares con los pacientes, tareas de autovigilancia (por ejemplo, registros de alimentos, actividad física y/o glucosa en sangre), y aprendizaje de estrategias para resolución de problemas. Cualquier enfermedad crónica relacionada con la alimentación exige la aplicación de estrategias educativas innovadoras para mantener motivados a los pacientes.

El modelo de cuidado crónico se usa con frecuencia en centros de atención primaria y de especialidad para dar educación coordinada a través de los equipos de cuidado de la salud. Este modelo funciona para integrar decisiones en una forma organizada y lograr mejores resultados de los que un solo profesional puede obtener por sí solo.³⁶ Se recomienda a un profesional de la nutrición como un miembro involucrado por completo en la colaboración con el equipo, en particular en el manejo de la diabetes mellitus y la enfermedad renal. Como un ejemplo de la importancia de proveer terapia médica nutricional para estas enfermedades, el Center for Medicare Services comenzó a reembolsar a los nutricionistas por la terapia médica nutricional de estos padecimientos en 2002. El reembolso para otras enfermedades y cuidados preventivos sigue en evolución.³⁷

Estrategias de educación

Términos como “cumplimiento” y “adherencia” se usaban con frecuencia para describir los cambios en el comportamiento de salud necesarios para lograr mejores resultados. Se ha puesto un nuevo acento en el concepto de “automanejo”, donde los pacientes se consideran miembros del equipo interdisciplinario que los cuida. Como miembros del equipo, participan en la fijación de metas y en la identificación de estrategias de resolución de problemas diseñadas para abordar las barreras en el manejo de sus planes de tratamiento. Las barreras más comunes incluyen recordar tomar los medicamentos, realizar actividad física regular, vigilar la glucosa en sangre, manejar la polifarmacia o solventar el costo de los alimentos relacionados con el plan de alimentación.^{38,39}

Este énfasis en considerar al paciente el jugador clave del equipo de manejo de la enfermedad crónica es muy eficaz para que los nutricionistas lo utilicen cuando educan a los pacientes con padecimientos crónicos. El uso del expediente médico electrónico también puede aumentar la capacidad de acceder a los pacientes durante toda la vida. En Estados Unidos algunos sistemas de cuidado de la salud están integrando el acceso con oportunidades educativas para información de la salud. El nutricionista puede ser capaz de seguir a los pacientes en el tiempo, quitando las barreras de calendarización y localización utilizando avances de tecnologías de la información en el cuidado de la salud. Puede integrarse un recordatorio electrónico en el sistema de expediente electrónico para recordar llamar a los pacientes para que asistan a una consulta clínica o que resurtan sus medicinas, o completen un registro alimentario.^{40,41}

Estrategias de cuidado de especialidad

En la [tabla 9-3](#) se ilustran las intervenciones nutricionales recomendadas para el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación. La Academy of Nutrition and Dietetics reúne en forma regular comités de práctica basada en la evidencia, que examinan la literatura y publican recomendaciones para el cuidado nutricional en áreas de práctica especializada. Se han publicado resúmenes de la evidencia de la terapia médica nutricional para padecimientos crónicos como diabetes mellitus tipos 1 y 2 en adultos y la forma de integrar las guías en el proceso de cuidado nutricional (PCN). En Estados Unidos los estándares de práctica y desempeño profesionales para todos los nutricionistas certificados, así como para algunas enfermedades específicas, incluidas diabetes, cáncer y enfermedad renal, se revisan a intervalos regulares, por lo general cada cinco a ocho años, y están diseñados para proveer rutas claras a la provisión de servicios a los pacientes.^{42,43}

Referir a un nutricionista certificado dentro de los primeros seis meses del diagnóstico.

Visitas educativas iniciales (3-4) de 45-90 minutos cada una.

Vistas subsecuentes de control para valorar la necesidad de seguimiento adicional.

Una visita anual para valorar el estado y reforzar los cambios en el estilo de vida necesarios.

Tabla 9-3 ■ Recomendaciones de intervenciones nutricionales para la enfermedad crónica relacionada con la alimentación.



CAPÍTULO

Resumen

La buena nutrición es esencial para la salud, la autosuficiencia y la calidad de vida a través de las etapas de existencia. Los nutricionistas deben adquirir el conocimiento y las habilidades necesarias para aconsejar y educar a personas de todas las edades con una gran variedad de retos alimentarios y nutricionales. Elegir los alimentos es una actividad diaria y muy personal. Algunas personas deberán enfocarse en mantener el deseo de comer justo para reducir el riesgo de pérdida de peso y subnutrición. Otros necesitarán de

asesoramiento conductual extenso para lograr y mantener un peso corporal saludable y reducir los posibles riesgos de salud.

El PCN, presentado en el [capítulo 1](#), es un marco de referencia complementario para el cuidado nutricional a lo largo de la vida. Los conceptos del PCN (valoración, diagnóstico, intervención, vigilancia y evaluación) reflejan el proceso de crecimiento y cambio de las etapas de la vida. El nutricionista debe valorar e identificar posibles problemas y sus efectos en el estado nutricional. Debe también establecer planes de intervención individualizados que incluyan adaptaciones para cada grupo de edad, y documentar la forma en que sus estrategias educativas reducen los costos del cuidado de la salud y logran mejores resultados a través de la prevención de la enfermedad o complicaciones asociadas a través de la vida.



ANÁLISIS DEL CASO 6

Redacta documentación para cada sesión de la unidad familiar, incorporando el modelo de PCN como sea aplicable.

Los profesionales de la nutrición proveen atención desde su función esencial como miembros de un equipo interdisciplinario de cuidado de la salud a través de la vida. La prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición ofrecen una oportunidad para que los nutricionistas se involucren en estrategias eficaces a largo plazo para lograr la más alta calidad de vida.

Revisión y preguntas

1. Menciona dos metas del asesoramiento nutricional para mujeres en etapa preconcepcional o embarazadas.
2. ¿Qué factores deben valorarse al atender a niños en edad preescolar y escolar? ¿Qué estrategias educativas y de intervención se recomiendan para los niños?
3. Al tratar con adolescentes ya sean varones o mujeres, ¿qué factores deben valorarse?
4. ¿Qué estrategias son útiles cuando se trabaja con familias?
5. ¿Qué factores pueden tener un efecto en la alimentación y nutrición de los adultos mayores?
6. Identifica tres estrategias educativas que sustentan el concepto de automanejo en padecimientos crónicos relacionados con la alimentación.

Actividades sugeridas

1. Ve un programa de televisión para niños. Mientras lo haces, anota el número de comerciales de comida. ¿Estos comerciales hacen que desees consumir el producto? ¿Promueven la alimentación sana?
2. Entrevista a un nutricionista que trabaje con niños o adolescentes. Pregúntale acerca de los retos nutricionales a los que se enfrenta cuando aconseja a diversas poblaciones.
3. Entrevista a la madre o al cuidador de un niño. Pregunta qué estrategias utilizan para fomentar los hábitos alimentarios saludables e introducir nuevos alimentos en la alimentación del niño.
4. Planea una presentación de 15 minutos sobre colaciones nutritivas para un grupo de edad de tu elección. ¿Qué tipo de recursos instruccionales utilizarás? ¿Por qué?
5. Entrevista a un adolescente acerca de sus prácticas alimentarias. Pregúntale sus preferencias a este respecto. ¿Qué factores influyen en las buenas elecciones? ¿En qué forma se compara el tipo de comida que el adolescente elige con lo que comen sus amigos? ¿Elige los alimentos por razones de salud o relacionadas con su peso?
6. Compra una revista para adolescentes. Valora el contenido de cualquier artículo sobre nutrición, los anuncios de comida, complementos para el control de peso y similares.
7. Entrevista a un adulto mayor (de 65 años en adelante) acerca de sus elecciones y prácticas alimentarias. Pregúntale acerca de la persona que compra y prepara la comida, el número de comidas que consume a diario y la ingesta de agua y otras bebidas. Escribe un resumen de tu encuentro usando un modelo de PCN.
8. Evalúa el folleto de educación para pacientes que se distribuye en alguna institución pública o comunitaria para un grupo de edad específico. ¿Proporciona la información correcta? ¿Está escrito en el nivel correcto para la población a la que se dirige?
9. Selecciona una enfermedad crónica relacionada con la alimentación, como la diabetes. Encuentra al menos tres folletos educativos apropiados para el asesoramiento nutricional. Compara sus contenidos, enfoques y aplicación al paciente. Discute cómo utilizarías estos materiales en una secuencia de consultas y elabora un conjunto de recomendaciones para los futuros materiales que puedas requerir.

Habilidades educativas



Principios y teorías del aprendizaje



Objetivos

- Comparar y contrastar las teorías y estrategias de aprendizaje.
- Diferenciar entre los tipos de consecuencias conductuales.
- Especificar estrategias que mejoran la memoria a largo plazo.
- Describir diversos estilos de aprendizaje y enseñanza.
- Definir las etapas comprendidas en el proceso de innovación-decisión.
- Identificar el papel de la tecnología en el aprendizaje.

CASO PRÁCTICO 1



John Richards ha sido referido a asesoramiento y consejería debido a su alta presión arterial. Tiene 65 años de edad, con un índice de masa corporal aceptable y niveles de colesterol sérico dentro del rango normal. Hace seis meses falleció su esposa. Desde su partida, ha vivido solo en el hogar familiar y ha dependido más de alimentos preempacados y de conveniencia. Su médico recomendó una alimentación restringida en sodio, con un aumento de frutas y vegetales. Si los cambios alimentarios tienen éxito, quizás no necesite medicación.

Los alimentos que comes en forma regular son los que aprendiste a comer.¹

—Bee Wilson

Introducción

El fundamento de la educación eficaz se basa en la teoría. Los conceptos teóricos se utilizan en la planeación, implementación y evaluación de la educación. La educación nutricional se enfoca en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades crónicas, y la intervención y el tratamiento. Lograr un estilo de vida más sano es un reto para muchas personas.

Aprendizaje

¿Qué es el aprendizaje? El aprendizaje puede definirse como un cambio en una persona causado por la experiencia o la interacción con su entorno. Los cambios pueden ser en conocimiento, habilidades, actitudes, valores y comportamientos y son resultados relativamente permanentes. Los psicólogos cognitivos ven el aprendizaje como un “activo proceso mental de adquirir, recordar y utilizar el conocimiento”.² Por ejemplo, tú aprendes a medida que lees este capítulo. Además de aprender por medio de la lectura, el reto del nutricionista es determinar cómo presentarle a la gente los estímulos y experiencias correctos sobre los cuales enfocar su atención y su esfuerzo mental, para adquirir nuevos conocimientos, habilidades, actitudes y comportamientos.

¿Cómo aprende la gente? ¿Cómo retiene lo que ha aprendido? El campo de la psicología educacional estudia las cuestiones del proceso de aprendizaje, incluyendo las preferencias del aprendiz y los métodos de enseñanza. Su enfoque principal está en el proceso mediante el cual se transmiten conocimientos, habilidades, actitudes y valores entre los maestros y los alumnos. Los maestros deben “aprender acerca del aprendizaje” antes de poder enseñar con eficiencia.^{1,2}

En el sitio de trabajo, los nutricionistas proveen oportunidades de aprendizaje de

diversas maneras. Capacitan y educan a los nuevos empleados y reentrenan a los trabajadores experimentados. También participan en la transmisión de programas educacionales para otros profesionales de la salud, estudiantes, internos, residentes y paraprofesionales. Los nutricionistas se preocupan por descubrir los métodos más eficaces de enseñanza, para influir en los comportamientos alimentarios de los pacientes y los comportamientos laborales de los empleados. Aunque la teoría por sí misma no garantiza una educación eficaz, la aplicación de dichas teorías a la planeación e implementación de intervenciones sí lo hace.

El énfasis principal está en la educación de los pacientes. La educación efectiva del paciente incluye el proceso de influir en el comportamiento y producir cambios en el conocimiento, actitudes, valores y habilidades requeridas para mejorar y mantener la salud. Dar información (conocimiento) o decir a la gente lo que debe hacer no basta para lograr cambios en las prácticas alimentarias. Son necesarios abordajes de asesoramiento y educación que promuevan cambios en las actitudes y comportamientos que beneficien al estado de salud.

La educación tiene lugar en distintos niveles: el nivel individual, como sesiones uno a uno o clases de grupo; la red social, como la familia; y el nivel comunitario, como la sociedad en su conjunto. Las iniciativas públicas de salud como *Eating Well* con la *Canada's Food Guide* y el *MyPlate* del United States Department of Agriculture son dos ejemplos de programas educativos a nivel comunitario.^{3,4}

El uso efectivo de la teoría educacional ayuda a la gente a hacer cambios en sus prácticas alimentarias y sus entornos. Los comportamientos de salud son demasiado complejos para ser explicados por una sola teoría. Para explicar la forma en que la gente aprende, los psicólogos han desarrollado varias teorías del aprendizaje. Este capítulo explora las teorías del aprendizaje conductual y la teoría cognitiva social, así como la memoria, la transferencia del aprendizaje, el aprendizaje adulto o andragogía, el aprendizaje y los estilos de enseñanza, la adopción de motivaciones y la tecnología como herramienta de enseñanza. Muchas de estas teorías y estrategias pueden utilizarse juntas en la misma intervención.⁵

Las ciencias sociales y conductuales proveen muchos de los modelos educativos utilizados por los profesionales de la salud. Estos modelos pueden encontrarse en otros capítulos de este libro e incluyen el modelo transteórico o modelo de las etapas del cambio y la entrevista motivacional en los [capítulos 5 y 6](#), la modificación de comportamiento o conductual en el [capítulo 7](#) y la teoría cognitiva social en el [capítulo 8](#). Todos ellos pueden aplicarse a las intervenciones nutricionales. El educador debe elegir las estrategias y los métodos más apropiados para cada situación.



ANÁLISIS DEL CASO 1

Identifica los tipos de preguntas que planeas hacerle al Sr. Richards antes de educarle en los cambios alimentarios que debe hacer.

Teorías de aprendizaje conductual

Las teorías de aprendizaje conductual son explicaciones del aprendizaje que se limitan en forma casi exclusiva a los cambios de conducta observables, con un acento en los efectos de los eventos externos en el individuo.² Los teóricos están interesados en la forma en que las consecuencias placenteras o dolorosas del comportamiento pueden cambiar el comportamiento de una persona con el tiempo. Este abordaje se basa en la creencia de que lo que aprendemos tiene partes identificables y que pueden darse recompensas y castigos identificables para lograr el aprendizaje.⁶ El papel del maestro es disponer el entorno externo para producir la respuesta deseada.⁷

Las teorías del aprendizaje conductual evolucionaron a partir de la investigación de diversos individuos, incluyendo a Ivan Pavlov en el condicionamiento clásico; Edward Thorndike, quien notó que las conexiones entre los estímulos y las respuestas o comportamientos subsecuentes son fortalecidos o debilitados por las consecuencias del comportamiento y el trabajo de B.F. Skinner sobre el condicionamiento operante.² En el [capítulo 7](#) se proporciona más información sobre estas investigaciones.

Con base en el abordaje pavloviano, la teoría de la asociación sugiere que un estímulo señala o evoca una respuesta en el aprendiz. Por lo tanto, la enseñanza o condicionamiento involucra disponer los eventos de estímulo y respuesta. Este es un abordaje centrado en el maestro, con alumnos pasivos.

El trabajo de Skinner se enfocó en la relación entre el comportamiento y sus consecuencias. Este autor creía que muchos comportamientos humanos son operantes, no meramente responsivos. El uso de consecuencias agradables y desagradables después de un comportamiento en particular se conoce a menudo como condicionamiento operante.² El aprendizaje involucra tres eventos relacionados: el estímulo, la respuesta y el reforzamiento. El maestro debe manejar estos tres eventos. El comportamiento objetivo deseado debe ser seguido de un reforzamiento para continuar. Así, los reforzadores, como pequeños objetos, deben identificarse y darse si se presenta la respuesta deseada. Este es también un enfoque centrado en el maestro con un aprendiz pasivo. El conductismo no explica todos los tipos de aprendizaje, porque descarta las actividades de la mente.

En las secciones siguientes se discuten cuatro consecuencias del comportamiento: el reforzamiento positivo, el reforzamiento negativo o escape, los castigos y la extinción. Además, se examinan el moldeado y el momento del reforzamiento.

Reforzadores positivos

Uno de los principios más importantes de la teoría del aprendizaje conductual es que el comportamiento cambia de acuerdo con sus consecuencias inmediatas. Las consecuencias placenteras se denominan “reforzadores positivos” o recompensas y pueden definirse como consecuencias que fortalecen y aumentan la frecuencia de un comportamiento.² Ejemplos de esto son el elogio por un trabajo bien hecho, buenas calificaciones en la escuela, dinero en la forma de un aumento de salario y pequeños

reforzadores como estrellitas o caritas felices en una boleta. Cuando los comportamientos persisten o aumentan con el tiempo, se puede suponer que las consecuencias los están reforzando en forma positiva. El placer asociado con el acto de comer, por ejemplo, es un reforzador positivo, que asegura que las personas consumirán sus alimentos favoritos una y otra vez.

No obstante, estos reforzadores son muy personales, y no se puede suponer que sean efectivos todo el tiempo. Por ejemplo, el comportamiento de un empleado que tiene una mala relación con un supervisor no se afectará por el elogio de este. Y el elogio de un nutricionista a un paciente que ha seguido un régimen alimentario puede no importarle a ese individuo específico. La persona debe apreciar el reforzador para aumentar la frecuencia de un comportamiento deseado. El profesional puede explorar los temas que un individuo considera como reforzadores positivos y puede disponer de tales reforzadores en el entorno de la persona. El conocimiento de los resultados también es un reforzador positivo secundario efectivo. Los pacientes y los empleados deben saber su fase de progreso. Si saben que están haciendo algo bien, ese conocimiento refuerza la respuesta.

La forma en que se da el elogio es importante también y la persona que elogia debe ser creíble.² El elogio debe reconocer un comportamiento específico, para que la persona entienda con claridad que está siendo reconocida. “Buen trabajo” no es un elogio tan efectivo como las palabras específicas: “Gracias por terminar a tiempo el proyecto extra. De verdad lo aprecio”.



Las personas aprenden a través del involucramiento activo.

Fuente: US Department of Agriculture.

Reforzadores negativos/escapes

Los reforzadores que son escapes de situaciones desagradables se llaman reforzadores negativos y también refuerzan los comportamientos porque permiten que el individuo se retire de esas malas situaciones.² Comer de más puede ser un reforzador si mediante eso la persona se escapa, por ejemplo, de los sentimientos de soledad, infelicidad o fatiga. O, un empleado puede escapar a la ira del supervisor comportándose en forma correcta. Si una acción detiene, evita o permite escapar de algo desagradable, es probable que la persona repita tal acción cuando enfrente una situación parecida.¹

Castigadores

No debe confundirse a los reforzadores negativos, que fortalecen los comportamientos, con los castigadores, que los debilitan. Las consecuencias desagradables o castigadoras, disminuyen la frecuencia o suprimen un comportamiento.² El castigo puede tomar una de dos formas diferentes. Una implica el retiro de los reforzadores positivos que la persona tiene, como un privilegio. La segunda forma involucra el uso de consecuencias desagradables o adversas, como cuando se regaña a una persona por una conducta impropia. El castigo puede hacer que la persona evite la situación en el futuro, así que regañar a un paciente que no ha perdido peso no es apropiado.

Extinción

¿Qué ocurre cuando se retiran los reforzadores? Un comportamiento se debilita y termina por desaparecer en un proceso que se llama extinción del comportamiento.² Por ejemplo, si una persona inicia un programa de ejercicio o un cambio alimentario y no hay continuos reforzamientos positivos, puede disminuir el nuevo comportamiento hasta llegar a terminarlo.

Cuando los comportamientos son indeseables y sus reforzadores pueden identificarse y suprimirse, el comportamiento se extingue también. El comportamiento ruidoso de un empleado, por ejemplo, puede cambiar si el supervisor u otros empleados lo ignoran y no responden a la atención que el empleado está buscando. En vez de eso, el supervisor querrá reforzar en forma positiva el comportamiento no ruidoso de dicha persona.

Moldeado

La decisión de qué reforzar en un paciente o un empleado, y cuándo, también es importante. ¿Se debe esperar hasta que el comportamiento deseado sea perfecto? ¡No! La mayoría de la gente necesita el reforzamiento al recorrer el camino hacia algo nuevo. El reforzamiento a cada paso del camino hacia un comportamiento exitoso se conoce como moldeado, o aproximaciones exitosas.^{2,7} Involucra reforzar el progreso en vez de esperar la perfección. Cuando las metas del paciente o el empleado pueden dividirse en una serie de pasos identificados o subhabilidades, puede darse una

retroalimentación positiva a medida que cada paso o subhabilidad son dominados o alcanzados.

Reforzamiento a tiempo

Un principio importante es que las consecuencias positivas inmediatas son más efectivas que las que son retrasadas, porque en su mente, la persona entiende mejor la conexión entre el comportamiento y las consecuencias. Como resultado, el nutricionista debe identificar con el paciente o empleado no solo lo que constituye un reforzamiento positivo para esa persona, sino también un esquema de tiempo para dispensar el reforzamiento por comportamientos apropiados. Este concepto explica por qué es difícil para las personas cambiar sus comportamientos alimentarios. Por lo general, las consecuencias positivas del cambio, como el descenso de peso o una mejor salud, están en el futuro, mientras que consumir alimentos no permitidos recibe un reforzamiento positivo inmediato. Saben bien y el hambre se reduce. Comer es reforzante en forma intrínseca, esto es, resulta ser un comportamiento que es placentero en sí mismo.¹

También se ha estudiado la frecuencia del reforzamiento. En la parte inicial de un cambio conductual, el reforzamiento continuo después de cada respuesta correcta ayuda al aprendizaje. Más tarde se prefiere un reforzamiento variable o intermitente. Cuando se abusa de las recompensas, tienden a perder su efecto, así que después de que el individuo ha tenido algunos éxitos recompensados, las recompensas deben darse con menos frecuencia. En la [tabla 10-1](#) se resumen algunas de las implicaciones de las teorías que se presentan en este capítulo.



ANÁLISIS DEL CASO 2

¿Cuál es tu evaluación de los temas de reto y motivación que enfrenta este paciente?

Teoría/modelo	Implicaciones
Teoría conductual	Identifica los reforzamientos valorados.
	Informa a la persona su etapa de progreso.
	Utiliza el reforzamiento positivo.
	Elogia comportamientos específicos, no generales.
	Refuerza el progreso en el camino al dominio.

	Utiliza reforzamiento continuo y después intermitente.
	Ignora los comportamientos indeseables.
	Evita impartir castigos.
Aprendizaje social	Sé un buen modelo.
	Proporciona otros buenos modelos.
	Evita los modelos negativos.
	Haz que las nuevas habilidades sean demostradas y practicadas.
Teoría cognitiva	Explora antes de dar nuevos conocimientos.
	Obtén y mantén la atención.
	Haz preguntas.
	Utiliza la fijación de metas.
	Utiliza la repetición y la revisión.
	Haz que la información tenga significado.
	Organiza la información.
	Conecta la nueva información con la red de memoria.
Estilos de aprendizaje	Identifica los estilos preferidos.
	Ofrece varios métodos o técnicas de aprendizaje.
Aprendizaje adulto	Los adultos se dirigen a sí mismos.
	Reconoce la experiencia.
	Utiliza métodos de participación.
	Orienta el aprendizaje a problemas y proyectos.

Tabla 10-1 ■ Implicaciones de teorías y modelos de aprendizaje.

Teoría cognitiva social

La teoría cognitiva social expandió la perspectiva conductista. Desde la década de 1970, Albert Bandura ha sido considerado el padre de la teoría del modelado. Él pensaba que la observación e imitación de los comportamientos de otras personas, esto es, el aprendizaje indirecto de los éxitos y fracasos ajenos, había sido ignorado. Sostenía que la gente aprendía no solo de señales externas, sino también observando modelos o “modelado”. La gente que enfoca su atención en observar a otros construye imágenes mentales, analiza, evalúa, recuerda y toma decisiones que afectan su propio aprendizaje. Los profesionales deben estar conscientes de esto y ser buenos modelos. Por ejemplo, si no comemos en forma nutritiva y hacemos ejercicio regular, ¿cómo podemos esperar que otros lo hagan?

Cuando los medios cubren a las celebridades que están bajando de peso, muchos fanáticos comienzan el mismo plan de alimentación para seguir este modelo de éxito. Por supuesto, es preferible si el modelo es una persona atractiva, exitosa, admirada y bien conocida. Entonces la gente imitará el comportamiento, con la esperanza de obtener un poco del mismo éxito.

En situaciones de aprendizaje en grupo, los pacientes y empleados pueden aprender de buenos modelos. Al demostrar la operación del equipo de cocina a un nuevo empleado, parte del aprendizaje viene de observar al instructor. Entonces el empleado imita lo que ha visto. Por ejemplo, en clases en grupo para personas que están haciendo modificaciones alimentarias debido a cardiopatías, la gente puede recibir la influencia de hacer esos cambios por modelado al escuchar las historias de éxito de otros miembros del grupo.

Los individuos también aprenden de modo indirecto observando modelos negativos. Cuando vemos algo que no funciona o con lo que no estamos de acuerdo, decidimos no imitarlo. Ver a una persona obesa puede desencadenar este tipo de reacción en algunas personas. “Nunca me veré así”, puede ser una respuesta. La gente juzga los comportamientos contra sus propios estándares y decide qué modelos seguir. A veces, los empleados toman el modelo de otros que toman atajos o no siguen los procedimientos adecuados. Por ejemplo, si el supervisor toma descansos y almuerzos muy largos, los empleados pueden concluir que este comportamiento es permisible.

Cuando el profesional quiere que la gente modele el conocimiento o las habilidades que ha adquirido, es importante hacer que practique y demuestre la habilidad, no solo que la ensaye en forma mental. Esto muestra si está modelando bien o no. Por ejemplo, el nutricionista puede querer que un paciente que está aprendiendo a hacer elecciones alimentarias diferentes planee varios menús para

modelar el nuevo conocimiento y habilidad. Un nuevo empleado que puede demostrar el uso correcto del equipo está modelando de forma correcta. Si el individuo lo hace bien, debe dársele retroalimentación y reforzamiento positivo, como un elogio; esto aumenta la eficacia personal y la motivación. Si la persona lo hace correctamente de manera parcial, usando el “moldeado”, se le puede dar un reforzamiento positivo para la parte correcta y después ayudarlo a modificar el resto. Dar tutelaje a otra persona es otro ejemplo de uso de estos principios, porque el mentor modela y guía los nuevos roles y comportamientos.

Un aprendiz es aconsejado de modo más efectivo por un profesional familiarizado con sus circunstancias particulares, su estilo de aprendizaje y su contexto. Cada persona se halla en una etapa de desarrollo diferente, con diversos grados de motivación. Los contextos sociales y familiares varían. El profesional puede entonces personalizar una estrategia de intervención para el aprendizaje. Una sociedad multicultural requiere de la conciencia de las distintas costumbres y tradiciones, y de enfoques de asesoramiento aceptables (véase el [capítulo 4](#), que explora estos aspectos con detalle).

EJEMPLO “¿Qué puede desayunar? ¿En un restaurante? ¿En los viajes?”. “¿Qué le dice la etiqueta de este producto?”.

Teorías cognitivas

Los psicólogos cognitivos que estudian el aprendizaje se enfocan en actividades mentales como pensar, recordar y resolver problemas, que no pueden observarse en forma directa. En vez de cambios observables producidos por eventos externos, las teorías de aprendizaje cognitivo son explicaciones de aprendizaje que se centran en procesos internos y no observables que la gente usa para aprender y recordar nuevos conocimientos y habilidades.²

¿Qué es más fácil de aprender: las fórmulas de los aminoácidos esenciales o la guía *ChooseMyPlate* del United States Department of Agriculture (USDA)? ¿Qué es más fácil de recordar: un número telefónico que usamos ayer por primera vez, o lo que cenamos anoche? La diferencia está entre el aprendizaje por repetición, que requiere de memorizar hechos no conectados en una estructura cognitiva y aprender y recordar información con más significado sin memorizarla en forma deliberada. Ambos son necesarios.

La perspectiva cognitiva contempla el aprendizaje como un proceso mental interno activo de adquirir, recordar y usar el conocimiento en vez de como el proceso pasivo influenciado por los estímulos ambientales externos de los conductistas.² Las personas persiguen metas, buscan información, resuelven problemas y reorganizan la información y el conocimiento en sus memorias. Al ponderar un problema, la solución puede venir como un destello de intuición a medida que la gente reorganiza lo que sabe.

El abordaje cognitivo sugiere que una influencia importante en el aprendizaje es lo que el individuo aporta a la situación de aprendizaje, esto es, aquello que ya sabe.² El conocimiento previo es una influencia significativa en lo que aprendemos, recordamos y olvidamos. Recordar y olvidar son temas también de la psicología cognitiva. En la [tabla 10-2](#) se comparan las teorías presentadas en este capítulo.

El aprendizaje de descubrimiento es un ejemplo del modelo instruccional cognitivo. Cuando la gente aprende a través de su propio involucramiento activo, descubre cosas por sí misma. Este enfoque, que utiliza la experimentación y la solución de problemas, ayuda a la gente a analizar y a absorber información en vez de solo memorizarla.² El profesional puede proveer situaciones problemáticas que estimulen al paciente a cuestionar, explorar y experimentar.

Memoria

Existen muchas teorías de la memoria que explican la forma en que la mente toma información, la procesa, la almacena, la retiene y la recupera para usarla cuando lo necesita. Las teorías de la percepción cognitiva ven el aprendizaje como un evento de todo o nada más que como un proceso incremental. Las percepciones pasadas ya están almacenadas en la memoria para uso futuro. Si el aprendiz no tiene una experiencia previa en la que basarse (déficit perceptual), debe crear un marco con la ayuda del educador. Este marco ya existe con la experiencia previa. Si el marco actual es incorrecto, debe usarse uno diferente. A través del uso de preguntas y de la escucha, el nutricionista puede descubrir el marco de referencia del aprendiz y construir sobre él. Las estrategias deben ajustarse al marco de referencia del paciente. La enseñanza implica el manejo de experiencias reales o indirectas hasta que el aprendiz desarrolle percepciones, perspectivas o patrones de pensamiento.⁸ Este es un enfoque centrado en el maestro-estudiante con indagación y solución de problemas interactivas y de colaboración.⁷⁻⁹

Categoría	Conductual	Aprendizaje social	Cognitivo	Andragogía
Papel del maestro	Disponer el entorno para obtener la respuesta deseada	Servir como modelo	Estructurar contenido o problemas con características esenciales	Facilitador
	Disponer el reforzamiento	Disponer otros modelos	Organizar el conocimiento	Planear, implementar y evaluar en forma conjunta
				Proporcionar recursos
Manejo	Centrado en el maestro	Centrado en el aprendiz	Centrado en el aprendiz	Centrado en el aprendiz
Participación del aprendiz	Pasivo/activo	Activo	Activo, resolver problemas	Activo
		Imitar los modelos	Probar las hipótesis	
Motivación	Las recompensas motivan	Ambos	Interna	Interna
		Externa e interna		
	Externa		Usar fijación de metas	
Perspectiva de aprendizaje	Aprendizaje por repetición	Observación de los demás	Aprendizaje perceptual	Realizar tareas
	Enfoque en el asunto		Comprensión	Resolver problemas
	Practicar en varios contextos		Procesos mentales internos	Orientado a la meta
Acción estratégica	Estímulo-respuesta	Papeles sociales	Aprendizaje por indagación	Orientado a resolver problemas y realización de tareas
	Objetivos conductuales	Discusión	Aprendizaje por descubrimiento	
	Análisis de tareas	Tutelage	Simulación	
	Basado en la competencia	Juego de roles	Aprender a aprender	
	Aprendizaje asistido por computadora			

Tabla 10-2 ■ Estrategias y teorías de aprendizaje.

Otras intervenciones se basan en la teoría de cognición-racional/aprendizaje lingüístico.⁷ Las experiencias se codifican en la memoria. Como resultado, la gente puede organizar, modificar o combinar recuerdos, creando nuevo conocimiento o niveles más altos de pensamiento. Las habilidades de razonamiento permiten el análisis de experiencias y la predicción de futuros resultados. La mayor parte del comportamiento viene del análisis cognitivo del conocimiento, así que se cree que los pensamientos preceden a las acciones.¹

La teoría del procesamiento de la información al consumidor aborda los procesos por los cuales un consumidor toma y utiliza la información en sus decisiones. La teoría señala que la gente tiene una capacidad limitada para procesar, almacenar y recuperar información en cualquier momento dado. Al tomar decisiones, buscan solo la información suficiente para elegir con rapidez. Así, la información debe ser organizada, limitada y relacionada con el nivel de comprensión del individuo, quien entonces la procesa con poco esfuerzo. Por ejemplo, una persona puede buscar el postre congelado con el menor contenido en grasa, almacenar la información con respecto a su satisfacción con el producto, y decidir si lo vuelve a comprar o no. O, las actitudes acerca de alimentos como las zanahorias puede diversificarse para expandir el procesamiento de información y aplicación de los patrones de compra del consumidor.¹⁰

Para mejorar la memoria y el razonamiento, la enseñanza debe proveer etiquetas para las nuevas experiencias y estructuras. Los problemas pueden tratarse como déficits cognitivos que requieren de nuevas estructuras. Los pacientes con afirmaciones derrotistas y distorsiones cognitivas, por ejemplo, requieren de

reestructuración cognitiva que descarte el actual pensamiento incorrecto e introduzca uno nuevo (véase el [capítulo 8](#)).

El nutricionista quiere que las personas no solo adquieran información, habilidades y actitudes, sino también que las recuerden y las usen. Como la gente es bombardeada con información todo el día por parte de familiares, amigos, compañeros de trabajo, supervisores, periódicos, revistas, televisión, radio e internet, ¿cómo hacen para recordarlo todo? No lo hacen. La mayor parte es descartada de inmediato.

Los psicólogos concuerdan en que la nueva información debe tener sentido para que las personas la aprendan y la recuerden. Parte de la información entra en la memoria de trabajo o a corto plazo hasta que es utilizada, como en el momento de acudir a una cita; después se olvida. Por supuesto, nada entra nunca a la memoria a corto plazo hasta que la persona le pone atención, esto es, se enfoca en ciertos estímulos y descarta todos los demás.² Por lo tanto, el nutricionista debe pensar en obtener primero la atención y concentración de un paciente o empleado y después mantenerlas. De otra forma, el individuo puede estar pensando en otra cosa.



Los niños aprenden de su familia y sus amigos.

Fuente: US Department of Agriculture.

Existen varias formas de captar la atención de un aprendiz, como el uso de los medios, los colores brillantes, elevar o bajar el tono de voz, utilizar gestos, iniciar una discusión con una pregunta, explicar un propósito, repetir la información más de una vez y decir: “esto es importante”. Captar el interés de alguien en un tema e indicarle su importancia, así como ponerlo en el contexto de lo que esa persona ya sabe son abordajes útiles. El profesional debe indicar en qué forma la información será útil o

importante.²

Hacer preguntas atrae la curiosidad y el interés. Formular preguntas abiertas es una técnica efectiva para solicitar información adicional. Dichas preguntas suelen comenzar con quién, qué, cuándo, dónde o por qué. Pregunta a un nuevo empleado: “¿Qué sabe acerca de la rebanadora de carnes?”, o bien, pregunta a un nuevo paciente que cursa con cardiopatía: “¿Qué sabe acerca de las grasas trans y saturadas?” Pregunta por qué piensan que saber esa información es importante para ellos. Esto obliga a la persona a enfocar su atención.

Memoria de trabajo

La mente humana es como una computadora. Recibe información, realiza operaciones con ella para cambiar su forma y contenido, la almacena y la recupera cuando la necesita.^{2,7} No toda la información o estímulos son seleccionados para procesarlos, pero algunos son objeto de atención en un momento dado.

Conforme una persona ve algo nuevo y piensa en eso, entra en la memoria de trabajo. Sin embargo, hay límites en cuanto a la cantidad de nueva información que puede retenerse a la vez, quizás cinco a nueve elementos, y en cuanto a la cantidad de tiempo en que será retenida, alrededor de 5 a 20 segundos.² Repetir algo una y otra vez, como el nombre de una persona que acabamos de conocer, ayuda a mantener la información por más tiempo en la memoria de trabajo. Pero si conocemos a cinco personas a la vez, esta puede ser demasiada información nueva que manejar.

Además de la repetición, se puede intentar asociar la nueva información con la que ya está en la memoria a largo plazo. También ayuda agrupar fragmentos individuales de información. Por ejemplo, el número telefónico 467 3652 se convierte en 467 36 52. Debido a los límites de la memoria, es útil dar no solo información verbal sino también guías alimentarias escritas a un paciente, o un análisis por escrito de las tareas a un empleado, porque los detalles se olvidan con rapidez.

Memoria a largo plazo

Usando la tecnología, una persona toma la entrada y la “guarda” en un formato digital para ser recuperada más tarde, a menudo mediante la búsqueda en el contenido almacenado. Para mover la nueva información de la memoria de trabajo a la memoria a largo plazo, una persona usa principios similares para organizarla e integrarla con información ya almacenada en la red de neuronas interconectadas. La memoria a largo plazo implica tres procesos: codificar al agregar la nueva información a otros recuerdos relacionados, almacenamiento y recuperación. ¿Quién no puede reconocer el aroma del pastel de chocolate en el horno recuperando un recuerdo? Aquí, el profesional necesita dejar en claro a los pacientes y empleados lo que es importante y quizá repetirlo más de una vez. Toma tiempo y esfuerzo reflexionar, captar las implicaciones, interpretar y experimentar y conducir una representación interna de nuevo conocimiento en el cerebro.²

La capacidad de recordar información repetida es limitada, mientras que la

información que tiene un significado se retiene con más facilidad. La implicación de planear sesiones educativas para pacientes y empleados es hacer que la información tenga un significado para la persona, presentarla en forma clara y organizada, y relacionarla con lo que el individuo ya sabe y tiene almacenado en su memoria. Entonces la persona puede conectarla con otra información conocida y aplicarla si es necesario.

¿Qué es más fácil de almacenar o recuperar? ¿Algo que uno escucha, algo que uno ve, o algo que uno escucha y ve? La gente retiene mejor las imágenes visuales con las imágenes verbales y los mensajes. Algunos usan imágenes para ayudar a la retención haciendo una representación mental.^{2,11} Por ejemplo, ¿puedes representar la guía alimentaria *ChooseMyPlate* del USDA o la etiqueta de un alimento?

Existen varias estrategias para ayudarse a recordar. El profesional puede hacer un resumen a la mitad y al final de una presentación. La repetición y la revisión ayudan a la retención. Tú puedes presentar un panorama general de un folleto o proyectar una imagen para organizar la información. Haz que la gente se involucre en la plática con actividades de aprendizaje activo, no pasivo. Presenta la información en una forma clara y organizada, no como trozos aislados de información. Después pide a la persona que traduzca la información en sus propias palabras o solucione un problema con ella, como planear un menú o resumir lo que se dijo para que el material adquiriera una importancia personal.

La gente también recuerda historias, metáforas y ejemplos mejor que hechos aislados. Por ejemplo, al enseñar a los empleados sobre el manejo higiénico de los alimentos, se puede recurrir a historias reales de brotes de enfermedad debido a la comida. Cuando se enseña acerca de planes de alimentación modificados, pueden usarse casos reales. Al discutir la fibra con un paciente, pueden emplearse ejemplos de panes de granos enteros y cereales, frutas y verduras. El aprendizaje exige que la información tenga sentido para la gente, a fin de que pueda buscarla en su mente, para que se ajuste en un patrón nítido y ordenado y para que use la información actual para ayudarse a asimilar la nueva.^{7,8,11}

La memoria a largo plazo requiere de conexiones de nuevo conocimiento con información conocida. Es probable que la información se almacene en redes de hechos y conceptos conectados. Cada pieza de información en la memoria está conectada en cierta forma a otras piezas. Recordamos las cosas por asociación. Por ejemplo, la palabra “manzana” puede asociarse con fruta, rojo o árbol. Es poco probable que se asocie con un gato.

El siguiente es un ejemplo de una red de conocimiento parcial sobre las vitaminas hidrosolubles:

Vitaminas hidrosolubles

Vitamina B		Vitamina C	
Niacina		Ácido ascórbico	
Funciones	Fuentes alimentarias	Funciones	Fuentes alimentarias
	Vegetales		Verduras
	Animales		Frutas
	Cereal		Brócoli
	Cerdo		Naranja

Si la persona ya tiene esta red y aprende algo nuevo acerca de la vitamina C, por ejemplo, que la col cruda es una buena fuente de esa vitamina, es fácil archivarla por asociación en la red existente. Pero si la persona no sabe nada de la vitamina C, será mucho más difícil archivar la nueva información en la memoria a largo plazo. El resultado es que podría olvidarla.

El siguiente es un ejemplo de red de conocimiento en el manejo higiénico de alimentos:

Gérmenes/Bacteria		
<i>Salmonella</i>	<i>Clostridium botulinum</i>	<i>Staphylococcus</i>
Fuentes alimentarias	Fuentes alimentarias	Fuentes alimentarias
Medidas preventivas	Medidas preventivas	Medidas preventivas

Para los trabajadores en los servicios de alimentos, el término “gérmenes” tiene más significado y es más fácil de almacenar en la memoria que “bacterias patógenas”, porque este último término puede no serles familiar. Será más fácil agregar nueva información a una red existente si los elementos se reconocen y se construye sobre conceptos ya aprendidos. Añadir un nuevo término como “*E. coli*” (*Escherichia coli*) o “hepatitis A” tendrá más significado que un término nuevo y más amplio si ya existe un marco de referencia.

Los nutricionistas educadores deben destinar tiempo a averiguar lo que la persona ya sabe, escuchar en forma activa a las palabras que usa, identificar los temas en las redes de conocimiento, sondear con el uso de preguntas y ayudar a la persona a integrar la nueva información en las redes existentes. El material organizado es mucho más fácil de aprender y recordar que el que está desorganizado. Nuestra motivación para aprender es intrínseca o interna a medida que buscamos encontrarle sentido a lo que sucede en nuestro mundo.⁶

Organizar alrededor de conceptos también ayuda al aprendiz a categorizar grandes cantidades de información en unidades que tengan sentido. El siguiente es un ejemplo de organizar la información alrededor del concepto de comidas:

Comidas		
Desayuno	Almuerzo	Cena
Hora/lugar	Hora/lugar	Hora/lugar
Menú	Menú	Menú

Hacer preguntas ayuda a la gente a aprender al pedirle que examine lo que está leyendo o escuchando.

Cuando se enseñan conceptos, es necesario usar muchos ejemplos. ¿Qué imagen mental o ideas tiene el paciente o el empleado si el nutricionista habla de “colesterol”, “ácidos grasos saturados”, “glucosa en sangre”, “microorganismos”, “gramos” de peso, “onzas” de carne, “mejoría de calidad” o términos similares? Averiguar qué palabras o terminología usa la gente en el contenido de su red de conocimiento actual ayuda cuando se eligen ejemplos para usarlas.



ANÁLISIS DEL CASO 3

¿Qué principios de este capítulo usarías para mejorar la memoria de tu paciente sobre los cambios que planeas proponerle?

Transferencia de aprendizaje

En el manejo de recursos humanos, así como en otras situaciones, la pregunta que se hace con frecuencia es: “¿Hiciste la transferencia de capacitación?”. En otras palabras, ¿puede un individuo tomar el conocimiento, las habilidades, las actitudes y las capacidades aprendidas en la capacitación, recordarlas y aplicarlas con eficacia en el trabajo, en una nueva situación o en una diferente?^{2,7} La transferencia de aprendizaje no puede suponerse. Depende en parte del grado de similitud entre la situación en la que la habilidad o el concepto fueron aprendidos y la situación en la que se aplican. La implicación es que se debe enseñar a la gente a manejar el rango de situaciones que es probable que enfrente más a menudo en el trabajo (empleados) o en casa (pacientes). El nutricionista debe dar muchos ejemplos del rango de problemas que la persona puede encontrar al usar el conocimiento o habilidades aprendidos.¹² Cuando la gente en realidad utiliza su nuevo conocimiento y habilidades para resolver problemas, se confirma la transferencia de capacitación.

Por ejemplo, para un paciente que implementa un plan de alimentación modificado no basta con enseñarle qué alimentos comer y cuáles evitar, sino también cómo transferir dicha información al planear menús, adaptar recetas actuales y usar unas nuevas, elegir los alimentos adecuados en el menú de un restaurante y leer las etiquetas cuando compra en el supermercado. Usar el conocimiento o las habilidades para resolver problemas, como qué hacer en un restaurante, ayuda a las personas a aplicar lo que han aprendido. Por ejemplo, ¿puede una persona con diabetes convertir la porción de pasta en el restaurante en una porción proveniente de la lista de alimentos equivalentes, o calcular el contenido de hidratos de carbono? Cuando compra los alimentos, ¿puede identificar en forma correcta las calorías de cada porción?

Lo aprendido no se transfiere de modo automático. Para los empleados, el aprendizaje mejora cuando la enseñanza tiene lugar en un entorno real o simulado. Los cajeros, por ejemplo, deben de ser capacitados en el equipo que usarán para manejar todo tipo de transacciones. Cuando la capacitación no se transfiere al trabajo, las posibles razones son que quienes se capacitan piensan que el entrenamiento es irrelevante, y no lo retienen, o que el ambiente de trabajo o el supervisor no apoyan el comportamiento recién aprendido.¹³

Dado que la mayoría de la gente considera que es “malo” estar equivocado y “bueno” estar correcto, algunos pueden evitar responder a preguntas o resolver problemas por temor a equivocarse, con la incomodidad psicológica que esto conlleva. La implicación es que se deben manejar con cuidado las respuestas incorrectas, y hacer todo el esfuerzo para preservar la autoimagen personal y evitar avergonzar a la persona. Si una respuesta es correcta solo en parte, concéntrate en esa parte y alienta a la persona a que abunde. Si es por completo errónea, puedes decir, por ejemplo: “Tal vez no planteé bien mi pregunta”. Entonces vuelve a formularla. Es deseable mantener un ambiente relajado y demostrar un abordaje no crítico.

Andragogía

Además de las teorías de aprendizaje conductual y cognitivo, otras teorías han explorado las diferencias entre adultos y niños como aprendices. Como profesional, entender la forma en que los adultos aprenden le ayudará a enseñar mejor. Cuando aceptas la responsabilidad de enseñar a los pacientes o empleados, es natural pensar en tu propia experiencia pasada como estudiante. La mayoría de las experiencias educativas fue resultado de la pedagogía, que puede definirse como el arte y la ciencia de enseñar a los niños.¹³ El maestro era una figura de autoridad, y los estudiantes eran personas dependientes que cumplían con las tareas y las instrucciones.

La educación adulta desafía algunas de las ideas y abordajes básicos de la pedagogía. Malcolm Knowles ha enfocado la atención en las creencias acerca de educar a los adultos, y en vez de pedagogía, utiliza el término “andragogía”. Él sostiene que los supuestos básicos con respecto a los aprendices adultos difieren de los supuestos sobre los niños. Él ve a los adultos como socios mutuos en el aprendizaje. Siguiendo los principales supuestos de Knowles acerca de los aprendices adultos:¹³

1. Los adultos están conscientes de una *necesidad de saber*. Buscan aprender lo que consideran importante, no lo que otros piensan que es importante.
2. En la adultez, el *autoconcepto* cambia de ser un aprendiz dependiente a ser uno autodirigido. Los adultos tienen autonomía en la situación de aprendizaje.
3. *Las experiencias expandidas* son un recurso creciente para aprender y pueden compartirse con los demás.

4. *La disposición para aprender* se basa en problemas de desarrollo en las vidas de los adultos. Aprender puede ser relevante para sus necesidades.
5. La educación adulta *se centra en el problema* y no en el sujeto, con un enfoque orientado en el presente y no en el futuro. Los adultos buscan aprendizaje que pueda ser aplicado de inmediato para resolver un problema.
6. *La motivación adulta* para aprender viene más de fuentes internas que externas.

Necesidad de saber

Antes de aprender algo nuevo, los adultos deben estar conscientes de una *necesidad de aprender* sobre eso.^{7,13} Deben entender dónde están ahora y ver la necesidad de alcanzar un nivel más alto de conocimiento o habilidad. Esto, por ejemplo, puede mejorar la calidad de la salud y el estilo de vida de un paciente. Para los empleados, puede significar que trabajarán con más entusiasmo y productividad.

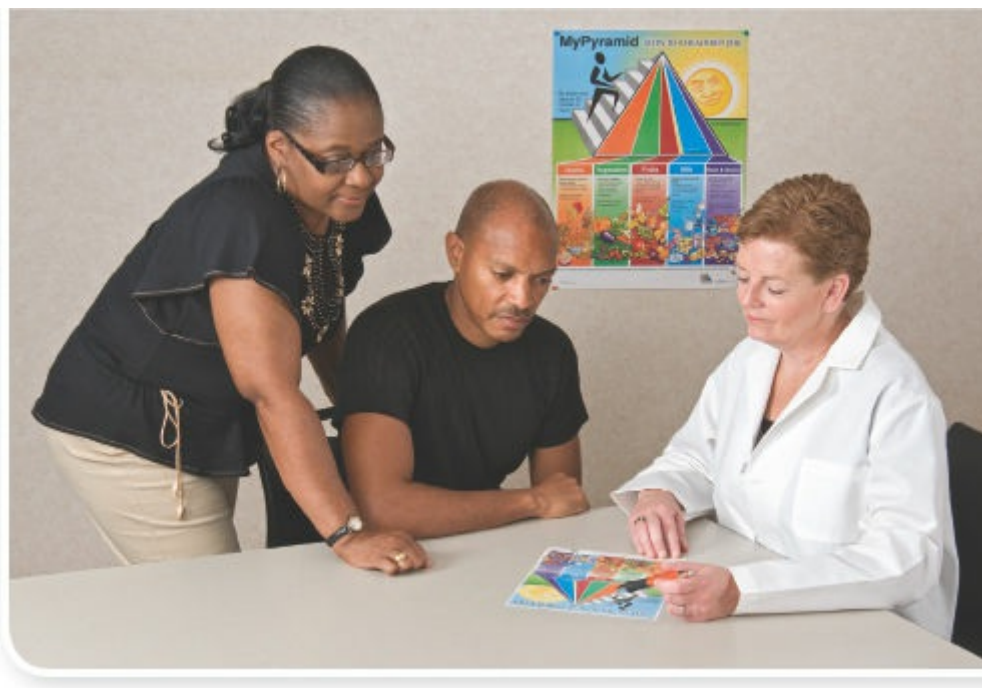
Autoconcepto

La infancia es un periodo de dependencia. El *autoconcepto* cambia a medida que una persona madura, y el individuo se vuelve cada vez más independiente y autodirigido. A la larga, la gente toma sus propias decisiones y maneja sus vidas.^{7,13} Cuando la gente se vuelve adulta, prefiere ser independiente y autodirigida en sus experiencias de aprendizaje. Cualquier experiencia educativa en la que una persona es tratada como un niño dependiente es una amenaza para el autoconcepto. Pueden surgir sentimientos negativos y el resentimiento, la resistencia o la ansiedad interferirán con el aprendizaje.

Experiencia

Comparados con los niños, los adultos tienen más *experiencias* y distintos tipos de experiencias que aportan a las nuevas situaciones de aprendizaje. Estos antecedentes son un recurso para aprender. Ignorar la cantidad y calidad de las experiencias del adulto puede malinterpretarse como un signo de rechazo. Los empleados pueden haber tenido experiencia laboral previa sobre la cual se puede construir.

Por ejemplo, un paciente que ha cursado con diabetes por cinco años cuenta con una riqueza de experiencia que debe ser reconocida cuando el consejero nutricionista discute los cambios alimentarios. Ignorar esta experiencia previa y comenzar desde el principio puede molestar, aburrir o incluso antagonizar al paciente y poner obstáculos en el camino del proceso de aprendizaje. Los métodos de enseñanza tales como conferencias son descartados en la educación adulta en favor de métodos más participativos que aluden a la riqueza de la experiencia de la persona, como discusiones en grupo, actividades de resolución de problemas, juego de roles y simulación. Las aplicaciones prácticas que aplican el aprendizaje a la vida cotidiana del individuo son apropiadas y útiles.



Los adultos están dispuestos a aprender cuando tienen necesidad de hacerlo.

Fuente: US Department of Agriculture.

Disposición para aprender

La disposición para aprender difiere entre los niños y los adultos. Se supone que los niños están dispuestos a aprender porque hay asignaturas que deben saber y hay presiones académicas de los maestros y los padres en cuanto al desempeño. Los adultos no tienen presiones y se supone que están dispuestos a aprender cosas necesarias para desempeñar sus roles sociales en la vida, como esposas, empleados, padres y otros o para lidiar con más eficacia en algún aspecto de sus vidas.

La educación para adultos debe ser apropiada a la disposición o necesidad de saber del individuo y el momento de las experiencias de aprendizaje debe coincidir con esa disposición. La gente busca información y está dispuesta a aprender cuando se enfrenta a problemas que debe resolver. Por ejemplo, los nuevos empleados pueden estar dispuestos a aprender acerca de sus responsabilidades de trabajo, pero no necesariamente acerca de la historia de la compañía. Los pacientes pueden no estar dispuestos a aprender sobre cambios alimentarios hasta que hayan aceptado el hecho de que sus padecimientos médicos y su salud futura lo requieren.

Aprendizaje centrado en el problema

La educación infantil se orienta hacia las asignaturas, mientras que la de los adultos se orienta hacia la realización de tareas y la *resolución de problemas*. Estos distintos abordajes implican diferentes perspectivas de tiempo. Dado que los niños aprenden cosas que usarán en algún momento en el futuro, el enfoque centrado en la asignatura puede ser apropiado. Los adultos abordan el aprendizaje cuando tienen una necesidad inmediata de aprender porque tienen un problema que resolver o una tarea que

realizar. La implicación es que el aprendizaje debe ser aplicado a los problemas o proyectos actuales de la persona. Los adultos aprenden lo que desean aprender cuando desean aprenderlo, sin importar lo que los demás quieren que aprendan.

Motivación

Los niños están motivados sobre todo por presiones externas de sus padres y maestros, por la competencia por las calificaciones y factores similares. Los *motivadores* más potentes para los adultos son internos, como reconocimiento, promoción en el empleo, autoestima y el deseo de una mejor calidad de vida y salud.

A partir del análisis de varias teorías educacionales, Knowles describe las condiciones apropiadas para que el aprendizaje tenga lugar.¹³ Sugiere que los aprendices deben sentir la necesidad de aprender algo y percibir las metas de una experiencia de aprendizaje como sus propias metas personales. Antes de emprender un nuevo aprendizaje, los adultos deben saber por qué necesitan aprenderlo. Pueden participar en forma activa en la planeación, implementación y evaluación de la experiencia de aprendizaje para elevar su grado de compromiso con el aprendizaje y el proceso debe usar las experiencias de vida de la persona. El entorno físico y psicológico debe ser confortable, como se explica en el [capítulo 11](#). La relación entre el profesional y el aprendiz debe estar caracterizada por confianza, respeto y ayuda mutuos y el entorno debe alentar la libertad de expresión y la aceptación de las diferencias.¹³

El profesional que acepta los supuestos de la andragogía se convierte en facilitador del aprendizaje o agente del cambio más que en un maestro. El nutricionista involucra al aprendiz en el proceso de aprendizaje y provee los recursos para ayudarlo a adquirir conocimiento, información y habilidades, manteniendo al mismo tiempo un clima de apoyo al aprendizaje.

En resumen, no existe una sola teoría o modelo educativo que los nutricionistas puedan utilizar para facilitar el aprendizaje y el cambio conductual. Sin embargo, la teoría que el profesional prefiere sin duda influirá en la forma en que enseña y su relación con pacientes y empleados. Es más probable que los individuos y los grupos se motiven si la información presentada enfatiza las consecuencias personales de los comportamientos, como se mencionó en el modelo de creencias en salud y es apropiada a la etapa de cambio del individuo. Debe disponerse un reforzamiento positivo adecuado a las necesidades e intereses de la persona.^{1,2}



ANÁLISIS DEL CASO 4

¿Cuál sería tu recomendación para el seguimiento?

Estilos de aprendizaje y de enseñanza

Tanto el estilo de enseñanza como el de aprendizaje afectan el proceso de aprendizaje del paciente o el empleado.

Estilos de aprendizaje

La gente tiene estilos de aprendizaje preferidos y estos juegan un papel importante en la eficacia con la que se maneja la nueva información. Cada uno de nosotros tiene un estilo de aprendizaje y de enseñanza únicos. Piensa por un minuto en las formas en que aprendes mejor o en cómo procesas o recuerdas nueva información. Si recuerdas tus propias experiencias escolares, preferías algunos métodos de enseñanza y retenías por más tiempo el material presentado en tu estilo preferido.

El estilo de aprendizaje único diferencia a la gente en términos de preferencias de contenido, métodos de entrega, entorno de aprendizaje y técnicas de enseñanza. Las preferencias en el estilo de aprendizaje se definen como “las formas preferidas de estudiar y aprender, como usar imágenes en vez de texto, trabajar con otras personas contra trabajar solo, aprender en situaciones estructuradas o no estructuradas y así sucesivamente”.² El acento se pone en el aprendiz y el entorno de aprendizaje.

Las diferencias en el estilo de aprendizaje reflejan el hecho de que los aprendices difieren en sus preferencias y en su habilidad para procesar el contenido de diversos mensajes instruccionales. Percibimos las cosas a través de nuestros sentidos. Los individuos brillantes que aprenden bien la nueva información a partir de la lectura (aprendices visuales), por ejemplo, pueden ser torpes en la actividad o experiencia que otros disfrutan (aprendices táctiles/kinésicos). Algunas personas aprenden bien escuchando conferencias, participando en discusiones de grupo o hablando (aprendices auditivos, cuyo recuerdo se ve mejorado por su propia exposición de las cosas). Estas preferencias influyen en qué tan fácil o difícil es aprender para el individuo y por lo tanto tienen implicaciones importantes para los educadores. Se han descrito como “aprendices de oído” a las persona que piensan en el tema que se expone; como “aprendices de vista”; “aprendices de sensibilidad”, a quienes hacen juicios con base en los sentimientos; y “aprendices de hacer” a los que prefieren la experimentación activa.¹⁴

Los componentes de estilo que influyen en el aprendizaje incluyen factores cognitivos, afectivos y ambientales. Los factores cognitivos son las preferencias de la persona en cuanto a pensar y resolver problemas. Quienes piensan a través de la experiencia tienden más hacia las dimensiones abstractas de la realidad; razonan y analizan lo que está sucediendo. Otros que sienten y perciben (afectivos) tienden a preferir aprender a través de experiencias más concretas, reales y prácticas y son más intuitivos. Algunos aprenden mejor pensando en las ideas; otros probando las teorías y a través del autodescubrimiento o escuchando y compartiendo ideas.



¿Cuál es tu forma preferida de aprender? ¿Cuál es tu estilo preferido de enseñanza? Describe el entorno en el que prefieres estudiar.

Además de percibir en forma diferente, la gente procesa la información en formas distintas. Algunos son reflexivos, observan lo que pasa y piensan en eso. Otros son hacedores y prefieren intentarlo de inmediato. Por ejemplo, al aprender a usar una computadora, algunos prefieren leer primero sobre eso y otros solo intentan distintas cosas. En un entorno de estudio, algunos requieren absoluto silencio para procesar la información, otros pueden bloquear los sonidos y otros prefieren el sonido y prenden la radio o ponen música cuando estudian o aprenden. El estilo preferido del aprendiz puede variar de una situación a otra y ser afectado por la asignatura o la habilidad a ser aprendida.

Los estilos de aprendizaje son una función de la personalidad.^{7,15} La personalidad puede afectar la preferencia sobre el estilo de intervención. Los extrovertidos, por ejemplo, disfrutan de un entorno grupal para aprender, mientras que los introvertidos prefieren escuchar, alejarse y después intentar lo aprendido. Los sensoriales necesitan hechos y detalles, mientras que los intuitivos se inclinan por el panorama general y quieren que les echen una mano para llegar ahí. Los pensadores gustan de la información, breve, lógica y concisa y los sensibles desean una forma de cambio que no les afecte a ellos ni a otros en una forma negativa. Los jueces creen que las reglas le prestan estructura a lo que hacen, mientras que los perceptivos piensan que la autovigilancia es demasiado estructurada.

La instrucción puede mejorarse y es probable que los aprendices se desempeñen mejor si el profesional identifica su estilo de aprendizaje preferido y hace que el entorno instruccional sea compatible. Aunque la gente puede tener una mezcla de estilos de aprendizaje, muchos tienen un estilo dominante. Para medir los estilos de aprendizaje, los investigadores han desarrollado una variedad de inventarios que, aunque pueden ser útiles, han sido criticados por su falta de confiabilidad y validez.²

El instructor puede intentar diagnosticar el estilo de aprendizaje al observar la forma en que la gente aprende o al hacer preguntas acerca de sus preferencias, como: “¿Usted prefiere leer, ver o escuchar, o tener las experiencias reales?”, “¿Usted prefiere aprender solo o en grupo?”. Ya sea si están capacitando empleados o diseñando programas de educación nutricional para adultos, los profesionales deben ofrecer la nueva información en una variedad de formas, porque la gente aprende de diversas maneras: reflexionando sobre las ideas, por experiencias prácticas, resolviendo problemas, por experimentación, por prueba y error, viendo el material o por autodescubrimiento. Como el estilo predilecto varía con la situación, ofrecer técnicas y métodos alternativos que reflejen esa variedad de formas en las que la gente adquiere conocimientos y habilidades permite a los aprendices aprender en su modo preferido, al menos parte del tiempo.



Estilo de enseñanza

El estilo de enseñanza es un asunto relacionado que afecta al aprendizaje en forma significativa. Se refiere a la suma de lo que se hace como maestro: los métodos instruccionales preferidos, las actividades, organización del material, interacciones con los aprendices y factores similares. La gente puede ser categorizada como centrada en el maestro o centrada en el aprendiz.¹⁶ El abordaje centrado en el maestro se asocia más con Skinner y supone que los aprendices son pasivos y que responden a estímulos en el ambiente. Hoy en día es el abordaje predominante para la educación. En el abordaje centrado en el aprendiz, como en la andragogía de Knowles, se supone que los individuos son proactivos y responsables de sus acciones. El foco está en los aprendices y sus necesidades más que en la asignatura.

Hay evidencia que sugiere que los maestros tienden a seleccionar actividades de aprendizaje basados en la forma en que ellos mismos prefieren aprender, pero en vez de eso deben enfocarse en el estilo preferido del aprendiz. ¿Tú enseñas en la misma forma en que te enseñaron? ¿Te ves a ti mismo como el experto, o como el facilitador? Los buenos maestros buscan mejorar sus estilos a través de la autoevaluación y se adaptan a los estilos de sus estudiantes.¹⁷

Los educadores Costa y Kallick¹⁸ promueven el uso de “16 hábitos de la mente” (recuadro 10-1). Estos hábitos pueden ser usados por los maestros y los aprendices para ayudar a la resolución de problemas y al comportamiento orientado a los resultados. Fomentar estos hábitos en los pacientes con estados de enfermedad crónica puede ser una eficaz herramienta orientada a la acción.



El abordaje centrado en el aprendiz fomenta el aprendizaje activo.

1. Persistir.
2. Manejar la impulsividad.
3. Escuchar con comprensión y empatía.
4. Pensar con flexibilidad.
5. Pensar acerca del pensamiento (metacognición).
6. Buscar la exactitud.
7. Preguntar y plantear problemas.
8. Aplicar el conocimiento pasado a nuevas situaciones.
9. Pensar y comunicar con claridad y precisión.
10. Reunir datos a través de todos los sentidos.
11. Crear, imaginar e innovar.
12. Responder con maravilla y asombro.
13. Tomar riesgos responsables.
14. Tener sentido del humor.
15. Pensar en forma independiente.
16. Permanecer abierto al aprendizaje continuo.

Recuadro 10-1 ■ Hábitos de la mente.

De Costa A, Kallick B. *Learning and Leading with Habits of Mind: 16 Essential Characteristics for Success*. Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development; 2008.

Difusión de las innovaciones

La teoría de la difusión de innovaciones es importante en el gran entorno social de la comunidad donde la gente puede, por ejemplo, confiar en los medios masivos e internet como fuente de información. Esta teoría aborda la manera en que las nuevas ideas y prácticas se comunican y difunden a los miembros del sistema social, en formas que pueden ser planeadas o espontáneas. El proceso por el cual los adultos adoptan nuevas ideas y prácticas, como patrones de alimentación saludable, involucra cinco etapas en el proceso innovación-decisión:¹⁹

1. *Conocimiento de la innovación.* La persona toma conciencia de una nueva idea, práctica o procedimiento.
2. *Persuasión.* La persona se forma una actitud favorable o desfavorable hacia la innovación, con base en sus características percibidas.
3. *Decisión de adoptar o rechazar.* La persona participa en actividades que conducen a una elección de adoptar o rechazar la innovación, basada en pruebas.
4. *Implementación de la nueva idea.* La persona la pone en uso.

- i. *Confirmación de la decisión.* La persona busca reforzamiento de la decisión que ha tomado y la evalúa con el tiempo.

La respuesta del individuo a las etiquetas de información nutrimental, por ejemplo, y la guía de alimentación de *USDA MyPlate* requieren que progrese a través de una serie de pasos que van del conocimiento de su existencia, a formarse un punto de vista sobre ellos como fuentes de información, a decidir adoptar o rechazar su uso, a implementarlos y utilizarlos, a la confirmación de que continuará empleándolos. La educación nutricional y del empleado están incompletas hasta que se llega a la etapa 5. La gente aprende solo cuando quiere aprender y adopta nuevos comportamientos para satisfacer necesidades básicas de supervivencia o para lograr alguna meta personal.

Las características de la innovación tienen influencia en si alguien es persuadido o no en la etapa 2. Las innovaciones se adoptan con más rapidez si proveen una ventaja relativa sobre las prácticas actuales; si son compatibles con las actuales creencias, valores, hábitos y prácticas; si son simples (grado de complejidad) de entender y usar; si pueden ser probadas (susceptibles de probarse); y si los resultados pueden observarse (susceptibles de ser observados).¹⁹ Puede ser poco realista esperar que los nuevos comportamientos sean adoptados a partir de sesiones educativas a corto plazo. La intervención a corto plazo debe estar dirigida al logro de una o dos metas de cambio y no a un cambio total. La importancia de una autoimagen y “autoperspectiva” positivas ha sido revisada en la literatura.¹



ANÁLISIS DEL CASO 6

Elabora documentación escrita para tu sesión con este paciente. Incorpora el modelo del proceso de cuidado nutricional según corresponda.

La tecnología como herramienta de aprendizaje

Con las nuevas oportunidades para los profesionales y consumidores de utilizar diversas formas de tecnología, como teléfonos inteligentes y tabletas, es importante examinar su papel como herramientas de aprendizaje. Quintana y colegas creen que el uso de la tecnología debe estar centrado en el aprendiz y permitir una interacción entre estudiantes y maestros.²⁰ El uso de una técnica de “marco de referencia de andamiaje” en el diseño de las aplicaciones de software incluye un abordaje en tres capas para facilitar el aprendizaje. El software debe permitir que el aprendiz participe en (1) la comprensión del sentido, (2) el manejo del proceso y (3) la reflexión y articulación.²¹





¿Cuál es tu experiencia usando la

10

CAPÍTULO

aje?

Resumen

La educación efectiva se basa en la teoría. Ninguna teoría o modelo educacional facilitará el aprendizaje y el cambio conductual en todas las personas; más bien existe una oportunidad para adaptar estas teorías a las circunstancias individuales. Este capítulo se centra en diversas teorías que buscan explicar la forma en que la gente aprende, incluyendo teorías conductuales, cognitivo-sociales y cognitivas. Estas teorías y otros temas explorados en este capítulo, tales como andragogía, difusión de las innovaciones, la tecnología como una ayuda para el aprendizaje, estilos de aprendizaje y enseñanza, y transferencia del aprendizaje a nuevas situaciones, proveen a los nutricionistas una variedad de abordajes para usarlos al trabajar con sus pacientes y su personal. Una sección sobre la memoria discute la forma en que la gente recuerda la nueva información.

Revisión y preguntas

1. Compara y contrasta las teorías de aprendizaje conductual y cognitiva en términos de lo que es aprendido, el papel del reforzamiento, las

- implicaciones de su uso y las audiencias más apropiadas.
2. Diferencia entre los cuatro tipos de consecuencias y su efecto en los comportamientos.
 3. ¿Qué efecto tiene el momento del reforzamiento?
 4. ¿Cómo puedes alentar la persistencia en el comportamiento de un empleado o un paciente?
 5. ¿Qué es modelado?
 6. ¿Puedes recordar hoy cualquier cosa que aprendiste ayer?
 7. ¿Qué hace que te sea fácil aprender y recordar la información?
 8. ¿Qué estrategias mejoran la memoria a largo plazo?
 9. ¿Cómo difieren los adultos de los niños como aprendices?
 10. ¿Qué pasos están involucrados en la adopción de las innovaciones?
 11. ¿Qué significan los términos estilos de aprendizaje y estilos de enseñanza?

Actividades sugeridas

1. Relaciona estos tipos de consecuencias con los ejemplos A a C (abajo):
_____ reforzamiento positivo
_____ reforzamiento negativo
_____ castigo
A. “Con la dieta que sigue, no debería comer pollo frito y papas a la francesa”.
B. “Los empleados que aprendieron los nuevos procedimientos esta tarde no tienen que llevarse ningún trabajo a casa para estudiar en la noche”.
C. “Felicitaciones por su éxito. Estoy orgulloso de usted”.
2. La extinción ocurre como resultado de lo siguiente:
A. No recompensar una respuesta.
B. Castigar una respuesta.
3. De acuerdo con la teoría cognitiva de aprendizaje, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?
A. Aprender implica hacer asociaciones arbitrarias.
B. Aprender implica que la información específica sea organizada en categorías más generalizadas.
C. Aprender implica observar y tomar modelos.
4. Los educadores cognitivos sostienen que:
A. La nueva información y conocimiento deben presentarse en una forma organizada que tome en cuenta el conocimiento previo.
B. El nuevo conocimiento e información deben presentarse por separado del conocimiento previo.
C. No importa cómo se presente un nuevo conocimiento, siempre que se den recompensas.
5. Discutan en grupos pequeños los ejemplos de las experiencias de cada persona con el reforzamiento positivo, el reforzamiento negativo, el castigo y la extinción.
6. Discutan en grupos las técnicas o métodos que usan los individuos para mejorar sus recuerdos de nueva información.
7. Discutan en grupos los diversos estilos y entornos de aprendizaje que la gente prefiere para aprender.
8. Haz un juego de roles con un compañero. Una persona actúa como el profesional y la otra asume el papel del paciente. Utiliza la teoría de la difusión de las innovaciones para una sesión educativa sobre lectura de etiquetas.



Planeación del aprendizaje



Objetivos

- Diferenciar entre enseñanza y aprendizaje.
- Describir los pasos necesarios para planear sesiones educativas eficaces.
- Discutir el proceso de desarrollo de objetivos de desempeño.
- Escribir objetivos de desempeño utilizando los tres componentes de Mager.
- Comparar los tres dominios del aprendizaje y escribir objetivos.





Paul Fisher es responsable del programa de almuerzos escolares en una gran secundaria urbana de más de 3 000 estudiantes. En los primeros 6 meses en el trabajo, notó que algunos estudiantes no consumían una alimentación equilibrada y descartaban porciones de sus almuerzos, lo que hacía que la comida se desperdiciara.

Antes de planear una educación nutricional, él decide identificar qué puede estar influenciando a los alumnos a elegir alimentos menos saludables.

Si no estás seguro a dónde vas, es probable que termines en otro lugar.

—Robert Mager

Introducción

Los nutricionistas deben ser capaces de planear experiencias de aprendizaje eficaces. A escala global, los programas de educación superior acreditados incluyen competencias con el fin de preparar a los futuros nutricionistas para su papel en la educación nutricional, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Estas incluyen la capacidad de planear y proveer escenarios de aprendizaje profesionales verbales y escritos utilizando la tecnología de la información actual, al tiempo que integran las teorías apropiadas sobre educación planeada y cambio conductual para facilitar la aplicación del conocimiento y las habilidades. Enseñar es una gran responsabilidad en la mayor parte de las áreas de la nutrición, incluyendo la práctica clínica, comunitaria, educativa, de consulta, de gestión y privada.^{1,2} Las instalaciones del cuidado de la salud acreditadas por la Joint Commission, el órgano acreditador del cuidado de la salud más grande de Estados Unidos, deben proveer al paciente, a su familia o seres queridos con educación específica para sus necesidades, junto con una documentación del expediente médico.³

La meta principal de la enseñanza es promover el aprendizaje. Las actividades de aprendizaje ocurren en escenarios individuales y de grupo. Los sitios de aprendizaje comprenden una amplia variedad de escenarios formales e informales, que pueden incluir hospitalarios o ambulatorios, cuidados agudos o a largo plazo, vida asistida y cuidado doméstico, programas gubernamentales y de salud pública, y ferias de salud y eventos comunitarios. Otros escenarios pueden incluir universidades, sitios de trabajo, escuelas, clubes de salud, supermercados, promoción del bienestar, internet y otros medios.

La audiencia del aprendizaje comprende una amplia variedad de aprendices, que pueden ser pacientes, clientes, empleados, padres, cuidadores y miembros de la familia, médicos y enfermeras, estudiantes, internos y residentes, maestros, practicantes, terapeutas, personal del departamento de salud, deportistas, consumidores, personal del servicio de comidas y público en general.³

Los gerentes proveen aprendizaje para sus empleados a través de la capacitación,

la educación continua y el desarrollo del personal. La orientación de recursos humanos permite a los empleados conocer sus responsabilidades de trabajo. El desempeño en el trabajo de un empleado debe cumplir con los estándares aceptables en la organización y requiere de una actualización periódica de conocimientos y habilidades. Es responsabilidad del gerente asegurar que las necesidades de capacitación se reconozcan y se cumplan. El hecho de que un empleado sepa los procedimientos apropiados, pero no siempre los siga, es una indicación de la dificultad de hacer que una persona cambie.⁴

Los educadores de la nutrición enseñan a los pacientes acerca de la nutrición saludable y las estrategias preventivas de salud, así como las modificaciones alimentarias necesarias para problemas médicos como la enfermedad cardiovascular y la diabetes. Un día un educador puede estarle enseñando a un hombre de 50 años sobre los ácidos grasos y el colesterol en los alimentos, al día siguiente enseñará a una embarazada de 18 años acerca de la nutrición prenatal, y al siguiente ilustrará a un atleta acerca de las necesidades nutricionales antes, durante y después del ejercicio. La educación nutricional no puede mejorar la salud de una persona a menos que los resultados influyan en la compra y consumo de alimentos y bebidas y cambien los comportamientos alimentarios.

Los términos *enseñanza* y *aprendizaje* tienen significados diferentes. Algunas personas tienen la noción equivocada de que si enseñan algo, la audiencia o el individuo lo aprenden de forma automática y lo transferirán a las situaciones apropiadas. Un educador puede explicarle a una embarazada la guía alimentaria *ChooseMyPlate* del United States Department of Agriculture (USDA), hablarle acerca de por qué es importante usarla en la planeación de menús y darle folletos. Un aprendiz pasivo puede no participar en el aprendizaje. Los individuos pueden no ser capaces de conectar el contenido del proceso de aprendizaje, porque no incluye sus propias elecciones alimentarias o planeación de menús. El conocimiento por sí mismo no puede garantizar un cambio en las elecciones alimentarias.

Enseñar información basada en hechos no debe confundirse con educación. El término *enseñanza* sugiere que el educador valore la necesidad del conocimiento y el uso de técnicas para transferir ese conocimiento a otra persona. *Educación* es el proceso de impartir o adquirir conocimiento o habilidades en el contexto de la matriz total de vida de una persona. La educación debe auxiliar a la gente a lidiar con sus problemas y retos adaptándolos a las circunstancias.

La enseñanza se refiere al proceso cognitivo por el cual la gente adquiere y almacena conocimiento, actitudes o capacidades y cambia su comportamiento debido a una experiencia educacional. El cambio en el comportamiento puede estar relacionado con el conocimiento, las actitudes, las creencias, los valores, las capacidades o el desempeño.^{5,6}

En el [capítulo 10](#) se cubren los principios y teorías de aprendizaje. El propósito de este capítulo es explorar el proceso de la planeación del aprendizaje como un modelo o marco de referencia para promover una educación eficaz.

Entorno para la enseñanza y el aprendizaje

Un entorno educacional tiene dos componentes: el entorno psicológico y el entorno físico. Ambos son importantes para mejorar la enseñanza y el aprendizaje.

Entorno psicológico

El clima psicológico para el aprendizaje es importante. Un entorno amigable y de apoyo, tolerante hacia los errores y respeto por el individuo y las diferencias culturales hace que la gente se sienta segura y bienvenida. La apertura y el propiciar las preguntas crean un clima para el aprendizaje. Dirígete a los aprendices por sus nombres y muestra respeto por sus opiniones.

En la enseñanza y aprendizaje de grupo, se debe alentar a los participantes a presentarse a sí mismos y a conocerse entre ellos en la primera sesión. Esto promueve la sinergia experimentada por la cohorte de aprendices. Debe promoverse la colaboración y la asistencia mutua. Para fomentar el aprendizaje, la competencia debe minimizarse para reducir los sentimientos de ansiedad. El educador que crea este entorno informal, afectuoso y de apoyo para los aprendices adultos puede obtener mejores resultados que uno que crea un entorno formal y autoritario. Muchos adultos pueden no haber experimentado una situación de aprendizaje formal fuera de su educación básica en el salón de clases.⁷⁻¹⁰

Entorno físico

El entorno físico debe proveer la temperatura adecuada, buena iluminación, ventilación y asientos confortables para crear las condiciones que promueven el aprendizaje en vez de inhibirlo. El ruido de gente hablando o del escenario de enseñanza puede distraer o interferir con la atención del estudiante. Todos deben poder verse y oírse. *Facilita* la interacción sentando a los grupos en círculo o alrededor de una mesa donde todo el mundo tenga contacto visual. *Evita* sentar a la gente en hileras donde todo lo que ven es la cabeza de la persona delante de ellos.¹¹

Pasos para una educación eficaz

Los esfuerzos educativos exitosos que satisfacen las necesidades del aprendiz adulto pueden incluir varios pasos interactivos. Los siguientes siete pasos comprenden un marco de referencia o modelo para la planeación, implementación y evaluación del aprendizaje:

1. Valorar las necesidades de aprendizaje del individuo o de grupo (prevaloración).
2. Escribir objetivos de desempeño que sean medibles y viables y que puedan ser logrados en un periodo establecido de tiempo, considerando los dominios de

aprendizaje.

3. Determinar el contenido educacional con base en la valoración del aprendiz y los objetivos de desempeño.
4. Seleccionar los métodos, técnicas, materiales y recursos apropiados para los objetivos y el individuo o grupo.
5. Implementar las experiencias de aprendizaje (intervención) y brindar oportunidades para que la persona practique la nueva información.
6. Evaluar el progreso y los resultados desempeñados en forma continua y en intervalos establecidos, incluyendo la revaloración de las necesidades de aprendizaje (postevaluación).
7. Documentar los resultados de la educación.

Los primeros tres pasos (1-3) de la planeación del aprendizaje se presentan en este capítulo: (1) valoración de las necesidades del aprendiz, (2) objetivos de desempeño y (3) determinación del contenido. En el [capítulo 12](#) se exploran los cuatro pasos restantes (4-7) de la implementación y evaluación del aprendizaje.



ANÁLISIS DEL CASO 1

Menciona algunos métodos iniciales para dirigir la planeación y el establecimiento de metas y objetivos.

Valoración de necesidades

El primer paso en la educación es llevar a cabo una prevaloración o valoración de necesidades con el paciente o el empleado. La prevaloración es una evaluación diagnóstica realizada mediante la recolección de datos antes de la instrucción, para establecer un punto de partida. Sirve para clasificar a la gente con respecto a su conocimiento, habilidades, capacidades, aptitudes, intereses, personalidad, nivel educativo, grado de alfabetismo, edad, género, ocupación, cultura, estilo de vida, problema de salud y disposición psicológica para aprender (etapa de cambio). Cada persona es única.



La valoración de necesidades compara lo que una persona sabe con lo que necesita saber.

Fuente: US Department of Agriculture.

La necesidad de aprender es la brecha entre lo que la gente sabe y lo que debería saber. Esta brecha puede representar también la diferencia entre las expectativas de la forma en que los empleados deberían desempeñarse comparado con la forma en que funcionan o se desempeñan en la actualidad.

$$\begin{array}{ccccc} \text{Conocimiento,} & & \text{Conocimiento,} & & \text{Necesidad} \\ \text{habilidad, actitud o} & - & \text{habilidad, actitud} & = & \text{de} \\ \text{desempeño deseados} & & \text{o desempeño actuales} & & \text{aprender} \end{array}$$

La meta es valorar el nivel de conocimiento y experiencia actuales para identificar el nivel de inicio del contenido de aprendizaje. Por ejemplo, el educador que aconseja a un paciente con diabetes a largo plazo que sabe cómo contar los hidratos de carbono, comenzará el proceso de aprendizaje en un nivel más avanzado que con un paciente recién diagnosticado. Es esencial determinar con antelación cuánto sabe la persona, porque repetir la información conocida hará que todo el mundo pierda tiempo y puede llevar al aburrimiento o a la falta de atención por parte del aprendiz.

La base de la planeación educacional es la prevaloración de las necesidades del paciente o del empleado equilibrándolas con lo que ya saben o hacen. Los datos de la prevaloración a menudo son una compilación de múltiples fuentes que pueden incluir actividades como entrevistas orales o revisión de registros. La conversación inicial valora las habilidades intelectuales y de lectura del aprendiz para entender la instrucción.

La línea de cuestionamiento debe basarse en lo que la persona necesita o quisiera

saber. Es importante hacer varias preguntas dirigidas a la autovaloración del aprendiz y a la perspectiva objetiva del educador acerca de su conocimiento.

EJEMPLO “¿Ha implementado antes un plan de alimentación especial?”.

“¿Qué alimentos son buenas fuentes de potasio?”.

“¿Cuál es la relación entre su alimentación y su salud?”.

“¿Ha utilizado antes una rebanadora de carnes?”.

“Por favor muéstreme cómo ponía las mesas en el restaurante donde trabajó antes”.

La prevaloración psicológica también es necesaria para entender las actitudes del paciente o del empleado acerca de la salud y la nutrición, su disposición para cambiar, su motivación, su disposición para aprender, que influyen en su comportamiento. Se piensa que las actitudes son predisposiciones para la acción y el cambio. A pesar de nuestros esfuerzos, a menudo la gente no hace los cambios recomendados por los profesionales de la salud. Los problemas pueden no ser causados por déficits de conocimiento, sino que la causa y la solución pueden estar en el dominio afectivo o en las actitudes, valores y creencias del individuo.^{11,12}

Los comportamientos alimentarios son resultado de muchas motivaciones, y contar con información nutricional no necesariamente significa que serán aplicados a mejores elecciones alimentarias. La motivación puede mejorar el aprendizaje y el cambio conductual, así como ser consecuencia de ellos. Las recompensas extrínsecas, tales como el reforzamiento positivo o los elogios de sus pares, una promoción o aumento de sueldo para un empleado, o un incentivo monetario por participar, pueden influir en el aprendizaje. Las recompensas intrínsecas para los adultos pueden ser más adecuadas a su interés por aprender. Los adultos tienden a ser aprendices muy pragmáticos que desean información práctica que los lleve al conocimiento o la habilidad de cómo hacer algo que *ellos* consideran importante y valioso. El educador debe identificar el entorno, actitudes, valores y necesidades del aprendiz antes de dar la instrucción.

Por ejemplo, un paciente hospitalizado que acaba de enterarse de un diagnóstico confirmado de enfermedad crónica tiende a estar más enfocado en sí mismo que en el conocimiento. El paciente puede estar pensando: “¿Por qué yo?”, “¿Qué hice para merecer esto?”, “¿Cómo afectará mi trabajo? ¿Mi estilo de vida? ¿Mi matrimonio?”. Es más probable que el paciente tenga una necesidad de información nutricional a largo plazo y no inmediata. Un nuevo empleado puede sentir altos niveles de ansiedad que pueden interferir con el aprendizaje durante los primeros días en el trabajo. La ansiedad puede surgir cada vez que un superior capacita a un subordinado: “¿Qué piensa este supervisor de mí?”. “Me veré muy tonto si no entiendo, así que mejor finjo que sí entiendo”. Cada uno de estos sentimientos construye barreras al aprendizaje que deben ser reorganizadas, reducidas o eliminadas antes de la enseñanza.¹³⁻¹⁵

En situaciones más formales, se puede crear y administrar un cuestionario o prueba de prevaloración para medir la brecha de conocimiento. Los resultados

preliminares se comparan con los resultados posteriores a la prueba después de que la instrucción ha sido completada. La prevaloración es más necesaria cuando el educador no está familiarizado con el conocimiento, la capacidad y los valores del aprendiz. También se puede usar un cuestionario de una encuesta, un grupo de enfoque o una encuesta de entrevista telefónica.¹⁶⁻¹⁹

En el sitio de trabajo, los programas de capacitación y desarrollo están planeados para satisfacer los puntos de referencia actuales y futuros de la organización. La capacitación provee habilidades específicas bajo la guía del personal establecido para que los empleados cumplan con los estándares de calidad aceptables para la organización o como lo ordena la acreditación. La capacitación continua es un requisito para empleados nuevos y actuales que aceptan nuevas responsabilidades, como después de una promoción o transferencia.

La valoración de las necesidades de capacitación es la brecha entre el desempeño actual y el deseado: “¿Cuáles son los conocimientos, habilidades, capacidades y actitudes que los empleados necesitan para desempeñar sus trabajos con éxito?”. Los datos de la valoración pueden ser recabados observando el trabajo en forma directa, mediante las entrevistas estructuradas de los gerentes o empleados acerca de las necesidades y problemas, viendo lo que se realiza en forma correcta y en especial lo que no, examinando los reportes (accidentes, incidentes, quejas, rotación, productividad y control de calidad y aseguramiento), y administrando encuestas de actitud entre los empleados. Esta valoración trata con los fines, no los medios para lograr los fines, que serán determinados después en el proceso de planeación.¹²



ANÁLISIS DEL CASO 2

¿Qué abordajes puede considerar el Sr. Fisher para valorar las razones por las cuales los alumnos de secundaria no están alimentándose en forma nutritiva? ¿Qué información debe recabar?

Desarrollo de los objetivos de desempeño

Desarrollar los objetivos de desempeño significa escribir afirmaciones precisas acerca de lo que será aprendido. Definen el propósito de la instrucción y son herramientas útiles en la planeación, implementación y evaluación del aprendizaje. El educador debe decidir lo que será aprendido antes de elegir los métodos, técnicas y herramientas óptimos para lograrlo. El término *objetivos de desempeño* se utiliza en este capítulo, pero la literatura educacional usa también los términos *objetivos conductuales* y *objetivos medibles* en forma indistinta.

Un objetivo de desempeño bien formulado comunica el resultado que se pretende obtener con la instrucción para el aprendiz. Especifica el comportamiento deseado o el nivel de competencia a ser alcanzado después de terminar la instrucción. Escribir los objetivos de desempeño tiene muchas ventajas. Reduce la ambigüedad con

respecto a lo que será aprendido. Además, los objetivos de desempeño claros hacen posible diseñar e implementar la instrucción, seleccionar los materiales educativos apropiados y valorar o evaluar si los objetivos se logran o no. El maestro y el estudiante se benefician de tener instrucciones claras. Cuando la gente sabe lo que debe aprender, esto no le causa sorpresa. No se les debe tener adivinando lo que aprenderán o lo que es importante.

Los objetivos deben enfocarse en el aprendizaje de la persona, no en el educador. El siguiente objetivo está mal formulado: “El nutricionista enseñará al paciente con respecto a su alimentación”. Observa que esta afirmación se enfoca en lo que hará el profesional y no en lo que hará el paciente o aprendiz. Se prefiere el siguiente porque se enfoca en el paciente: “Después de la instrucción [cuando], el paciente [quién] será capaz de planear menús apropiados usando un plan de alimentación restringido en sodio como referencia [qué]”.

Mager elaboró una de las guías más útiles para escribir los objetivos de desempeño.²⁰ Una clave para escribir objetivos de desempeño medibles es la selección del verbo que describe el resultado deseado. Algunos verbos son vagos y sujetos a una mala interpretación, como en los siguientes objetivos:



Se debe crear un entorno que propicie el aprendizaje.

Fuente: US Department of Agriculture.

- Conocer (es capaz de conocer qué alimentos contienen potasio).
- Entender (es capaz de entender que los alimentos ricos en potasio deben consumirse a diario cuando se prescriben ciertos medicamentos).
- Apreciar (es capaz de apreciar la importancia de seguir las instrucciones alimentarias).

Al usar “conocer”, no queda claro si significa que el paciente comprará alimentos ricos en potasio, será capaz de decirle a un amigo qué alimentos son ricos en potasio o reconocerlos en una lista. “Entender” puede significar ser capaz de recordar

razones, ser capaz de leer un artículo o de aplicar el conocimiento a una situación propia. Los significados de “conocer”, “entender” y “apreciar” son vagos y poco claros.

En vez de eso, escoge verbos que describan lo que la persona será capaz de hacer *después* de haber aprendido. Nota que se entiende que la frase “después del aprendizaje [cuándo], el individuo [quién] será capaz de [hacer qué]” precede a la frase porque se está describiendo lo que la persona será capaz de hacer. Otro método implica comenzar con el verbo de acción. Los primeros dos ejemplos se reformulan a partir de los objetivos poco satisfactorios de la lista previa. Los mejores verbos se resumen en el [recuadro 11-1](#) e incluyen los siguientes:

- Recordar (es capaz de nombrar cinco buenas fuentes alimentarias de potasio).
- Explicar (es capaz de explicar por qué deben consumirse alimentos ricos en potasio).
- Escribir (es capaz de hacer una lista de los grupos de *ChooseMyPlate*).
- Comparar (es capaz de comparar las necesidades de nutrimentos de una mujer adulta con las de una embarazada).
- Identificar (es capaz de identificar los alimentos permitidos en el menú).
- Resolver o usar (es capaz de planear menús que incluyan cinco porciones de frutas y verduras a diario).
- Demostrar (es capaz de demostrar el uso de la mezcladora o es capaz de elegir alimentos bajos en grasas en la tienda).
- Operar (es capaz de rebanar carne en la rebanadora).

Mager notó que hay tres características que mejoran los objetivos escritos: (1) desempeño, (2) condiciones y (3) criterio. El *desempeño* indica lo que el aprendiz será capaz de hacer después de recibir la instrucción. La segunda característica describe bajo qué *condiciones* ocurrirá el desempeño. Por último, el *criterio* indica qué tan bueno debe ser el desempeño individual para ser aceptable. En la [tabla 11-1](#) se resume el sistema de tres partes para escribir objetivos. Las condiciones y el criterio pueden no estar incluidos en todos los objetivos. En general, la información detallada es importante. Mientras más pueda ser especificado, mejor será el objetivo y habrá más probabilidades de que el aprendiz aprenda lo que se había planeado.²⁰



ANÁLISIS DEL CASO 3

¿Qué posibles problemas nutricionales piensas que el Sr. Fisher pueda haber identificado de lo que has observado y recabado?

Verbos a usar		
Analizar Aplicar Calcular Citar Clasificar Comparar Completar Construir Contrastar Definir Demostrar Describir Discutir	Distinguir Enlistar Ensamblar Escribir Establecer Evaluar Explicar Identificar Ilustrar Interpretar Medir Nombrar Operar	Planear Practicar Preparar Producir Recitar Recomendar Reconocer Recordar Reparar Resolver Resumir Seleccionar Utilizar
Verbos ambiguos a evitar		
Aprender Apreciar Captar Comprender	Conocer Creer Discernir Entender	Esperar Gustar Realizar Sentir

Recuadro 11-1 ■ Verbos que describen el desempeño.

Parte	Pregunta	Ejemplo del paciente	Ejemplo del empleado
Comportamiento del aprendiz	¿Hacer qué?	Planea un menú para un día.	Mide el desinfectante en una cubeta.
Condiciones	¿Bajo qué condiciones?	Dada una lista de alimentos permitidos.	Cuando limpia el área de trabajo.
Criterio	¿Qué tan bien?	Sin errores.	Usando la cantidad concentrada exacta recomendada.

Tabla 11-1 ■ El sistema de tres partes para los objetivos de Mager: ejemplos para el paciente y el empleado.

Componente del desempeño

El componente del desempeño de un objetivo describe la actividad que el individuo realizará. El desempeño puede ser visible o invisible. Un desempeño abierto o visible puede ser visto o escuchado, como mencionar, describir, explicar u operar un equipo. Un desempeño cubierto o invisible requiere que se pida al individuo que haga algo

visible o audible para determinar si el objetivo ha sido satisfecho y el aprendizaje ha tenido lugar. Un desempeño invisible, un “comportamiento indicador” se añade al objetivo:

- Es capaz de identificar las partes de la rebanadora de carnes (en un diagrama o en forma verbal).
- Es capaz de planear el menú del día con base en *ChooseMyPlate*.

Identificar es invisible hasta que se pide al aprendiz que identifique las partes de un diagrama o las enumere en forma verbal, los cuales son comportamientos indicadores. Se debe establecer la intención principal o desempeño usando un verbo activo y debe añadirse un indicador si el desempeño no puede verse ni oírse.

Componente de condiciones

Una vez que el desempeño ha sido establecido con claridad, puede ser necesario establecer si hay circunstancias específicas o condiciones bajo las cuales se observará el desempeño. Las condiciones describen el escenario, equipo o ayudas asociadas con el comportamiento. ¿De qué recursos dispondrá el individuo? ¿Cuáles no se le proveerán? Las condiciones están en paréntesis en los siguientes ejemplos:

- (Dadas las partes desarmadas de una rebanadora de carnes) es capaz de volver a armarlas en la secuencia correcta.
- (Dado un menú estándar) es capaz de calcular los hidratos de carbono apropiados en los alimentos.
- (Dada una lista de alimentos, incluyendo buenas y malas fuentes de potasio) es capaz de identificar las fuentes buenas.
- (Dado un menú estándar) es capaz de seleccionar los alimentos bajos en sodio para un día completo.
- (Sin mirar la forma de instrucción alimentaria) es capaz de describir un menú apropiado para la cena.
- (Sin la ayuda del nutricionista) es capaz de explicar los alimentos que una embarazada debe consumir a diario.

Aunque no todos los objetivos tienen condiciones, debe haber información suficiente para poner en claro qué desempeño exacto se espera.

Componente de criterio

Puede añadirse un criterio una vez que se describen el desempeño final y las condiciones, si las hay, bajo las cuales será observado. El criterio describe el nivel de logro, midiendo qué tan bien debe desempeñarse el individuo. Los posibles estándares para medir el desempeño incluyen velocidad, exactitud, calidad y porcentaje de respuestas correctas.²¹ Puede usarse un límite de tiempo para describir el criterio de velocidad. Los siguientes son algunos ejemplos:

- Puede poner una mesa (en 8 minutos o menos).
- Puede reensamblar la rebanadora de carnes (en 5 minutos o menos).
- Puede completar una historia dietética (en 20 minutos).

Para los objetivos que requieren del desarrollo de una habilidad durante un periodo específico, debe determinarse cuánto tiempo es razonable en el periodo inicial de aprendizaje en oposición al tiempo en que la habilidad ha sido bien desarrollada. No se puede esperar que un nuevo empleado realice una tarea tan rápido como una persona experimentada.

Cuando se espera que la persona se desempeñe con un grado de exactitud, hay que incluir esto en el objetivo. La exactitud debe comunicar qué tan bien necesita desempeñarse la persona para que dicho desempeño sea considerado competente. Algunos ejemplos:

- Es capaz de poner cinco mesas (sin errores).
- Es capaz de identificar las buenas fuentes de potasio (con 80% de exactitud) cuando se le da una lista de alimentos que incluyen buenas y malas fuentes.
- Es capaz de planear un menú para un día completo (sin errores) cuando se le da una copia de un plan de alimentación restringido en sodio.
- Es capaz de calcular los hidratos de carbono en un régimen diabético (dentro de un rango de 5 g).

Los objetivos de desempeño deben incluir también un indicador de calidad, para valorar qué constituye un desempeño aceptable. Es más fácil comunicar calidad cuando hay estándares objetivos disponibles para el individuo y el nutricionista. Entonces puede determinarse cualquier desviación aceptable de los estándares. Los siguientes son ejemplos de tales estándares:

- Es capaz de reensamblar la rebanadora de carnes (de acuerdo con los pasos en el análisis de tareas).
- Es capaz de medir la cantidad de desinfectante (de acuerdo con las instrucciones de la etiqueta del envase).
- Es capaz de sustituir alimentos en un menú diabético (utilizando el conteo de hidratos de carbono).
- Es capaz de aprobar el examen de certificación de la Commission on Dietetics Registration (obteniendo o superando la puntuación establecida en los criterios) en Estados Unidos.



ANÁLISIS DEL CASO 4

Usando uno o más de los posibles problemas nutricionales identificados en el ejercicio anterior del análisis del caso, escribe un objetivo de desempeño.

Los objetivos de desempeño son claros y medibles cuando incluyen el

componente esencial del desempeño y los componentes opcionales de condición y criterio para aclarar la cantidad y la calidad.

AUTOEVALUACIÓN 1



Planea varios objetivos de desempeño para pacientes o empleados, incluyendo algunos con condiciones y criterios.

Dominios de aprendizaje

El aprendizaje puede organizarse en dominios, taxonomías o sistemas de clasificación para enfocarse en la precisión de la escritura. Existen tres dominios básicos de objetivos: (1) cognitivo (conocimiento), (2) afectivo (actitudes y valores) y (3) psicomotor (habilidades). Cada uno es una jerarquía que va de lo simple a lo complejo. En la [figura 11-1](#) se muestra su interrelación.

Dominio cognitivo

El dominio cognitivo involucra la adquisición y utilización de conocimiento o información y el desarrollo de habilidades y capacidades intelectuales. Una taxonomía de los objetivos de desempeño educacionales en el dominio cognitivo, publicada por Bloom y colegas,²¹⁻²³ incluye seis niveles principales o categorías y varias subcategorías:

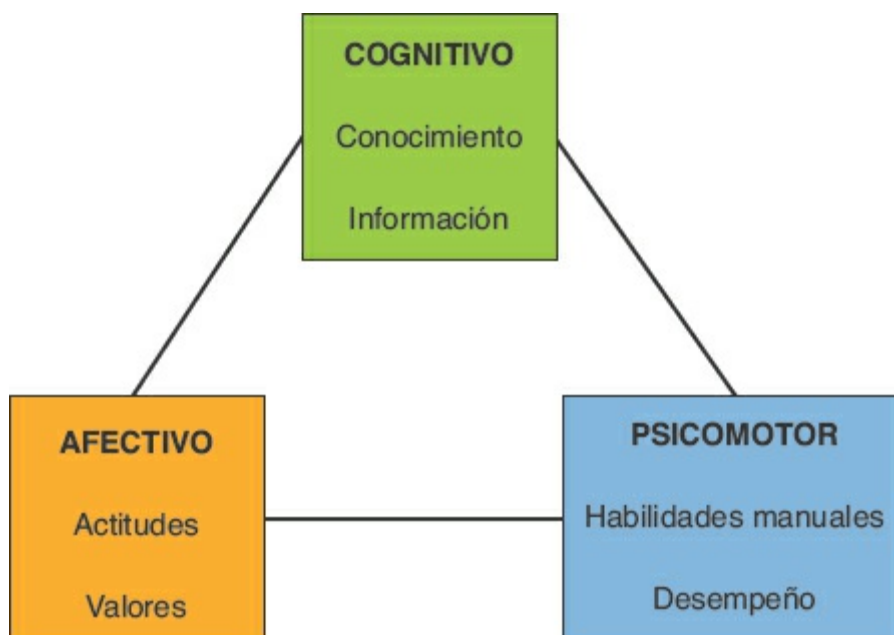


Figura 1-1 ■ La interrelación de los objetivos.

1.0 CONOCIMIENTO

1.1 Conocimiento de los datos específicos

1.2 Conocimiento de las formas y maneras de tratar los datos específicos

1.3 Conocimiento de los datos universales y abstracciones en un campo

2.0 COMPRENSIÓN

2.1 Traducción

2.2 Interpretación

2.3 Extrapolación

3.0 APLICACIÓN

4.0 ANÁLISIS

4.1 Análisis de elementos

4.2 Análisis de relaciones

4.3 Análisis de principios organizacionales

5.0 SÍNTESIS

5.1 Producción de una comunicación única

5.2 Producción de un plan, o conjunto propuesto de operaciones

5.3 Derivación de un conjunto de relaciones abstractas

6.0 EVALUACIÓN

6.1 Juicios en términos de la evidencia interna

6.2 Juicios en términos de los criterios externos

Los niveles o categorías están dispuestos en una jerarquía que va de lo simple a lo complejo, de lo concreto a lo más abstracto. Es probable que los objetivos en cualquier nivel dado sean contruidos sobre los comportamientos del nivel previo. Las subcategorías ayudan a definir mejor los encabezados principales y hacerlos más específicos.

El educador debe pensar más allá de los niveles más simples de conocimiento y esforzarse por escribir objetivos que estén en niveles más altos y complejos. Sin examinar la posibilidad de escribir objetivos de alto nivel, los educadores pueden tender a pensar solo en términos de conocimiento y comprensión, que son los objetivos más fáciles de escribir (y aprender). Entonces se negaría al aprendiz la oportunidad de aplicar el conocimiento o usarlo para resolver problemas y se le reduciría a memorizar los hechos. Por ejemplo, en la educación nutricional, conocer los hechos es algo necesario en el nivel más bajo (conocimiento). Los objetivos de alto nivel incluirían la habilidad de analizar las etiquetas de los alimentos, sintetizar toda la información aprendida para poder compartir el conocimiento y evaluar la información nutrimental para tomar buenas decisiones alimentarias. En el siguiente apartado de los seis niveles de la taxonomía se dan ejemplos de objetivos.

Conocimiento

Situado en el nivel más bajo del dominio cognitivo, el conocimiento implica recordar

información sin tener que entenderla. Esto incluye recordar fragmentos específicos de información, tecnología y hechos tales como fechas, eventos y lugares, secuencias cronológicas, métodos de indagación, tendencias en el tiempo, procesos, sistemas de clasificación, criterios, principios y teorías. En la [tabla 11-2](#) se sugieren los verbos que describen el desempeño en el dominio cognitivo.

EJEMPLO Es capaz de mencionar alimentos ricos en sodio.

Comprensión

El segundo nivel, el de la comprensión, es el nivel más bajo del entendimiento. Implica saber lo que otra persona comunica y ser capaz de usar la información comunicada. El uso de información puede incluir la reformulación o la paráfrasis, la interpretación, el resumen o la reestructuración de la información y la extrapolación o extensión de la información dada para determinar sus implicaciones o consecuencias.

EJEMPLO Es capaz de explicar (en forma verbal o escrita) por qué algunos alimentos no se recomiendan en un plan de alimentación para un paciente con diabetes.

Nivel	Verbos a usar
Conocimiento	Afirma, cita, define, delinea, describe, enlista, etiqueta, identifica, memoriza, nombra, recita, recuerda, relaciona, repite, reproduce, selecciona.
Comprensión	Convierte, da ejemplos, defiende, discute, distingue, estima, explica, generaliza, parafrasea, predice, reconoce, reescribe, resume, selecciona, traduce.
Aplicación	Aplica, calcula, cambia, computa, demuestra, diseña, ensambla, manipula, modifica, muestra, opera, planea, practica, prepara, produce, resuelve, traduce, utiliza.
Análisis	Analiza, busca, compara, delinea, diferencia, discrimina, distingue, estudia, identifica, ilustra, interpreta, investiga, relaciona, resuelve, separa.
Síntesis	Categoriza, clasifica, combina, compila, compone, crea, diagnostica, diseña, ensambla, escribe, explica, formula, genera, maneja, organiza, planea,

	recomienda, reescribe, resume, revisa.
Evaluación	Aprueba, censura, compara, concluye, contrasta, critica, discrimina, evalúa, justifica, juzga, valora.

Tabla 11-2 ■ Verbos que describen el desempeño cognitivo.

Aplicación

En el nivel de la aplicación, la persona es capaz de usar información, principios, conceptos o ideas en situaciones concretas. El conocimiento se entiende lo suficiente como para poder aplicarlo en la resolución de un problema.

EJEMPLO Es capaz de planear un menú restringido en sodio para el día.

Análisis

El análisis implica dividir la información en sus partes para identificar los elementos, la interacción entre elementos y los principios organizativos o estructura. Pueden hacerse relaciones entre las ideas.

EJEMPLO Es capaz de analizar las etiquetas nutricionales de un alimento en busca de su contenido en grasas.

Síntesis

La síntesis requiere el reensamble de los elementos o partes para formar algo nuevo. Tú puedes ensamblar una comunicación verbal o escrita única, un plan de operación o un conjunto de relaciones abstractas para explicar los datos.

EJEMPLO Es capaz de explicar con exactitud el plan de alimentación bajo en colesterol a un amigo.

Evaluación

En el nivel más alto de la taxonomía cognitiva, la evaluación es la capacidad de juzgar el valor de los materiales o métodos en una situación en particular. Tal juicio requiere del uso de criterios, que pueden ser internos, como la exactitud lógica o la consistencia, o externos, como los estándares externos.

EJEMPLO Es capaz de evaluar un artículo sobre nutrición publicado en el periódico.

AUTOEVALUACIÓN 2



Planea diversos objetivos de desempeño en el dominio cognitivo sobre un tema similar.

Dominio afectivo

El dominio afectivo tiene que ver con cambios en las actitudes, sentimientos, valores, creencias, apreciación e intereses. A menudo, el educador quiere que el aprendiz no solo comprenda qué hacer sino también que lo valore, lo acepte y lo considere importante. Las actitudes y creencias sobre la comida se reconocen de manera amplia como determinantes importantes en las elecciones alimentarias de una persona. Queremos que la población valore la buena nutrición y elija alimentos saludables. Cuando la impartición de información no produce un cambio en el comportamiento, la respuesta común es redoblar los esfuerzos por enseñar los hechos y explicar por qué algo debe hacerse. En vez de eso, debe intentarse realizar un examen de las actitudes y valores de la persona.

El dominio afectivo involucra un proceso de internalización de lo menos a lo más comprometido. Categoriza el crecimiento interno que ocurre cuando la gente toma conciencia de, y más tarde adopta, las actitudes y principios que le ayudan a formar los juicios de valor que guían su conducta. Una meta de aprendizaje para una embarazada sería obtener un nivel de conocimiento básico (dominio cognitivo) acerca de los alimentos adecuados a consumir durante el embarazo, pero también valorar el conocimiento de tal manera (dominio afectivo) que consuma alimentos nutritivos y practique la buena nutrición. Nota que un objetivo en un dominio puede tener un componente en otro. Los objetivos cognitivos pueden tener un componente afectivo, y viceversa.

Los objetivos afectivos son más confusos y se resisten a una definición precisa; por lo tanto, la evaluación de su logro es más difícil. El nutricionista puede descubrir que describir los comportamientos afectivos que involucran sentimientos y emociones internos es una tarea formidable, pero son tan importantes como los comportamientos evidentes. Dado que los objetivos afectivos son más difíciles de expresar, la mayoría de los objetivos escritos expresa comportamientos cognitivos.

Krathwohl y colegas²⁴ publicaron una taxonomía de objetivos educacionales en el dominio afectivo. Incluye los cinco niveles principales, con sus subcategorías:

1.0 RECIBIR (PONER ATENCIÓN)

1.1 Conciencia

1.2 Disposición a recibir

1.3 Atención controlada o selecta

2.0 RESPONDER

2.1 Consentimiento para responder

2.2 Disposición para responder

2.3 Satisfacción en la respuesta

3.0 VALORAR

3.1 Aceptación de un valor

3.2 Preferencia por un valor

3.3 Compromiso

4.0 ORGANIZACIÓN

4.1 Conceptualización

4.2 Organización de un sistema de valores

5.0 CARACTERIZACIÓN POR UN VALOR O CONJUNTO DE VALORES

5.1 Conjunto generalizado

5.2 Caracterización

El orden de los niveles describe un proceso mediante el cual un valor progresa de un estado de mera conciencia o percepción a un estado de mayor complejidad, hasta que se vuelve una parte interna de la perspectiva de vida que guía o controla el comportamiento. Esta internalización puede suceder en varios grados e incluir la conformidad y el alto compromiso o la inconformidad. En niveles más altos, el comportamiento puede estar tan enraizado que es inconsciente más que ser una respuesta consciente. Las respuestas pueden producirse en forma consistente en ausencia de autoridades externas y a pesar de las barreras. Así, un paciente puede llegar a seleccionar alimentos saludables o un empleado puede lavarse las manos sin pensar en ello en un nivel consciente. En la [tabla 11-3](#) se sugieren los verbos que describen el desempeño en el dominio afectivo.

Nivel	Verbos a usar
Recibir	Da, describe, elige, escucha, identifica, pregunta, presta atención, responde, selecciona, sigue, utiliza.
Responder	Ayuda, asiste, cumple, conforma, coopera, desempeña, dice, discute, enumera, escribe, lee, participa, practica, presenta, recita, reporta, responde, selecciona.
Valorar	Apoya, comparte, completa, describe, diferencia, explica, imita, justifica, lee, participa, propone, reúne, selecciona, sigue.
Organización	Acepta, altera, arregla, combina, compara,

	defiende, discute, explica, generaliza, identifica, integra, modifica, organiza, prefiere, relaciona, se adhiere, sintetiza.
Caracterización	Actúa, apoya, comunica, cuestiona, defiende, desempeña, discrimina, ejemplifica, exhibe, influye, practica, propone, selecciona, sirve, utiliza, verifica.

Tabla 11-3 ■ Verbos que describen el desempeño afectivo.

Recibir

En el nivel más bajo del dominio afectivo, el aprendiz está dispuesto a recibir ciertos fenómenos o estímulos. Recibir representa una disposición a prestar atención a lo que el maestro presenta. La persona puede moverse de un nivel de conciencia pasivo o mera conciencia a una disposición neutral de tolerar la situación en vez de evitarla, y después a un nivel activo de atención controlada o seleccionada a pesar de las distracciones.

EJEMPLO Es capaz de concentrarse en las instrucciones sobre un régimen diabético.

Responder

El segundo nivel es responder, lo cual indica un deseo por parte del aprendiz de involucrarse, o comprometerse, con un tema o actividad. En el nivel más bajo de respuesta, el paciente o el empleado pueden consentir en forma pasiva, o cuando menos cumplir, en respuesta al nutricionista o el gerente. En un nivel más alto, la disposición a responder o comprometerse en forma voluntaria con una respuesta elegida es evidente. Por último, una sensación de satisfacción o placer en la respuesta implica una internalización por parte del aprendiz.

EJEMPLO Está dispuesto a leer los materiales sobre el plan de alimentación con interés y hace preguntas.

Valorar

En el tercer nivel, valorar, el aprendiz piensa que la información o comportamiento vale la pena. La persona lo valora con base en una evaluación personal. Cuando el valor ha sido internalizado o aceptado poco a poco, el paciente o empleado exhibe un comportamiento consistente con el valor. Cuando algo es valorado, la motivación no

se basa en autoridades externas o en el deseo de obedecer, sino en un compromiso interno. El aprendiz demostrará entonces la aceptación del valor, o compromiso y convicción.

EJEMPLO Es capaz de elegir una comida nutritiva en la cafetería.

Organización

En el nivel de organización, el aprendiz descubre situaciones en las cuales más de un valor es apropiado. Los valores individuales se incorporan a una red total de valores, y en el nivel de conceptualización, la persona relaciona los nuevos valores con los que ya posee. Los nuevos valores deben estar organizados en una relación ordenada con el sistema de valores actual. Tal vez un paciente ha valorado antes el comer lo que quiera. Ahora tiene que aprender un nuevo valor (alimentos diferentes) y cambiar uno antiguo (algunas de sus elecciones alimentarias actuales).

EJEMPLO Es capaz de discutir los planes para realizar elecciones alimentarias distintas y saludables.

Caracterización

El nivel más alto, la caracterización, indica que el aprendiz ha internalizado los valores por el tiempo suficiente como para controlar el comportamiento y actúa en forma consistente con el tiempo. Un conjunto generalizado es una predisposición a actuar o a percibir los eventos en cierta manera. En el nivel más alto de la internalización, las creencias o ideas se integran con una consistencia interna.

EJEMPLO Es capaz de seleccionar solo los alimentos permitidos en el plan de alimentación casi todo el tiempo.

El cambio de comportamiento en el dominio afectivo tiene lugar en forma gradual durante un periodo específico, mientras que el cambio cognitivo ocurre con mayor rapidez. El cambio afectivo puede tomar días, semanas, meses o años en los niveles más altos.

AUTOEVALUACIÓN

3



Planea un objetivo de desempeño para cada nivel en el dominio afectivo, sobre un tema similar.

Dominio psicomotor

El dominio psicomotor implica el desarrollo de habilidades y capacidades físicas. El conocimiento y las actitudes se interrelacionan y puede ser necesario desempeñar tales habilidades. Por ejemplo, una persona no puede conducir un auto u operar una rebanadora de carnes (tareas que requieren habilidades manuales) sin tener algún conocimiento básico del equipo. En la [tabla 11-4](#) se sugieren algunos verbos que describen el desempeño en los diversos niveles del dominio psicomotor. El desempeño de la habilidad física procede en pasos cada vez más complejos. A continuación, presentamos los siete niveles de Simpson y sus subcategorías seleccionadas; existen otros sistemas de categoría del dominio psicomotor similares.^{25,26}

Nivel	Verbos a usar
Percepción	Contempla, observa, percibe, presta atención, reconoce.
Predisposición	Demuestra, posiciona, prepara, siente, toca, utiliza.
Respuesta guiada	Calcula, computa, corta, desempeña, imita, intenta, practica, repite, replica.
Mecanismo	Calibra, ensambla, desempeña, desensambla, lava, limpia, opera, practica, prepara, repara, utiliza.
Respuesta abierta compleja	Cocina, demuestra, desempeña, domina, ejecuta, entrevista.
Adaptación	Adapta, cambia, desarrolla, modifica, organiza, produce, resuelve.
Producción	Instruye, opera, origina, utiliza.

Tabla 11-4 ■ Verbos que describen el desempeño psicomotor.

1.0 PERCEPCIÓN

1.1 Estimulación sensorial

1.1.1 Auditiva

1.1.2 Visual

1.1.3 Táctil

- 1.1.4 Gustativa
- 1.1.5 Olfativa
- 1.1.6 Kinestésica
- 1.2 Selección de claves
- 1.3 Traducción
- 2.0 PREDISPOSICIÓN
 - 2.1 Predisposición mental
 - 2.2 Predisposición física
 - 2.3 Predisposición emocional
- 3.0 RESPUESTA GUIADA
 - 3.1 Imitación
 - 3.2 Prueba y error
- 4.0 MECANISMO
- 5.0 RESPUESTA ABIERTA COMPLEJA
 - 5.1 Resolución de la incertidumbre
 - 5.2 Desempeño automático
- 6.0 ADAPTACIÓN
- 7.0 PRODUCCIÓN

Percepción

El nivel más bajo del dominio psicomotor es la percepción. Implica volverse consciente de los objetos a través de los sentidos: oído, vista, tacto, gusto y olfato y de las sensaciones musculares o activación. El aprendiz debe seleccionar a qué claves responder para realizar una tarea y después traducir de modo mental las señales recibidas para la acción.

EJEMPLO Es capaz de reconocer la necesidad de aprender a usar la rebanadora de carnes.

Predisposición

La predisposición es el segundo nivel y sugiere la disposición para realizar una tarea. Esto puede implicar una disposición mental para comenzar la tarea, disposición física para adoptar la postura corporal correcta para lograrla y la disposición emocional al tener una actitud favorable o disposición para aprender la tarea.

EJEMPLO Es capaz de posicionarse para usar la rebanadora de carnes.

Respuesta guiada

Es el tercer nivel del dominio psicomotor. El profesional o capacitador guía al empleado durante la actividad, enfatizando los componentes individuales de una habilidad más compleja. Las subcategorías incluyen imitación del profesional, prueba y error y retroalimentación hasta que la tarea pueda ser realizada en forma precisa. En este nivel, el desempeño al principio puede ser torpe e imperfecto.



Los objetivos de aprendizaje deben planearse en torno a lo que el empleado debe saber y hacer.

Fuente: US Department of Agriculture.

EJEMPLO Es capaz de practicar los pasos para usar la rebanadora de carnes bajo supervisión.

Mecanismo

El cuarto nivel, el mecanismo, se refiere a la respuesta habitual. En esta etapa, el aprendiz demuestra un grado inicial de eficiencia en el desempeño de la tarea, que proviene de cierta práctica.

EJEMPLO Es capaz de utilizar la rebanadora de carnes en forma adecuada.

Respuesta abierta compleja

Este quinto nivel, la respuesta abierta compleja, sugiere que con el tiempo se ha logrado un cierto nivel de habilidad para realizar la tarea. El trabajo se hace en forma fluida y eficiente, sin errores. Dos de las subcategorías son la resolución de la incertidumbre, en donde la tarea es desempeñada sin titubeos y un desempeño automático. El desempeño se caracteriza por su exactitud, control y velocidad.

EJEMPLO Es capaz de exhibir una habilidad considerable en el uso de la rebanadora de carnes con una variedad de alimentos.

Adaptación y producción

La adaptación requiere de alterar las habilidades manuales en situaciones nuevas pero similares, como adaptar procedimientos para rebanar a una variedad de alimentos en la rebanadora de carnes. El nivel final, la producción, se refiere a la creación de un nuevo acto físico, como rebanar algo que no se ha hecho antes.

El proceso de aprendizaje para conducir un automóvil puede ser útil para la comprensión del dominio psicomotor: responder a la estimulación física y visual, sentirse listo en forma mental y emocional para conducir, aprender a estacionarse en paralelo mediante prueba y error bajo la guía de un instructor, desarrollar un grado de habilidad y por último encender el auto y conducir sin tener que pensar en los pasos. Con el tiempo se desarrolla la habilidad suficiente, así que la persona puede adaptarse con rapidez a nuevas situaciones en el camino y crear nuevas respuestas en forma automática.

AUTOEVALUACIÓN

4



Planea un objetivo de desempeño para cada nivel del dominio psicomotor, en un tema similar.

Determinar el contenido de los planes de aprendizaje

Un examen más cercano de los objetivos de aprendizaje ayuda a identificar el contenido del plan de aprendizaje. Cada objetivo establece lo que el aprendiz será capaz de hacer una vez que termine la instrucción y define el contenido a ser enseñado. La prevaloración puede haber eliminado ciertos objetivos innecesarios; los que quedan se usan en la planeación de contenido.

Usar las taxonomías asegura que los objetivos de aprendizaje se apliquen a las

necesidades de quien aprende. Algunas personas pueden necesitar comenzar en el nivel más bajo de la taxonomía, mientras que otras que ya dominan los objetivos del nivel inferior están listas para los de los niveles superiores. Las taxonomías ayudan al educador a pensar en niveles más altos de conocimiento que puedan ser más apropiados para el aprendiz. También sirven para recordar al educador que existen interrelaciones entre los tres dominios. Aunque los pacientes puedan planear un menú usando sus planes de alimentación, también es importante que piensen que las elecciones alimentarias son lo bastante importantes para su salud como para seguirlas. Los empleados no solo deben conocer los procedimientos de sanitización adecuados, sino que deben también valorarlos si van a realizar procedimientos sanitarios óptimos en forma regular.



ANÁLISIS DEL CASO 5

¿Qué abordajes de la educación nutricional puede intentar el Sr. Fisher con los estudiantes de secundaria que almuerzan en la cafetería? Utilizando el objetivo de desempeño que escribiste, ¿qué dominio o dominios deben usarse en el plan de aprendizaje?

Organización de grupos de aprendizaje

El aprendizaje puede ser individual o en grupos. Estos últimos tienen la ventaja de ahorrar tiempo y dinero y ofrecer oportunidades para que la gente comparta sus experiencias. Los que han tenido éxito en hacer cambios alimentarios pueden modelar comportamientos y compartir información con quienes no lo han tenido. Mientras más compleja sea la información a ser aprendida, mayor será la necesidad de discutirla en grupos. Sin embargo, un empleado experimentado que debe capacitarse en una nueva técnica obtendrá más provecho de un plan de aprendizaje individual que no pierda tiempo en revisar pasos que ya domina.

Incluso cuando un solo aprendiz está involucrado, el educador debe considerar si otros aprendices pueden estar presentes o no. En el asesoramiento y consejería y educación nutricionales, el individuo responsable de comprar los alimentos y preparar las comidas debe estar presente. Cuando se pone a un niño en un plan de alimentación modificado, como uno para paciente con diabetes, por lo general la madre o el cuidador también requieren de instrucción, porque su cooperación es esencial para la adherencia exitosa del menor al tratamiento nutricional y para el manejo de la enfermedad.

La prevaloración debe mostrar las diferencias en los niveles de conocimiento y ayudar a tomar decisiones en grupo. Con frecuencia, todos los nuevos empleados se agrupan para una orientación y capacitación iniciales. Este es un ejemplo de agrupamiento por necesidades de aprendizaje similares más que por edad, nivel educativo, cantidad de experiencia o puesto. Agrupar por contenido general de aprendizaje suele requerir la división en más de un grupo de aprendizaje, con base en

el contenido y aplicación del trabajo de los empleados. Los meseros, por ejemplo, pueden necesitar sesiones en manejo higiénico de platillos y de utensilios, mientras que los cocineros pueden requerir clases de manejo higiénico de alimentos.

Otra consideración es si debe enseñarse a los supervisores en las mismas clases que sus empleados. Una desventaja de tal agrupamiento es que los empleados pueden mostrarse reacios a participar haciendo preguntas en presencia de su superior. Establecer el tamaño del grupo afectará el plan de aprendizaje. Los grupos grandes de 30 a 50 o más disminuirán la capacidad de la participación individual, en comparación con grupos pequeños de 10 a 15 personas.^{11,12,27}

CAPÍTULO

11

Resumen

En este capítulo se analizaron los pasos iniciales de la planeación del aprendizaje. Una vez completada la valoración de las necesidades, deben escribirse los objetivos de desempeño en los dominios cognitivo, afectivo y psicomotor. Deben tomarse decisiones acerca de si el aprendizaje será organizado por individuos o grupos. El contenido de la instrucción se determina a partir del examen de objetivos. Los pasos de la planeación del aprendizaje aumentarán la efectividad del proceso de aprendizaje. En el [capítulo 12](#) se exploran los pasos restantes en el marco de referencia para la educación.

Revisión y preguntas

1. ¿Cómo defines la enseñanza y el aprendizaje?
2. ¿Cuáles son las tres partes de los objetivos de aprendizaje de Mager? ¿Qué pregunta responde cada uno?
3. ¿Cuáles son los tres dominios de los objetivos de aprendizaje? ¿Cuáles son los niveles de cada dominio?
4. ¿Cómo se interrelacionan los objetivos de los tres dominios?
5. ¿Qué temas de entrenamiento serán apropiados para los empleados del servicio de alimentos en los tres dominios? ¿Para los educadores del cuidado de la salud?
6. ¿Cuáles son algunas guías para disponer entornos físicos y psicológicos?
7. ¿Cuáles son los pasos de la educación?
8. ¿Cuáles son las razones para realizar una prevaloración o valoración de las necesidades?

Actividades sugeridas

1. Elabora una lista de preguntas que te plantearías en la prevaloración del conocimiento sobre algún tema que te sea familiar.
2. Escribe tres objetivos de desempeño usando verbos activos para describir el comportamiento.
3. Escribe ejemplos de objetivos de desempeño que contengan condiciones y un criterio.
4. Escribe ejemplos de objetivos en varios niveles de los dominios cognitivo, afectivo y psicomotor. Traslapa de un dominio a otro.
5. Decide cuáles de los siguientes objetivos de desempeño son medibles:
 - A. En un menú, el paciente será capaz de marcar las selecciones alimentarias apropiadas de acuerdo con su plan de alimentación.
 - B. Al terminar la serie de clases, los pacientes tendrán una disposición más positiva acerca de seguir sus planes de alimentación.
 - C. Después del asesoramiento, el paciente sabrá qué comidas debe consumir y cuáles no.
 - D. La paciente será capaz de explicar el plan de alimentación para pacientes con diabetes a su esposo.
6. Examina los siguientes objetivos y decide si pertenecen al dominio cognitivo, afectivo o psicomotor.
 - A. Todo el personal que lava los platos será capaz de completar la limpieza del servicio de alimentos una hora después de cerrar.
 - B. Dada una serie de objetivos, el estudiante será capaz de clasificarlos de acuerdo con las taxonomías presentadas en este capítulo.
 - C. Al final de la sesión, los pacientes solicitarán más clases sobre el control de peso.

Implementación y evaluación del aprendizaje



Objetivos

- Explicar las ventajas y desventajas de diversos métodos y técnicas educacionales.
- Discutir los métodos y técnicas educacionales apropiados en los dominios cognitivo, afectivo y psicomotor.
- Compilar un análisis de tareas.
- Mencionar las formas en que la instrucción puede ser organizada y secuenciada.
- Identificar los propósitos de una evaluación educacional.

- Explicar diversos tipos de evaluación.
- Preparar un plan de lección.
- Comparar y contrastar las evaluaciones formativa y sumativa, las evaluaciones referenciadas por las normas y referenciadas por los criterios y la confiabilidad y la validez.
- Planear, implementar y evaluar una presentación educacional para una audiencia específica.

CASO PRÁCTICO

1

La nutricionista **Susan Grey** decidió que las clases de nutrición prenatal son necesarias en la clínica de paciente ambulatorio. Muchas de las pacientes son adolescentes de ingresos limitados que están en regímenes alimentarios menos que óptimos. La enfermera de la clínica también está interesada en cooperar para reducir el tiempo que pasa aconsejando a las pacientes individuales.

Escucho y olvido, miro y recuerdo, hago y entiendo.

—Confucio

Introducción

¿Cómo educa con éxito a los pacientes y empleados un educador o capacitador? Con los pacientes, el nutricionista busca promover la salud y reducir el riesgo de enfermedad crónica. Con los empleados, el gerente pretende mejorar su habilidad para hacer sus trabajos. En el [capítulo 11](#) se exploraron los tres pasos iniciales de la planeación del aprendizaje, que incluyen una prevaloración del conocimiento y competencias actuales del aprendiz; el desarrollo de objetivos de desempeño en los dominios cognitivo, afectivo y psicomotor; y la determinación del contenido educacional con base en los objetivos de desempeño.

En este capítulo se continúa con la exposición de la implementación y evaluación del plan de aprendizaje. Los cuatro pasos finales comienzan con la selección de las actividades de aprendizaje apropiadas para los dominios cognitivo, afectivo y psicomotor. Estas actividades de aprendizaje planeadas se implementan en conjunto con oportunidades para aplicar la teoría a través de la aplicación y la práctica. Entonces se realiza una evaluación de los resultados del aprendizaje y, si es necesario, se repite la evaluación a intervalos para asegurar el dominio del plan de aprendizaje. Por último, se completa la documentación del proceso educacional.

Selección de técnicas y métodos

Existen varias técnicas y métodos de presentación educacional disponibles para entregar el plan de aprendizaje a la audiencia. Las técnicas son las formas en que el instructor organiza y presenta la información a los aprendices para promover los procesos internos de aprendizaje.¹ Establecen una relación entre el maestro y el estudiante y entre este y lo que está aprendiendo. Esto incluye actividades como conferencias, discusiones, simulaciones y demostraciones. No todas son igual de efectivas para facilitar el aprendizaje y cada una tiene ventajas y desventajas, usos y limitaciones, como se resume en la [tabla 12-1](#).

Método de enseñanza	Fortalezas	Debilidades
Conferencia	Fácil y eficaz. Transmite mucha información. Llega a mucha gente. Mínima amenaza para el aprendiz. Máximo control del instructor.	El aprendiz es pasivo. Aprende escuchando. Atmósfera formal. Puede ser aburrida. No apropiada para aprendizaje de alto nivel en el nivel cognitivo. No apropiada para aprendizaje manual.
Discusión (por ejemplo, panel, debate, estudio de casos)	Más interesante y motivadora. Participación activa. Atmósfera informal. Amplía las perspectivas. Se recuerda lo que se discute. Buena para objetivos de alto nivel cognitivo y afectivo.	El aprendiz puede no estar preparado. Es posible que la gente tímida no participe. Puede ser tendenciosa. Toma más tiempo. El tamaño del grupo es limitado.
Proyectos	Más motivadores. Participación activa. Bueno para objetivos de alto nivel cognitivo.	El tamaño del grupo es limitado.
Experimentos de laboratorio	Se aprende por experiencia. Método de participación activa. Bueno para objetivos de alto nivel cognitivo.	Requiere de espacio y tiempo. El tamaño del grupo es limitado.
Simulación (por ejemplo, escenarios, bandeja de entrada, juego de roles,	Participación activa. Exige pensamiento crítico. Desarrolla habilidades de resolución de problemas. Conecta la teoría con la práctica. Más interesante. Bueno para	Requiere de espacio y tiempo. El tamaño del grupo es limitado.

incidentes críticos)	objetivos de alto nivel cognitivo y afectivo.	
Demostración	Imagen visual realista. Apela a varios sentidos. Puede mostrarse a un grupo grande. Bueno para el dominio psicomotor.	Requiere de equipo y tiempo. El aprendiz es pasivo, a menos que pueda practicar.

Tabla 12-1 ■ Fortalezas y debilidades de los métodos de enseñanza.

Al decidir el método que será más efectivo, el instructor puede guiarse por varios factores, como el propósito educacional, la preferencia o estilo del aprendiz, sus necesidades, el tamaño del grupo, las instalaciones disponibles, el tiempo disponible, el costo y su experiencia previa o el grado de éxito con las técnicas. Debe considerarse qué es efectivo para diferentes poblaciones, como las provenientes de distintos grupos étnicos y culturales, grupos socioeconómicos, niveles educativos y de alfabetismo y grupos de edad para alcanzar los resultados deseados.²

El dominio de los objetivos de desempeño puede sugerir el abordaje más apropiado, ya que los métodos y técnicas difieren para los dominios cognitivo, afectivo y psicomotor. En igualdad de circunstancias, el nutricionista debe elegir la técnica que exija la mayor participación activa del aprendiz y que incluya estrategias para un cambio conductual efectivo. Los estudios muestran que mientras más activo sea el involucramiento de la persona en el proceso de aprendizaje, mejor será la retención.³ En la [figura 12-1](#) se muestra que leer y escuchar la información no es tan productivo como verla y escucharla o, mejor aún, discutirla o hacer algo con ella.

Conferencias

La conferencia es la técnica de presentación más familiar para las personas. Es un método pasivo tradicional de informar y transferir conocimiento, el nivel más bajo del dominio cognitivo, del maestro al estudiante. Es útil en especial en situaciones donde hay un gran número de aprendices, mucha información a ser comunicada y una cantidad limitada de tiempo disponible.⁴ Los ejemplos son una clase sobre manejo higiénico para los empleados del servicio de alimentos o sobre el colesterol y la grasa en relación con las cardiopatías para empleados en el sitio de trabajo o pacientes en el centro médico.

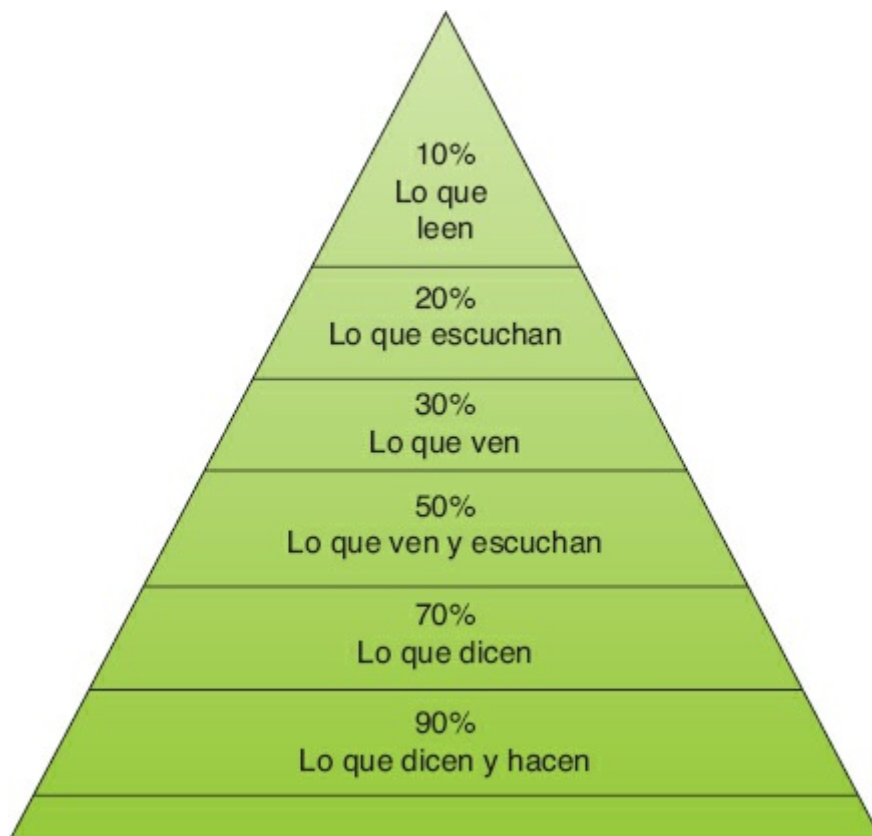


Figura 12-1 ■ Lo que recuerda la gente.

A pesar de las ventajas con respecto a su eficacia, una gran desventaja de las conferencias es que no hay garantía de que el material sea aprendido o recordado o de que habrá un cambio en las elecciones o en los comportamientos alimentarios. Esto porque el individuo es un participante pasivo, cuyo aprendizaje depende de sus habilidades para escuchar. La conferencia puede ser la técnica menos efectiva para usarse en adultos.

Aunque la gente bien educada puede responder en forma positiva a las conferencias debido a una larga experiencia con este abordaje, aquellos con menos educación o provenientes de otras culturas pueden aprender mejor con otros métodos.⁵ Su atención en las conferencias puede divagar con rapidez si se desconectan, en especial si el conferencista no es un orador eficiente o si la conferencia es aburrida. Las conferencias rara vez cumplen con los requerimientos de la educación adulta, porque les falta el aprendizaje autodirigido y los abordajes de resolución de problemas. Las conferencias se mejoran limitando el número de conceptos presentados, utilizando ejemplos y resúmenes con frecuencia y añadiendo ayudas visuales. Las conferencias pueden ser más interactivas al dar tiempo amplio para la discusión interactiva junto con material impreso para reforzar lo que fue escuchado.

Discusión

La discusión tiende a promover la participación activa de los aprendices. Esta técnica

puede usarse en la enseñanza uno a uno o en un grupo. La discusión interactiva hace que los participantes examinen sus propios pensamientos e internalicen el conocimiento a través del intercambio de ideas y las respuestas verbales. El instructor puede conducir la discusión planteando preguntas abiertas o problemas o resaltando los temas principales para que los pacientes o empleados puedan hacer comparaciones o sacar conclusiones.

La discusión en grupo es mejor cuando los participantes están bastante familiarizados o tienen un interés común. Por ejemplo, con una serie de clases sobre el descenso de peso, los pacientes pueden discutir y comparar lo que han hecho para cambiar sus elecciones alimentarias, recetas y hábitos de compra. La base de la discusión pueden ser las experiencias comunes, estudios escritos de casos o temas que fueron preanunciados para que el grupo pueda interactuar. Para mejores resultados, los asientos deben estar en círculo para que todos puedan ver y escuchar a otros participantes. El instructor debe facilitar, pero no dominar la discusión. Los grupos más pequeños, de 10 a 15 personas, ofrecen más oportunidad a la participación a medida que los aprendices exploran sus pensamientos, valores y experiencias, piensan en forma crítica e influyen en los demás.

Las discusiones facilitadas, como las presentadas en paneles y mesas redondas, pueden ser más apropiadas para un grupo grande. En este escenario, el educador debe planear el contenido y los temas de discusión que atraigan la atención de la audiencia, aunque muy pocos aprendices en realidad tienen la oportunidad de participar en forma activa, debido a limitaciones de tiempo y de tamaño del grupo.

La discusión toma más tiempo que la conferencia, pero puede ser más interesante para los aprendices y por lo tanto más motivante. El plan de aprendizaje debe incluir objetivos de alto nivel cognitivo y afectivo. El instructor debe resumir en forma intermitente los puntos clave que surjan en la discusión para elevar la adquisición y retención de la información por parte de los participantes, ya que solemos recordar mejor lo que decimos en voz alta.⁶



La demostración es un abordaje para las presentaciones.

Fuente: CDC/Amanda Mills.

Simulación

Las simulaciones de situaciones reales son formas activas de desarrollar el conocimiento de quien aprende, así como sus habilidades, comportamientos y competencias. Pueden usarse diversas maneras de representación, como escenarios, ejercicios de “bandeja de entrada”, incidentes críticos y juego de roles. Estos métodos implican aprender mediante la realización activa de algo, en otras palabras, aprendizaje experiencial en vez de aprender escuchando u observando. El involucramiento activo del aprendiz mejora la transferencia óptima del aprendizaje.⁷

La simulación puede basarse en escenarios o modelos de situaciones problemáticas reales. Por ejemplo, los pacientes con planes de alimentación bajos en sodio pueden ver menús de restaurantes y determinar qué ordenarán. Los aprendices usan un proceso de indagación al explorar el problema y desarrollar habilidades de evaluación y de toma de decisiones. Los empleados del servicio de alimentos discutirán las temperaturas de los alimentos y los procedimientos de los Hazard Analysis Critical Control Points en Estados Unidos a través de la preparación, manejo, servicio y sobras.⁸

En los ejercicios de bandeja de entrada o *in-basket* se pone a prueba la habilidad

de la persona para manejar retos cotidianos. El instructor puede describir un incidente crítico proveyendo memorándums escritos, notas, solicitudes o reportes para simular la habilidad de toma de decisiones de un supervisor al manejar problemas que llegan a la bandeja de entrada del escritorio cada día. Pueden usarse emergencias similares como incendios y apagones eléctricos, o incidentes inusuales. El aprendiz debe dar la solución al manejar la situación o el problema.

El juego de roles, en el que dos o más personas dramatizan partes asignadas o roles en la simulación de situaciones reales, es otra posibilidad. El juego de roles permite a los aprendices practicar nuevos comportamientos en entornos de relativa seguridad y puede usarse para resolver problemas reales. Al juego de roles sigue una discusión del problema, ideas, sentimientos y reacciones emocionales como el manejo del problema disciplinario de un empleado o aprender a decir no cuando se ofrecen alimentos no permitidos. Aunque llevan tiempo, las simulaciones pueden ser útiles al proveer oportunidades para que los individuos hagan una conexión entre la teoría y la práctica, involucrarse en el pensamiento crítico como participantes activos y para desarrollar habilidades de resolución de problemas y manejo de situaciones. Las simulaciones pueden utilizarse con objetivos cognitivos, afectivos y psicomotores.^{1,9}

Demostración

Esta técnica puede usarse para mostrar cómo hacer algo o explorar procesos, procedimientos, operación de equipos, técnicas, ideas o actitudes. La demostración se utiliza para combinar el conocimiento y la habilidad con objetivos cognitivos y psicomotores. Aprender a preparar recetas bajas en grasa o cómo usar una rebanadora de carnes son ejemplos de casos en los que la demostración resulta apropiada. Por lo general, el aprendiz observa al instructor hacer la presentación o modelar la habilidad, aunque puede recurrirse a un voluntario. La demostración puede ser una experiencia dramática de aprendizaje si mantiene la atención del individuo y puede ser apropiada para cualquier tipo de objetivo de aprendizaje.¹⁰

Si se demuestran las habilidades, la persona necesitará una oportunidad amplia para practicar la tarea o habilidad poco después y evaluar el desempeño después de observar al instructor en forma pasiva. La capacitación en el puesto (CEP), que se presenta más adelante en este capítulo, es un ejemplo del uso de la demostración para lograr el dominio.

Instrucción asistida por audio y video

Según un antiguo proverbio chino, “una imagen vale más que mil palabras”. Una presentación con medios electrónicos efectiva puede mejorar el aprendizaje al proveer variedad y mejorar la memoria a través de estímulos audiovisuales. Pueden utilizarse programas de computadora autodirigidos y dirigidos por un instructor con una amplia variedad de aprendices cuando se relacionan con la situación de aprendizaje. Puede usarse el audio para escuchar un idioma o diálogo. Un video

puede ilustrar un escenario poco familiar o una pieza de equipo. Los vehículos más nuevos para dar capacitación innovadora incluyen los podcasts, teléfonos celulares, videoconferencias interactivas por computadora y otros dispositivos electrónicos. El aprendizaje con medios electrónicos se considera un coadyuvante del aprendizaje y no debe tomarse como una experiencia de aprendizaje total.^{11,12} (En el [capítulo 14](#) se exploran los medios electrónicos con más detalle).



ANÁLISIS DEL CASO 1

Elabora un plan de lección para una clase de nutrición prenatal. ¿Qué método(s) de enseñanza elegirás para esta audiencia?

Técnicas para los distintos dominios de aprendizaje

La mayoría de las técnicas anteriores puede ser efectiva para el aprendizaje en el dominio cognitivo. Existen varios factores adicionales a considerar cuando se promueve el aprendizaje en los dominios afectivo y psicomotor. Dado que los aprendices representan distintos estilos de aprendizaje, hay una ventaja en utilizar métodos mixtos en vez de uno solo.^{1,13}

En el dominio afectivo, el educador busca influir en los intereses, actitudes, creencias y valores de quien aprende. Esto requiere de frecuentes contactos más que de una sola sesión. En el nivel más bajo del dominio afectivo, el recibir y la conciencia, los materiales audiovisuales o la discusión guiada pueden comenzar a presentar la relación entre las elecciones alimentarias y la obesidad. En los niveles más altos, donde la adopción de nuevas actitudes y valores es importante, la persona debe participar más en la discusión de las opciones de elecciones alimentarias. Los compromisos que se hacen en público tienen más probabilidades de ser adoptados que los que se mantienen privados y las actitudes se adquieren a través de influencias interpersonales.¹⁴

El uso de múltiples estrategias instruccionales que tengan influencia en el nivel más profundo del aprendizaje de la nutrición y la modificación de actitudes, tiene más probabilidades de promover un cambio conductual. La promoción del involucramiento activo de los participantes y la interacción personal pueden ser de utilidad. Los diferentes tipos y dimensiones de estas técnicas pueden abordar la variedad de estilos de aprendizaje con mayor eficacia que un solo método de enseñanza.

El proceso de resolución de problemas, en donde el instructor presenta una situación o problema desconcertantes, es un ejemplo del aprendizaje de varios pasos. Puede pedírseles al aprendiz o el grupo de aprendices que calculen las grasas o el sodio permitidos a partir de las etiquetas de los alimentos. Los pasos requieren que el aprendiz identifique y aclare el problema, formule una hipótesis, recabe datos, los

analice e interprete, elija las posibles soluciones, las ponga a prueba y por último saque conclusiones y seleccione la mejor solución al problema. La gente aprende a resolver problemas, evaluar las posibles situaciones y pensar en forma crítica. Puede guiarse a los pacientes a través de este proceso para que aprendan a resolver sus propios problemas de nutrición.^{3,10,14}

El modelado es otro método para influir en el comportamiento de una persona. La gente aprende observando a los demás y después imitándolos en situaciones nuevas o poco familiares. El maestro debe comportarse como el aprendiz espera, modelando la actitud o conducta deseables. Es más probable que las personas acepten nuevos comportamientos, como elecciones alimentarias saludables o lavarse las manos en forma rutinaria, cuando se reúnen y tienen discusiones con gente que los ha adoptado con éxito.¹⁵

En el dominio psicomotor, las habilidades se aprenden a partir de la experiencia directa y la práctica. El instructor puede comenzar con una demostración, pero de ahí el aprendiz necesita practicar la habilidad bajo supervisión. *Coaching* es un término en inglés que describe la asistencia que da un entrenador a alguien que aprende una nueva habilidad; puede aplicarse tanto a una experiencia educacional como a un deporte. El coaching sugiere una relación interpersonal de apoyo continuo de la que una persona aprende con el tiempo. Es quizás el mejor método para la capacitación en el puesto de los empleados. Después de la demostración, el capacitador puede brindar aliento, promover la confianza y ofrecer una guía mientras el capacitado desempeña la tarea. El coaching toma en consideración distintas habilidades y necesidades de aprendizaje, permite la práctica real y brinda a la gente retroalimentación inmediata con respecto a su desempeño.^{13,16,17}

Análisis de tareas

Un análisis de tareas es una secuencia escrita de los pasos involucrados en el desempeño de cualquier tarea, de principio a fin, e incluye el conocimiento, habilidades y capacidades necesarias así como las condiciones bajo las cuales es desempeñada y el método correcto de desempeño. Por lo general, los pasos van numerados y cada uno describe qué hacer. Muchas tareas relacionadas con el trabajo implican el dominio psicomotor; por ello, las acciones se mencionan en el análisis. Sin embargo, a menudo es necesario tener cierto conocimiento básico del dominio cognitivo para implementar la tarea. Hacer el balance de una chequera, por ejemplo, es una capacidad tanto manual como intelectual, igual que operar una computadora.

Una vez enlistados los pasos secuenciales, debe examinarse cada uno para ver si es necesario agregar alguna explicación del dominio cognitivo. Por ejemplo, si el paso uno es conectar la rebanadora de carnes, un punto clave es tener las manos secas para evitar el riesgo de electrocución. Si el paso final en el análisis de tareas de los meseros para despejar los platos sucios incluye lavarse las manos, puede añadirse una explicación sobre la transferencia de microorganismos a los alimentos y cubiertos limpios. Puede ser importante agregar otras explicaciones de las razones por las que

un paso es necesario, o notas sobre el equipo o los materiales. Hay muchas formas de completar un análisis de tareas.

Los empleados necesitan aprender las habilidades relacionadas con sus trabajos y los pacientes pueden tener que desarrollar habilidades en la planeación de menús y preparación de los alimentos para un nuevo plan de alimentación, como la restricción de sodio. Sin importar el tipo de habilidad involucrado, el aprendiz debe ser capaz de realizar la habilidad en un principio y de ahí mejorar a través de la práctica continua. Una vez entendidas las nociones básicas de jugar al tenis, conducir un auto u hornear un pastel, por ejemplo, la gente requiere de experiencia repetida para desarrollar tales habilidades.

Si la descripción del puesto está disponible, puede utilizarse como punto de partida para determinar el contenido del trabajo, pero las descripciones de puesto no suelen dar información lo bastante específica para determinar el contenido de la capacitación. Todas las tareas incluidas en un puesto deben mencionarse en forma individual. Si la descripción del puesto no está disponible, puede ser necesario entrevistar a los empleados u observar su trabajo para determinar el contenido del puesto. Los meseros, por ejemplo, realizan varias tareas durante el día, tales como saludar a los clientes, tomar sus pedidos, llevarlos a la cocina, servir los platillos de la comida, despejar los platos, poner las mesas, recibir el pago por los servicios y mantener buenas relaciones públicas. Cada una es una tarea por separado que forma parte del trabajo total y cada tarea o conjunto de acciones puede definirse en el análisis de tareas.

Una vez escrito, el análisis de tareas es utilizado por el capacitador y el capacitado. El capacitador puede examinar el análisis de tareas para integrar los objetivos de enseñanza que describen el comportamiento esperado al término de la capacitación. Al valorar la necesidad que una persona tiene de ser instruida, debe abordarse la brecha que representa la diferencia entre la habilidad descrita en el análisis de tareas y la que ya posee el individuo. La demostración debe mostrar qué hacer y después permitir que la persona realice la tarea. El análisis de tareas puede usarse como una referencia continua, porque describe la secuencia de qué hacer. El uso del análisis de tareas en el coaching o en la capacitación en el puesto supervisada facilita el aprendizaje de las habilidades.

Cuando la habilidad básica ha sido dominada y el individuo es capaz de reconocer la secuencia correcta de los procedimientos, requiere de práctica repetida para mejorar la habilidad. Con tiempo y práctica, deben desarrollarse mejoras en la velocidad y calidad del trabajo.^{1,18,19}

Capacitación en el puesto

Gran parte de la capacitación a los empleados no tiene lugar en el aula, sino en el trabajo. Los nuevos empleados requieren de orientación y capacitación con un trabajador experimentado o un supervisor. Los empleados actuales pueden requerir volver a capacitarse en forma periódica, pueden recibir la asignación de nuevas tareas

o recibir promociones que exigen el desarrollo de nuevas habilidades y capacidades.

Un proceso de cuatro pasos denominado capacitación en el puesto (CEP) fue diseñado para el rápido entrenamiento de los nuevos empleados. Puede utilizarse para enseñar habilidades y se basa en el desempeño más que en el tema. Los cuatro pasos son (1) preparación, (2) presentación, (3) desempeño del aprendiz y (4) seguimiento.

Esto es parecido a decir, mostrar, hacer y revisar. Antes de la instrucción debe realizarse un análisis de tareas y el área de trabajo debe disponerse con los implementos y materiales necesarios que se espera que el empleado conserve.¹⁷ En el [recuadro 12-1](#) se resumen los puntos principales.



ANÁLISIS DEL CASO 2

¿Qué materiales, audiovisuales o impresos planeas usar en la clase de prenatal?

Preparación

El primer paso prepara al empleado de modo psicológico e intelectual para el aprendizaje. Como un superior puede ser el capacitador, el escenario es importante. Debe superarse cualquier tensión, nerviosismo o aprehensión en el empleado porque esto puede interferir con el aprendizaje. Un capacitador amigable y sonriente tranquiliza a la persona al crear una atmósfera informal para el aprendizaje, en donde los errores son esperados y tolerados. El capacitador establece el trabajo a ser aprendido y plantea preguntas específicas para determinar lo que el individuo ya sabe sobre eso. La motivación para aprender aumenta cuando los empleados se interesan en sus trabajos. Por último, el capacitador debe asegurarse de que el empleado pueda ver en forma física lo que está siendo demostrado.

Paso I: Prepara al aprendiz

1. Haz que el aprendiz se sienta cómodo.
2. Establece el trabajo.
3. Averigua qué sabe el individuo acerca del trabajo.
4. Desarrolla interés.
5. Corrige la posición de la persona.

Paso II: Presenta la operación

1. Di, muestra, ilustra.
2. Explica un paso importante a la vez.
3. Acentúa los puntos clave.
4. Instruye en forma clara, completa y paciente, pero no más de lo que el empleado pueda manejar.
5. Resume la operación en una segunda demostración.

Paso III: Prueba el desempeño

1. Haz que el aprendiz realice el trabajo.
2. Haz que el aprendiz explique los puntos clave mientras realiza el trabajo otra vez.
3. Asegúrate de que el aprendiz entienda.
4. Continúa hasta saber que el aprendiz conoce el trabajo.

Paso IV: Seguimiento

1. Permite que el aprendiz se desempeñe solo.
2. Indica dónde obtener ayuda.
3. Alienta las preguntas.
4. Sepárate poco a poco.
5. Continúa con la supervisión normal.

Recuadro 12-1 ■ Cómo instruir.

Presentación

El segundo paso presenta y explica la operación tal cual se espera que el empleado la realice. El capacitador muestra, dice e ilustra la operación un paso a la vez usando un análisis de tareas preparado. Debe enfatizar los puntos clave. La instrucción debe realizarse en forma clara, completa y paciente y el capacitador debe recordar las

habilidades y actitudes del empleado.

Dado que la habilidad de absorber nueva información es limitada, el instructor debe determinar cuánto puede manejar el aprendiz cada vez. Pueden ser cinco a diez pasos con puntos clave o pueden ser más. Pueden ser 15 minutos o una hora de instrucción. Sobrecargar a cualquiera con información es poco efectivo, porque la información se olvidará. Después de esta instrucción inicial, debe resumirse la operación o tarea y realizarse por segunda vez.

Desempeño

El tercer paso, desempeño, pone a prueba cuánto ha retenido el empleado cuando intenta realizar la operación usando un análisis de tareas escrito como referencia. El empleado realiza el trabajo mientras el instructor está ahí para ayudar. Esta es una forma de modelado de comportamiento. El énfasis inicial está en la precisión, no en la velocidad. Cuando el empleado realiza la tarea por segunda vez, el instructor debe pedirle que mencione los puntos clave. Para estar seguro de su entendimiento, el capacitador debe hacerle preguntas como: “¿Qué sucedería si...?”, “¿Qué más debe hacer...?” y “¿Qué sigue...?”. Puede ser necesario que los empleados repitan la operación, cinco, diez veces, las que sea necesario hasta que sepan qué hacer. El instructor continúa con el coaching y dando retroalimentación positiva, aliento y reafirmación hasta que el empleado aprende a realizar la operación.

Seguimiento

El seguimiento ocurre en el cuarto paso a medida que la supervisión se retira poco a poco. Al principio, se deja solo al empleado para que realice la tarea. Sin embargo, la persona siempre debe saber dónde obtener ayuda si la necesita. Deben alentarse las preguntas en caso de que surja un problema. La supervisión normal continúa para asegurarse de que la tarea se realiza como se enseñó, porque los compañeros de trabajo pueden sugerir atajos indeseables.

Mager señaló que cuando se hace un seguimiento de la experiencia del aprendiz para comprobar las consecuencias positivas, debe estimularse al aprendiz a abordar la situación, pero cuando hay consecuencias, adversas, debe evitarla.²⁰ Una consecuencia positiva puede ser un evento agradable, un elogio, una experiencia exitosa, un aumento en la autoestima y la autoimagen, o un crecimiento de la confianza. Las condiciones adversas son eventos o emociones que provocan malestar físico o mental o que conducen a la pérdida del autorrespeto; incluyen temor, ansiedad, frustración, humillación, vergüenza o aburrimiento. Al influir en los aprendices en el dominio afectivo, al igual que en otros dominios, el nutricionista debe reforzar en forma positiva las respuestas del aprendiz.

Secuencia de instrucción

Dado que hay mucho que aprender, la instrucción requiere de algún tipo de secuencia organizada. La secuencia de instrucción se caracteriza por el desarrollo progresivo de conocimientos, actitudes y habilidades. El aprendizaje tiene lugar con el tiempo y el proceso debe organizarse en unidades más pequeñas. Como el resultado último es el desempeño capaz o el cambio conductual, es importante considerar qué tanto significado tiene la secuencia para el individuo, no para el maestro o instructor y si promueve o no el aprendizaje. Mager da varias recomendaciones para realizar la secuencia. La instrucción puede disponerse de lo general a lo específico, de lo específico a lo general, de lo simple a lo complejo, o de acuerdo con el interés, la lógica o la frecuencia de uso del conocimiento o habilidad.²⁰

Al moverse de lo general a lo específico, debe presentarse primero un panorama, seguido por los detalles y datos específicos. Por ejemplo, se puede presentar un panorama de las razones para el plan de alimentación para el control de la diabetes y sus principios generales antes de presentar los detalles. Con un nuevo empleado, la explicación general del trabajo debe preceder a los datos específicos. Una vez que el individuo ha digerido algo de información, es posible considerar una secuencia de lo específico a lo general.

El material puede organizarse de lo simple (términos, hechos y procedimientos) a lo complejo (conceptos, procesos, teorías, análisis y aplicaciones), para que el individuo maneje material cada vez más complejo. Si se utilizan las taxonomías para escribir los objetivos de aprendizaje, su jerarquía provee una secuencia de lo simple a lo complejo.

Otra posibilidad es secuenciar de acuerdo con el interés o de lo familiar a lo desconocido. Se puede iniciar la instrucción con lo que sea de más interés o preocupación para la persona. Las preguntas iniciales de los pacientes, empleados u otras audiencias sugieren tal interés y deben resolverse de inmediato para que puedan concentrarse en la siguiente información. “¿Cuánto tiempo debo estar con ese plan de alimentación?”, “¿Puedo comer mis alimentos favoritos?”. La información que la persona desea es un buen punto de partida para la discusión.

De manera similar, si el aprendiz percibe un problema, el instructor puede comenzar con ese problema en vez de con la agenda actual. A medida que procede el aprendizaje, la persona puede desarrollar necesidades adicionales de información o metas de aprendizaje que pueden abordarse. Por lo general, la gente que ha participado en dirigir su propio aprendizaje tiende a sentirse más comprometida con él.

La lógica puede sugerir la secuencia. Algunas cosas deben decirse antes que otras. Por ejemplo, sería necesario introducir primero las precauciones de seguridad cuando se instruye sobre el equipo de cocina. Puede ser importante discutir el manejo higiénico de los cubiertos con los meseros antes de instruir sobre cómo poner una mesa.

La frecuencia de uso del conocimiento o habilidad también dictaría la secuencia. La habilidad que se usará más a menudo debe enseñarse primero, seguida de la que se utilizará con más frecuencia después de esa. Si se termina el tiempo de la capacitación, cuando menos el aprendiz habrá aprendido todo excepto las habilidades que menos utilizará. El instructor debe enseñar primero lo que la gente “necesita

saber” más que lo que “es bueno que sepan”. Por último, incluso si los aprendices han estado practicando elementos individuales del trabajo, necesitan practicar el trabajo completo. Esta práctica puede ser provista en la situación laboral real o a través de la simulación.^{9,17}

Evaluación de resultados

La evaluación es clave para la educación exitosa. La confiabilidad para medir la efectividad en términos de resultados es necesaria en las áreas clínica y gerencial. Deben definirse los resultados esperados antes de comenzar la intervención y no después. La educación nutricional o la capacitación de un empleado que no presentan mejoras no pueden considerarse efectivas. La evaluación es importante para la mejora continua y el refinamiento de la educación.

La evaluación connota juicios acerca del valor o valía de algo comparado con un estándar. Todos hacemos estos juicios a diario, de modo consciente o inconsciente: “La comida sabe bien”, “Este programa de televisión vale la pena”, “Ella no está motivada”. Nuestros pensamientos se vuelcan en forma automática a la evaluación cuando comparamos algo con un estándar o con un juicio previo.

La evaluación educacional consiste en una valoración sistemática de la calidad, eficacia y valía de una empresa educacional como una instrucción, programas o metas basadas en datos o información. El hecho de que sea sistemática sugiere que ha tenido lugar una planeación previa y que el proceso proveerá datos sobre la calidad o valor de la empresa educacional.

Considera no solo qué evaluar sino también cuándo y cómo debe realizarse la evaluación. Un plan de evaluación comprende varios pasos: definir los objetivos o resultados; diseñar la evaluación con base en los objetivos; elegir qué se evaluará; decidir cómo y cuándo recabar datos para obtener una retroalimentación oportuna; construir un instrumento o método de recolección de datos; implementar la recolección de datos; analizar los resultados; reportarlos; y establecer un curso de acción.

Aunque a veces los términos “medición” y “evaluación” se usan en forma indistinta, sus significados no son equivalentes. La medición o “valoración educacional” es el proceso de recolectar y cuantificar los datos en términos de números de extensión, grado o capacidad de la gente de aprender conocimientos, actitudes, habilidades, desempeño y cambio conductual. La prueba es una forma de medición. La medición implica determinar el grado en que una persona posee cierto atributo, como cuando se recibe una puntuación de 85 en un examen. Sin embargo, tal medición no determina la calidad o el valor. Estos sistemas requieren de diseños experimentales, recolección de datos y análisis estadístico de esos datos. El término “evaluación” también puede significar estimar o juzgar el valor de los datos recabados, como en la valoración nutricional.^{21,22}

Por otra parte, la evaluación se basa en la medición de lo que la gente sabe, piensa, siente y hace. La evaluación compara el valor o calidad observados con un

estándar o criterio de comparación. La evaluación es el proceso de formar juicios de valor acerca de la calidad de los programas, productos, metas y elementos similares a partir de los datos. Se puede evaluar el éxito de un programa educativo, por ejemplo, midiendo el grado en que se alcanzan las metas u objetivos. La evaluación va más allá de la medición a la formación de juicios de valor con respecto a los datos. Para ser efectivos, los diseños de la evaluación deben especificar no solo lo que será evaluado sino también cuándo lo será, como la diferencia de puntuación antes y después de una prueba.

Propósito de la evaluación

La evaluación cuidadosa debe ser una parte integral de todos los programas de educación nutricional y de capacitación de empleados y tiene varios propósitos. No es posible hacer juicios respecto a la efectividad sin ella. La evaluación del programa puede utilizarse para la planeación, la mejora y la justificación. Como sistema de control de calidad, puede determinar si el proceso de educación es eficaz, identificar sus fortalezas y debilidades y definir los cambios que deben hacerse. Para determinar la confiabilidad, es necesario saber si las personas están aprendiendo, si los instructores están enseñando con eficiencia, si los programas alcanzan los resultados deseados y si el dinero está siendo bien gastado. En tiempos de recursos financieros limitados, la confiabilidad requiere de un examen de la razón costo-beneficio. ¿Es el programa lo bastante útil y valioso para justificar su costo? ¿Hay evidencia de que el entrenamiento está cambiando el comportamiento del empleado en el trabajo y contribuyendo a lograr lo deseado? Es importante determinar si se lograron los objetivos de aprendizaje y si la persona aprendió lo que se pretendía o si se desarrolló en la forma deseada.

La evaluación ayuda a los nutricionistas a tomar mejores decisiones y a mejorar la educación. Es útil para tomar decisiones con respecto a la enseñanza, el aprendizaje, la efectividad de los programas y la necesidad de hacer modificaciones a los esfuerzos actuales o incluso darlos por terminados. La evaluación aporta evidencia de que lo que se hace vale la pena. Los planes de evaluación deben trazarse temprano en las etapas de planeación de una empresa educacional y no después de que ha comenzado o terminado. Un sistema de evaluación es el “modelo lógico”, que utiliza categorías de información, actividades y resultados para describir el flujo de un proceso a lo largo del proceso de educación o intervención.²³

Con los empleados, la evaluación de la capacitación debe mostrar una mejora en el desempeño del trabajo y en los resultados financieros. Otra pregunta que se plantea a menudo es: “¿La capacitación se transfiere?”. Es necesario determinar si las habilidades y el conocimiento enseñados en la capacitación se aplican en el trabajo. Si lo son, esto demuestra el valor de la capacitación para la organización y la eficacia del método de instrucción. Si no, se requiere de un cambio.

Como con otras partes de su modelo de educación para adultos, Malcolm Knowles sugirió que la evaluación debe ser una empresa mutua entre el educador y el aprendiz. Recomendaba acentuar menos la evaluación del aprendizaje y más el rediagnóstico de las necesidades de aprendizaje, lo que sugiere los pasos inmediatos o

futuros a tomar en forma conjunta por el nutricionista y el paciente o el empleado. Este tipo de retroalimentación a partir de la evaluación es más constructiva y aceptable para los adultos. Así, la evaluación puede considerarse como algo que haces con la gente y no a la gente. Si los problemas son aparentes, entonces el profesional y la persona deben encontrar soluciones juntos.²⁴

Evaluaciones formativa y sumativa

Las evaluaciones formativa y sumativa son dos tipos de evaluaciones utilizados para mejorar cualquiera de tres procesos: planeación de programas, enseñanza o aprendizaje. La evaluación formativa se refiere a la que se realiza temprano o en el transcurso de la educación, con retroalimentación de resultados para modificar el resto de la empresa educacional. La evaluación sumativa se refiere a una valoración final de la cualidad al término del aprendizaje.

Evaluación formativa

Se trata de una apreciación sistemática que ocurre antes o en el transcurso de la implementación de una actividad de aprendizaje, con el fin de modificar o mejorar la enseñanza, el aprendizaje, el diseño del programa o los materiales educativos. A menudo es de naturaleza cualitativa, y los datos se recaban por observación, entrevistas y encuestas. Puede ayudar a diagnosticar problemas en el aprendizaje del estudiante y en la eficacia de la enseñanza. Señala partes que se dominan y partes que no se dominan y permite la revisión de los planes, métodos, técnicas y materiales.

La evaluación formativa debe realizarse a intervalos frecuentes. Por ejemplo, si el aprendiz parece estar aburrido, inseguro, ansioso, dudoso o perdido o si el instructor no está seguro de las habilidades de la persona, es apropiado suspender el aprendizaje y comenzar el proceso de evaluación. Pide a la persona que repita lo que ha aprendido. En la educación de pacientes con diabetes, si la evaluación formativa muestra que la persona no entiende el concepto del conteo de hidratos de carbono, no será capaz de dominar comportamientos más complejos, como la planeación de menús. Una vez localizado el problema de que el paciente no comprende el conteo de hidratos de carbono, el educador puede cambiar de enfoque para tratar de superarlo. Quizás recurra a una explicación alternativa más clara o simple o a una ejemplificación concreta. Durante el aprendizaje en grupo, uno de los miembros puede proveer una explicación que la persona entienda mejor que la del educador.²⁵

Antes de diseñar e implementar los mensajes nutricionales y los materiales educativos, se diseña e implementa la evaluación formativa o actividades de investigación de mercado, como entrevistas con grupos de opinión y discusiones estructuradas con los miembros de la audiencia objetivo. Este tipo de evaluación cualitativa ayuda al instructor a aprender acerca de los pensamientos, ideas y opiniones del individuo y revela si es probable que los receptores ignoren, rechacen o comprendan mal el mensaje, o bien lo acepten y actúen con respecto a él.

La investigación formativa es esencial para diseñar las estrategias de inter-

vención. El moderador de un grupo de discusión utiliza estrategias de entrevista abierta con grupos de 8 a 15 personas. Este enfoque se utiliza para valorar las preferencias del consumidor, para planear y evaluar las intervenciones de educación nutricional y para probar con antelación los materiales impresos. Puede responder preguntas respecto a legibilidad, contenido y aplicabilidad.

El fracaso en el aprendizaje puede no siempre estar relacionado con los métodos de instrucción o los materiales en sí mismos, sino derivarse de problemas de naturaleza física, emocional, cultural o ambiental. Al realizar una evaluación después de pequeñas unidades de instrucción, el educador puede determinar si el ritmo de la instrucción es apropiado para el paciente o el empleado. Se requiere de retroalimentación frecuente para facilitar el aprendizaje. Es importante en especial cuando debe aprenderse una gran cantidad de material.

El dominio de pequeñas unidades puede ser un poderoso reforzamiento positivo para el aprendiz, y el elogio verbal puede aumentar la motivación para seguir aprendiendo. Cuando se cometan errores, deben corregirse con rapidez proporcionando la información correcta. Evita decir cosas como: “No, así no”, “¿Alguna vez entenderá?”, “¿Aprenderá alguna vez?”. Debe darse retroalimentación positiva, no negativa. Aborda el problema específico, por ejemplo: “Ha identificado algunos alimentos altos en sodio, lo cual fue bueno. Ahora busque otros”.

Evaluación sumativa

La evaluación sumativa tiene un propósito y marco de tiempo distintos de la formativa. La evaluación sumativa se considera final y por supuesto se usa al terminar la actividad de aprendizaje. El fin de esta evaluación es apreciar los resultados, calidad o valía utilizando abordajes cuantitativos. Puede incluir calificación, certificación o evaluación del progreso y distingue a quienes han sido excelentes de quienes no. Se realiza un juicio sobre el aprendiz, el maestro, el programa o el plan de estudios con respecto a la efectividad del aprendizaje o instrucción para la población objetivo. Este aspecto de juicio genera la ansiedad y las actitudes defensivas que a menudo se asocian con la evaluación.

La evaluación debe ser un proceso continuo que es planeado con antelación junto con las sesiones educacionales. La prevaloración determina las habilidades del individuo antes del programa educacional y el progreso debe evaluarse en forma continua durante este y de inmediato después. La evaluación de seguimiento a intervalos regulares puede medir el grado en que la persona ha olvidado la información o ha vuelto a caer en conductas previas.²⁶

Métodos referenciados a normas y criterios

Además de las evaluaciones formativa y sumativa, existen interpretaciones con referencia a normas y criterios. En los resultados referenciados a las normas, el grupo que ha tomado el examen provee las normas para determinar el significado de la puntuación de cada persona. Una norma es como el desempeño habitual de un grupo. Se puede ver cómo el individuo se compara con los resultados del grupo, ya sea por

encima o por debajo de la norma. En los resultados referenciados al criterio, se usa un estándar como base para el nivel de eficiencia requerido. En vez de comparar a los aprendices entre sí, el instructor compara a cada persona con un objetivo estándar predefinido de desempeño de qué se espera que el aprendiz sepa o sea capaz de hacer al terminar la instrucción. Una medida referenciada al criterio establece el estado de la persona con respecto a un objetivo o estándar definido y si los reactivos del examen, si se usa uno, corresponden a los objetivos. Si el aprendiz puede realizar lo que dicta el objetivo, ha tenido éxito. Si no, la prueba referenciada al criterio, que tiende a ser más diagnóstica, indica lo que el aprendiz puede y no puede hacer, para poder planear más aprendizaje.



Deben evaluarse los resultados educacionales.

Fuente: CDC/Amanda Mills.

Algunos instructores pueden creer que un examen no debe ser demasiado fácil, pero el grado de dificultad de una prueba puede no ser tan importante como si la persona puede desempeñarse. El instructor puede creer que algunas de las preguntas deben ser difíciles para que se produzca una gama de puntuaciones que separe a los más brillantes del resto, como los “A” de los “B”, de los “C”. Algunas pruebas están estructuradas con la intención de que no todo el mundo tenga éxito y se espera que haya una variación en las puntuaciones individuales. Se califica a los estudiantes en

una forma referenciada a la norma por comparación con otros individuos con la misma herramienta de medición o con la norma del grupo. Por ejemplo, un instrumento referenciado a la norma indica si el desempeño de una persona cae en el percentil 50 o 90 en relación con la norma del grupo. Este método no es tan apropiado para los objetivos afectivo y psicomotor.

Con la evaluación referenciada al criterio, todos pueden hacerlo bien obteniendo el estándar mínimo. La instrucción ha sido exitosa cuando los aprendices alcanzan el nivel definido de habilidad. Los exámenes de titulación de los nutricionistas son ejemplo de pruebas referenciadas a los criterios.

La evaluación formativa casi siempre está referenciada al criterio. El instructor quiere saber a quién le cuesta aprender, no en qué lugar está con respecto a los demás. La evaluación sumativa puede estar referenciada a la norma o al criterio.²⁷

Tipos de evaluación y resultados

Después de considerar el propósito (por qué) y el momento (cuándo) de la evaluación, el educador debe resolver la cuestión de qué va a evaluar. Pueden usarse varios tipos de evaluación para medir la efectividad, que son (1) medición de las reacciones del participante (paciente, empleado) a los programas; (2) medición del cambio conductual; (3) medición de los resultados en una organización; (4) evaluación del aprendizaje en los dominios cognitivo, afectivo y psicomotor; y (5) evaluación de otros resultados.²⁷ La evaluación de la educación de salud suele enfocarse en uno o más tipos: conocimiento, actitudes o creencias, cambio en el comportamiento y otras mediciones.

Reacción de los participantes a los programas

El primer tipo de evaluación tiene que ver con las reacciones del participante (empleado, paciente) a los programas educacionales o si son o no favorables. Las preferencias pueden variar según la edad de los participantes, el grupo étnico o cultural, el género, el nivel socioeconómico y otras variables. Es necesario decidir qué es lo que se evaluará. ¿Los participantes estuvieron complacidos y satisfechos con el programa, la materia, el contenido, los materiales, los oradores, la disposición del salón, las instalaciones físicas y las actividades de aprendizaje? Cuando se evalúa un programa, una reunión o una clase, el propósito es mejorar las decisiones concernientes a sus diversos aspectos, para ver en qué forma las partes se ajustan al todo, o realizar cambios al programa.

También puede incluirse la calidad de los elementos de aprendizaje, tales como objetivos, técnicas, materiales y resultados del aprendizaje. Se han utilizado escalas hedonistas o índices de felicidad, como caritas felices o escalas numéricas, para determinar el grado en que a los participantes “les gustaron” diversos aspectos. Aunque estos juicios son subjetivos, no son inútiles, puesto que los aprendices a los que no les gustaron ciertos elementos del programa pueden no estar aprendiendo.

Cambio conductual

Un segundo tipo de evaluación es la medición del cambio en el comportamiento. ¿El comportamiento o los hábitos del empleado o paciente cambiaron con base en el aprendizaje? Al medir el comportamiento, el foco está en lo que hace la persona. En la capacitación de empleados, por ejemplo, se pueden evaluar los cambios en los comportamientos laborales para ver si ha ocurrido la transferencia de la capacitación al trabajo. La mejora continua de calidad ha influido en la necesidad de este tipo de evaluación. Es necesario saber cómo era el desempeño laboral antes de la capacitación y decidir quién observará o evaluará el desempeño modificado, el supervisor, los compañeros o el propio individuo. Este tipo de valoración es más difícil de medir y puede hacerse en forma selectiva.

El criterio último para la efectividad de la educación nutricional no es la mera mejoría en el conocimiento de qué comer, sino también los cambios en los comportamientos y prácticas alimentarios a medida que la persona desarrolla mejores hábitos alimentarios. Por ejemplo, ¿la persona está consumiendo más frutas y verduras? Estos cambios son difíciles de confirmar y a menudo dependen de la observación directa, que toma tiempo; de autorreportes; y de mediciones de resultados indirectos, como el peso perdido o ganado de una persona que estaba en un plan de alimentación para el descenso de peso, para el descenso de la presión arterial en personas hipertensas o un mejor control de la glucosa en sangre en pacientes con diabetes mellitus.^{14,26,27}

Resultados organizacionales

Los profesionales involucrados en la capacitación laboral reúnen un tercer tipo de datos de evaluación para justificar el tiempo y el gasto de la organización. La gerencia puede querer saber qué tanto será el beneficio positivo para la organización en relación con el costo. Los resultados en términos de los siguientes aspectos pueden atribuirse, al menos en parte, a la capacitación; mejora en la moral, mejora en la eficiencia o productividad, mejora en la calidad del trabajo, mayor satisfacción del cliente, menos rotación de personal, menos accidentes o reclamos de compensaciones por parte de los empleados, mejor servicio, ahorros económicos, número de errores del empleado, número de quejas, cantidad de horas extras y factores similares. ¿Cambiar el comportamiento de los empleados en el trabajo mejoró los resultados de negocios? Si no lo hizo, no es de utilidad.

Aprendizaje

Si el aprendizaje ha tenido lugar es una cuestión aparte, aun si el programa obtuvo puntuaciones altas en su valor como entretenimiento. Debe evaluarse el aprendizaje de principios, hechos, actitudes, valores y habilidades en forma objetiva y esta tarea es más compleja. Si los objetivos de aprendizaje están escritos en términos de desempeño medible, sirven como fuente para la evaluación. ¿Hasta qué grado logró el aprendiz los objetivos?

El éxito o fracaso de una persona en aprender pueden determinarse desarrollando situaciones, o reactivos de exámenes, basados en los objetivos de instrucción. Un programa no es efectivo si no ha logrado sus objetivos. Es importante que los reactivos de la prueba se relacionen con los objetivos de desempeño y las condiciones expuestas en el [capítulo 11](#). Si no se relacionan con los objetivos, no es posible evaluar si la instrucción fue exitosa, esto es, si el aprendiz aprendió lo que se pretendía.

Mager señaló que deben superarse varios obstáculos para evaluar con éxito los resultados de la instrucción. Algunos son causados por objetivos mal escritos, mientras que otros son el resultado de actitudes y creencias por parte de los instructores, que utilizan reactivos inapropiados.²⁰

Uno de los problemas de evaluación se deriva de objetivos mal escritos. Si no se establece el desempeño, si se omiten las condiciones y falta el criterio, será difícil crear una situación de prueba. Si se descubren estas deficiencias, el primer paso es reescribir el objetivo. Mager sugiere una serie de pasos para elegir los reactivos de examen apropiados:²⁷

1. Comprueba que el desempeño (lo que la persona podrá decir o hacer) esté establecido en el objetivo. Relaciona el desempeño y las condiciones del reactivo con los del objetivo.
2. Verifica si el desempeño es una intención principal o solo un indicador. Si el desempeño es la intención principal, determina si es oculto (invisible) o abierto (visible, audible).
3. Si el desempeño es oculto, como resolver un problema, verifica que haya un indicador de comportamiento, una actividad visible o audible mediante la cual pueda inferirse el desempeño.
4. Prueba el indicador abierto en objetivos que contienen un desempeño distinto al principal.

El primer paso es ver si el desempeño especificado en el reactivo es el mismo que el especificado en el objetivo. Si no están relacionados, el reactivo debe revisarse, porque no indicará si se ha logrado el objetivo. Si el objetivo establece que el desempeño es “planear menús bajos en grasas” u “operar la lavadora de platos”, por ejemplo, la prueba debe incluir la planeación de menús o la operación de la lavadora de platos. Sería inapropiado pedir al aprendiz que discuta los principios de escribir menús o identifique las partes de una lavadora de platos en un diagrama.

Además de relacionarse con el desempeño, la prueba debe usar las mismas circunstancias o condiciones especificadas en el objetivo.

EJEMPLO (Dadas las partes separadas de la rebanadora de carnes) es capaz de reensamblar las partes en la secuencia correcta.

Las condiciones son “dadas las partes separadas de la rebanadora de carnes”. El profesional debe proporcionar una máquina desarmada y pedir al empleado que la reensamble. Una prueba inapropiada sería pedir al aprendiz que mencione los pasos para reensamblar la máquina o discutir las precauciones de seguridad que deben tomarse.

Si el aprendiz debe desempeñarse bajo cierto rango de condiciones, puede ser necesario probar el desempeño utilizando el rango completo. Si un paciente come en casa y en restaurantes, el nutricionista debe determinar si la persona es capaz de seguir los cambios alimentarios en ambos entornos. Si los estudiantes están aprendiendo a tomar una historia alimentaria, debe enseñárseles a manejar el rango de condiciones, incluyendo gente de diferentes edades, niveles socioeconómicos y grupos culturales. No toda condición será enseñada o probada, pero las condiciones comunes que el individuo enfrentará deben incluirse en los objetivos y en la prueba.

La intención principal de un objetivo puede establecerse en forma clara o puede estar implícita. La intención principal es el desempeño, mientras que un indicador es una actividad (visible, audible) a través de la cual se infiere la intención principal:

EJEMPLO (Dada una copia de un plan de alimentación restringido en sodio) es capaz de planear un menú para un día completo.

En este ejemplo, la intención principal es discriminar entre alimentos permitidos y omitidos en el plan de alimentación y el indicador es la habilidad de planear menús. Se puede inferir que el paciente sabe lo que está permitido y lo que no si planea menús restringidos en sodio precisos. Prueba el indicador en objetivos que lo contengan. Esto, por supuesto, no demuestra que la persona cambiará sus comportamientos alimentarios.

Las acciones ocultas no son visibles, sino que son actividades internas o mentales, como resolver problemas o hacer identificaciones. Si el desempeño es oculto, debe agregarse un indicador al objetivo, como se explicó en el [capítulo 11](#) y dicho indicador debe probarse.

EJEMPLO Es capaz de identificar las partes de una rebanadora (en un diagrama o en forma verbal).

Para este ejemplo, debe proporcionarse al empleado el indicador, un diagrama de la rebanadora y pedirle que identifique las partes.

Aunque algunos desempeños son ocultos, otros son abiertos. Las acciones abiertas son visibles o audibles como escribir, describir en forma verbal y ensamblar. Si el desempeño es abierto, se debe determinar si el reactivo se relaciona con el objetivo.

EJEMPLO Es capaz de reensamblar las partes de la rebanadora de carnes.

Deben darse al empleado las partes de la rebanadora y pedirle que las reensamble. Las pruebas de desempeño son apropiadas cuando se enseñan habilidades. Si se ha enseñado al empleado a usar el equipo, la evaluación debe pedirle que demuestre su operación. Si el estudiante está aprendiendo habilidades de entrevista, la realización de una entrevista es la forma indicada de evaluación.

Hasta ahora, la exposición ha utilizado ejemplos de objetivos en los dominios cognitivo y psicomotor. Los objetivos afectivos describen valores, intereses y actitudes que se piensa predispondrán a cambios alimentarios. Mientras que los dominios cognitivo y psicomotor se ocupan de lo que pueden hacer los individuos, el dominio afectivo tiene que ver con lo que quieren hacer. Estos cambios son ocultos o internos y se desarrollan más despacio y durante un periodo específico. La evaluación de su logro es más difícil y debe tomar distintas formas.

Las actitudes se infieren con base en la evidencia de lo que la gente dice o hace. Para valorar si la persona ha sido influenciada por la educación, el profesional puede organizar una discusión y escuchar lo que el individuo dice u observar lo que hace, ya que el decir y el hacer son comportamientos abiertos. Al medir las actitudes y valores, la persona necesita tener la oportunidad de expresar su acuerdo en vez de decidir sobre respuestas correctas o equivocadas. Por ejemplo, puede usarse una encuesta de actitudes autorreportadas. Se pueden dar afirmaciones a las que la persona responde sobre una escala de 5 puntos, de “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”. Para evaluar el cambio en el comportamiento del aprendiz, el nutricionista intenta recabar datos que le permitan hacer una inferencia con respecto a la disposición futura de la persona en situaciones similares. En el dominio afectivo, esta es una tarea más difícil.

Es concebible que el individuo puede exhibir un comportamiento abierto deseable solo en presencia del nutricionista. La actitud hacia seguir un plan de alimentación para controlar la diabetes o un procedimiento laboral puede diferir dependiendo de la presencia o ausencia del profesional. Como se requiere tiempo para cambiar valores y actitudes, la evaluación tendrá que repetirse a intervalos designados. Para determinar en forma realista qué tan dispuesta a actuar está la persona, el enfoque de la medición debe evaluar las respuestas voluntarias y no las dadas bajo coerción.

Otros resultados

El resultado puede definirse como lo que sucede o no sucede después de una intervención. El criterio de la efectividad de un programa de educación nutricional suele ser una mejora en el conocimiento, la conciencia y los comportamientos alimentarios o parámetros fisiológicos o ambos. Este criterio puede medirse de muchas maneras, dependiendo de los datos disponibles sobre la aplicación y el resultado. Para los programas de educación profesional, el uso de copias impresas y portafolios electrónicos que representen la evidencia de habilidades y competencia es

una forma de valorar las mediciones de resultados.²⁸⁻³⁰

AUTOEVALUACIÓN



Has conversado sobre la restricción de sodio con un hombre diagnosticado con hipertensión. ¿Cómo puedes evaluar lo que él ha aprendido?

Los resultados deben tener interpretaciones claras relacionadas con la intervención del nutricionista para mejorar la nutrición y el estado de salud. Pueden ser de varios tipos: (1) mediciones fisiológicas o biológicas, (2) cambio conductual basado en autorreportes, (3) mediciones psicosociales relacionadas con la alimentación y (4) mediciones ambientales o de otro tipo del comportamiento alimentario. Los indicadores biológicos son cambios en los índices clínicos y bioquímicos, como los niveles séricos de lípidos en la enfermedad cardiovascular, el nivel de hemoglobina o albúmina sérica en el embarazo y el nivel de hemoglobina glucosilada en la diabetes. Los cambios en la conducta alimentaria como reducir la ingesta de grasa o aumentar la ingesta de fibra se basan en autorreportes, que pueden estar sujetos a sesgo. Los resultados psicosociales incluyen un aumento en el conocimiento nutricional, cambio de actitud o autoeficiencia para el comportamiento, pero no prueban el cambio en las elecciones alimentarias. Otros cambios son en el índice de masa corporal o peso, aumentos en el nivel de actividad física, disminución de la presión arterial o reducción de los factores de riesgo de enfermedad y mejora en la salud (ambas, metas a largo plazo).

Debe tenerse cuidado al interpretar algunos de estos resultados, porque pueden reflejar variables distintas a la educación. El estrés, por ejemplo, puede afectar los niveles de glucosa en sangre de una persona aun cuando siga un plan de alimentación para el control de la diabetes. En las intervenciones de educación nutricional, el comportamiento se ha medido en diferentes formas que van de elecciones alimentarias observables a ingestas alimentarias. Estas pueden incluir reportes de los maestros o padres sobre las preferencias alimentarias del niño, como rechazar un alimento, disposición a probar una nueva comida y elegir alimentos más nutritivos cuando hay otras opciones disponibles. Pueden utilizarse las elecciones alimentarias y el consumo actual, el desperdicio y la ingesta autorreportada para evaluar la ingesta alimentaria. Otras medidas incluyen un recordatorio de 24 horas, registros dietéticos y cuestionarios de frecuencia de consumo de alimentos, cambio en la preparación de las comidas y las recetas o porcentaje de participación después de una intervención.

Las medidas físicas pueden incluir valores de laboratorio, presión arterial, índices de peso, excreción urinaria y estado de actividad física. El aumento medio de peso materno, el peso del infante al nacer y las puntuaciones Apgar al momento del nacimiento pueden usarse para evaluar los resultados del embarazo y la salud de los recién nacidos.²⁴

Los cambios organizacionales incluyen modificaciones en los menús de almuerzos escolares, como reducciones de grasas y sodio o las opciones alimentarias

y la información nutricional ofrecidas en el sitio de trabajo. Sería recomendable recolectar datos sobre el número de lesiones laborales o incidentes en el manejo higiénico de los alimentos después de una capacitación en seguridad.

Técnicas de recolección de datos

Existen muchas técnicas para recabar datos para la evaluación: pruebas en papel, cuestionarios, entrevistas, observación visual, pruebas de muestras de trabajo o desempeño, simulaciones, formas de clasificación o listas de verificación, mediciones de desempeño individuales o grupales y autorreportes. Como dispositivos de medición que serán analizados en forma estadística, requieren del uso de diseños experimentales específicos. Sin importar el instrumento particular o la técnica utilizados, deben ser probados con antelación con un grupo más pequeño antes de su uso. Dado que las comparaciones son deseables, suele ser necesario recolectar datos preliminares sobre el desempeño o los comportamientos actuales.²¹

Pruebas

Es probable que las pruebas, en especial las escritas, sean los instrumentos más comunes para medir el aprendizaje. Las pruebas demuestran lo que se sabe, y las escuelas dependen en gran parte de ellas. Las preguntas de opción múltiple, verdadero o falso, respuesta corta, de completar, relacionar y de ensayo se utilizan para medir el aprendizaje en el dominio cognitivo. Las pruebas son adecuadas cuando se espera que varias personas aprendan el mismo contenido o material. A veces se emplea una prueba previa y una prueba posterior para medir el aprendizaje. Este método es útil para controlar las variables, pero se debe tener cuidado de no atribuir todos los cambios observados en la prueba posterior a las experiencias de aprendizaje, porque hay otros factores que pueden estar involucrados.



Las ayudas visuales son un apoyo para el aprendizaje.

Fuente: CDC/Amanda Mills.



ANÁLISIS DEL CASO 3

¿Qué tipo de evaluación o de medición de resultados sugieres para la clase de prenatal?

Aunque las pruebas son apropiadas para los niños en edad escolar, los adultos pueden no responder en forma favorable. El nutricionista debe evitar evocar recuerdos infantiles asociados con un maestro autoritario, un niño dependiente o el grado asignado de éxito y fracaso basado en las respuestas acertadas o equivocadas. En situaciones de uno a uno, el nutricionista debe pedir al individuo que exprese de modo verbal lo que ha aprendido como si se lo estuviese diciendo a un cónyuge o amigo. Otra opción es utilizar una herramienta de autoevaluación.

Cuestionarios

Los cuestionarios pueden ser planeados con antelación y a menudo se usan para evaluar actitudes y valores que no involucran respuestas correctas. Las preguntas pueden ser abiertas, de opción múltiple, de categorización, de lista de verificación o de respuesta alternativa como sí/no, estoy de acuerdo/no estoy de acuerdo. Al valorar un cambio conductual en el trabajo, los capacitados y el supervisor pueden completar el cuestionario.

Entrevistas

Las entrevistas uno a uno son otra forma de evaluación. Son el equivalente oral a los cuestionarios escritos utilizados para medir objetivos cognitivos y afectivos. Antes de la entrevista, el instructor debe planear y elaborar una lista de preguntas que indicarán si ha ocurrido el aprendizaje. La evaluación posterior a la instrucción puede consistir en pedir al aprendiz que repita hechos importantes. Una ventaja de la entrevista es que el evaluador puede hacer que la persona se sienta a sus anchas y corregir de inmediato cualquier error. Otra ventaja es que el entrevistador puede indagar información adicional. Aunque este método toma tiempo, es apropiado para gente con bajo nivel de alfabetismo o para los menos educados. Las entrevistas en grupos de discusión, ya mencionadas, son una forma de evaluación cualitativa y formativa.

Observación

En muchos casos, la observación visual es un método apropiado de evaluar el aprendizaje. Deben definirse los comportamientos a ser observados y para esto puede ser útil elaborar una lista. Cuando los empleados están bajo supervisión directa, la observación sistemática y continua por un periodo es una base para valorar el aprendizaje. El supervisor puede observar y reportar si el empleado está operando el equipo en forma correcta o si está siguiendo los procedimientos establecidos. Si se le han enseñado al empleado procedimientos para el manejo higiénico, por ejemplo, el profesional puede ver si están o no siendo incorporados al trabajo. Se trata de evaluar el desempeño usando lo aprendido como un estándar. Si hay discrepancias, puede ser indicado proveer más aprendizaje.

Pruebas de desempeño

Cuando no es posible la observación directa o esta tomaría demasiado tiempo y sería costosa, puede observarse una situación simulada o prueba de desempeño. Este tipo de pruebas es apropiado en los dominios cognitivo y psicomotor. Se puede pedir a un mesero que ponga una mesa, a un cocinero que demuestre la rebanadora de carnes, o a un paciente que indique qué ordenar del menú de un restaurante. Se puede dar al paciente una lista de alimentos y pedirle que diferencie los que son apropiados para su plan de alimentación. Con permiso del aprendiz, la sesión de enseñanza puede grabarse en audio o en video. El instructor y el aprendiz pueden discutir juntos los resultados y planear el aprendizaje para corregir deficiencias. El observador debe delinear cuáles comportamientos están siendo observados y cuál es una conducta aceptable.

Escalas de calificación y listas de verificación

Ambos instrumentos se utilizan para evaluar el desempeño del aprendiz y la eficacia del instructor. Se mencionan las categorías o atributos, tales como el nivel de conocimiento o la confiabilidad y deben definirse en detalle para evitar ambigüedades. Deben acentuarse los atributos que pueden ser confirmados en forma

objetiva en vez de juzgados de modo subjetivo. Se utiliza una escala de 5 o 7 puntos, permitiendo el medio punto y deben definirse las calificaciones, por ejemplo, de “excelente” a “malo” o de “en extremo aceptable” a “muy inaceptable”. La lista debe incluir, como posible respuesta, “No hubo oportunidad de observar”.

Las escalas de calificación están sujetas a varios errores. Dos evaluadores pueden juzgar al mismo individuo en forma distinta. Para evitar errores, es esencial definir los términos y capacitación de los evaluadores. Las calificaciones pueden verse afectadas por sesgos personales. Además, algunos calificadores tienen la tendencia a ser demasiado indulgentes. Si el calificador es perfeccionista, puede haber errores. Algunos evaluadores tienden a calificar a la mayoría de la gente como promedio, y creen que pocas personas califican en los niveles más altos. Otro posible error es el error de “halo”, en donde el evaluador está tan impresionado en forma positiva o negativa por un aspecto de la persona que juzga todas sus otras cualidades de acuerdo con aquel.

Mediciones de desempeño

En los programas de capacitación para empleados, pueden evaluarse las mediciones del desempeño individual o de grupo. Esto puede incluir la calidad y cantidad del trabajo, el número de errores, los días de ausentismo, el número de quejas y otro tipo de problemas que afectan el desempeño laboral.¹⁷

Autorreportes

Los autorreportes, la autoevaluación y la autovigilancia son otros abordajes para la evaluación. En el dominio afectivo, se presentan preguntas o afirmaciones escritas y el individuo provee las respuestas. “¿Qué cambios, si los hubo, hizo usted en sus elecciones alimentarias?”, “¿Qué está haciendo en forma distinta?”. Los autorreportes, como un registro dietético de tres días, se utilizan para medir el cambio conductual. Las respuestas pueden estar distorsionadas o sesgadas si el individuo puede inferir la respuesta aceptable.

Todos los métodos de evaluación tienen ventajas y limitaciones, que deben tomarse en cuenta. Si bien la evaluación puede no aportar una prueba de que la intervención y la educación funcionaron, sí produce una gran cantidad de evidencia.



ANÁLISIS DEL CASO 4

¿Qué tipo(s) de evaluación puedes utilizar para la clase de nutrición prenatal?

Confiabilidad y validez

Los conceptos de confiabilidad y validez son esenciales para medir la efectividad de los resultados de la educación nutricional y el aprendizaje del empleado. La validez indica si estamos midiendo lo que pretendíamos medir. Hay varios tipos de validez, tales como relacionada al contenido, relacionada al constructo y relacionada al criterio (concurrente y predictiva), todos los cuales ayudan a “defender” la validez del instrumento. La validez relacionada al contenido, que es la más simple y quizás la más importante, se refiere a si los reactivos de la prueba o las preguntas corresponden a la materia o propósito de la instrucción o al conocimiento, habilidades u objetivos que deben medir para una audiencia específica por cultura, edad, nivel de alfabetismo y elementos similares. Por ejemplo, si se está interesado en determinar el conocimiento sobre la fibra alimentaria, ¿el contenido de las preguntas es apropiado?

La confiabilidad se refiere a la consistencia y precisión con las cuales la prueba o el dispositivo mide algo en la misma forma en cada situación o en el tiempo. Por ejemplo, si se aplica una prueba dos veces a los mismos estudiantes para probar las mismas habilidades, los estudiantes deben ser situados en la misma posición relativa con respecto a los otros cada vez para que la prueba sea confiable. Los métodos para determinar la confiabilidad y validez de las pruebas pueden encontrarse en la literatura educacional.²⁷

En todos los casos, ten presente que la herramienta de medición debe valorar si el aprendiz ha obtenido el conocimiento, habilidad o competencia requeridos o si su conducta ha cambiado. Es esencial probar antes los instrumentos de evaluación con la audiencia pretendida. Si el aprendiz no ha obtenido el conocimiento o la habilidad, puede ser necesario proveer más aprendizaje.

Una vez recabados los datos de la evaluación, deben ser compilados y analizados. El análisis estadístico de los datos es toda una materia en sí misma y está fuera del alcance de este libro. Los planes o programas futuros pueden ser modificados con base en los resultados de la evaluación, los cuales deben ser comunicados a través de reportes de evaluación, por ejemplo, a los participantes, gerencia, tomadores de decisiones y futuros aprendices.^{21,27}

Planes de lección y de programa

Un plan de lección es un resumen escrito de la información con respecto a una unidad de instrucción. Es el instructor quien lo prepara y lo utiliza. Existen varios formatos para hacerlo, pero el contenido es el mismo en esencia. Un plan de lección es un proyecto que describe todos los aspectos de la instrucción e incluye lo siguiente:²⁰

- Evaluación previa de los participantes o valoración de las necesidades.
- Los objetivos de desempeño identificados.
- El contenido (introducción, cuerpo, conclusiones).
- Qué secuencia seguirá el contenido.
- Una descripción de las actividades que realizarán los participantes para alcanzar los objetivos.

- Los procedimientos instruccionales (técnicas y métodos).
- Materiales educativos, ayudas visuales, medios electrónicos, folletos y equipo.
- Cantidad de tiempo asignada o programada.
- Instalaciones que se utilizarán.
- Método para evaluar si el aprendiz ha logrado los objetivos y otros resultados.
- Referencias.

Una vez escrito, el plan de lección es una guía flexible para la instrucción que puede utilizarse con muchos individuos o grupos diferentes. Puede agruparse una serie de planes de lección o actividades en una unidad de instrucción más amplia que cubra un marco de tiempo más extenso, como un día completo o varios días. También se usa el término “planeación de programa”. El plan para un programa más largo incluye en esencia los mismos componentes que el plan de lección, con la adición de los nombres de los oradores y otras personas responsables y consideraciones de costo. Los recuadros 12-2 y 12-3 proporcionan muestras de planes de lección.

- I. Audiencia objetivo: nuevo personal de atención a comedor.
- II. Objetivo: al poner las mesas, el personal será capaz de manejar los platos y cubiertos de manera higiénica.
- III. Tiempo designado: 15 minutos.
- IV. Evaluación previa: cuestionar a los nuevos empleados para determinar lo que ya saben acerca del manejo higiénico de los platos y cubiertos.
- V. Contenido y secuencia:
 1. Lavarse las manos. Sostener la loza por las agarraderas.
 2. Sostener las tazas por la base o sostener los vasos y copas por la base.
 3. Sostener los platos y platones por los bordes, sin tocar la comida.
 4. Utilizar una bandeja.
 5. Las manos y la piel como fuentes principales de bacterias que provocan enfermedades y su transmisión a los alimentos y cubiertos.
 6. Despeje adecuado de platos para evitar contaminación de las manos.
 7. Lavarse las manos.
- VI. Actividades de aprendizaje:
 1. Demostración y discusión del manejo apropiado de los platos y cubiertos al poner las mesas, servir los alimentos y despejar las mesas.
 2. Discusión sobre el lavado de manos.
 3. Práctica por parte del nuevo personal.
- VII. Materiales: platos, cubiertos, bandeja, material impreso con los puntos importantes a recordar.
- VIII. Evaluación: si los platos y cubiertos fueron manejados adecuadamente o no durante la práctica; observación continua del desempeño laboral del empleado.

Recuadro 12-2 ■ Muestra de plan de lección sobre el manejo sanitario de los platos.

- I. Audiencia objetivo: mujeres embarazadas.
- II. Objetivo: ser capaz de identificar alimentos y cantidades de alimentos que satisfagan las necesidades diarias de calcio para el embarazo y planear menús utilizando dichos alimentos.
- III. Tiempo designado: 30 minutos.
- IV. Evaluación previa: cuestionar a la audiencia acerca de cuáles alimentos contienen calcio y en qué cantidad deben consumirse a diario durante el embarazo. Determinar embarazos previos y qué se consumió durante ellos.
- V. Contenido y secuencia:
 1. Necesidades diarias totales de calcio, con las importantes funciones del calcio durante el embarazo.
 2. Productos lácteos como fuente de calcio, qué cantidad de calcio hay en cada uno.
 3. Otros alimentos como buenas fuentes de calcio, qué cantidad de calcio contienen.
 4. Fuentes de calcio para personas intolerantes a la lactosa.
 5. Hacer que la audiencia sugiera desayuno, almuerzo, cena y colaciones que satisfagan las necesidades de calcio.
 6. Preguntas del público.
 7. Hacer que cada persona planee su propio menú para mañana.
- VI. Actividades de aprendizaje: discusión en grupo sobre las fuentes alimentarias de calcio. Mostrar alimentos reales y modelos de alimentos para el tamaño de las porciones. Planear en grupo un menú para un día seguido de planeación individual, algo apropiado para sí misma para el menú del siguiente día.
- VII. Materiales: muestras reales de alimentos, modelos de alimentos, lápiz y papel para la planeación del menú, pizarrón o rotafolio para escribir los menús, material impreso con buenas fuentes de calcio y la cantidad de calcio en cada una, incluyendo la ingesta diaria recomendada para el embarazo y una muestra de menú.
- VIII. Evaluación: el menú planeado por cada persona. Discusión con las personas durante sus visitas de seguimiento prenatal.

Recuadro 12-3 ■ Muestra de plan de lección sobre el calcio en el embarazo.

Documentación

Los nutricionistas son responsables del cuidado nutricional que proporcionan en todos los escenarios, incluyendo en consulta y en la práctica privada y en el sitio de trabajo. Los estándares de práctica aceptados para el control de calidad y organismos de acreditación en Estados Unidos, tales como las Joint Commission on Accreditation

of Healthcare Organizations ordenan que los servicios de nutrición sean documentados y comunicados a otros profesionales de la salud.³¹ Los registros del paciente también aportan evidencia en demandas por mala praxis y son importantes para la negación de la responsabilidad legal. Esto es cada vez más importante cuando se transfiere información a otros a través de Internet.³²

La documentación proporciona un desarrollo de la historia de los servicios de nutrición a los pacientes. Esenciales son la medición y documentación de los resultados deseados: médicos, clínicos, educacionales y psicosociales. La información comunicada demuestra qué servicios de los que se prestaron contribuyen al cuidado de la salud y que tales servicios proporcionaron al paciente un beneficio específico que compensa el costo del servicio.

El sitio usual para la documentación es el registro del paciente o el expediente médico. La Academy of Nutrition and Dietetics en Estados Unidos implementó un proceso de documentación sobre nutrición utilizando las categorías de problema, etiología y signos o síntomas (declaración PES), que busca estandarizar el lenguaje utilizado en el proceso de cuidado nutricional. En el [capítulo 1](#) se cubren estos sistemas con mayor profundidad.³³ La documentación de la educación y programas de capacitación de los empleados también es esencial. Deben llevarse registros de toda la información incluida en la orientación al empleado. El uso de una lista de verificación de la orientación es de utilidad para asegurar que todo lo que el empleado necesita saber le ha sido comunicado. Los registros deben conservarse en un archivo que muestre la fecha y el contenido de las sesiones de capacitación, como los programas en el servicio y las experiencias fuera del trabajo, como la educación continua.¹



ANÁLISIS DEL CASO 5

¿Qué documentación planeas utilizar para la clase de prenatal?

12 CAPÍTULO

Resumen

En este capítulo se examinó la selección e implementación de actividades de aprendizaje en los dominios cognitivo, afectivo y psicomotor. Se describieron el análisis de tareas y la CEP. Por último, se delineó el proceso de evaluación en donde los datos son recolectados y analizados para determinar el éxito de

las empresas educativas.

1. Desarrolla un plan de lección para una clase de nutrición prenatal.
2. ¿Qué tipo de materiales audiovisuales sugerirías?
3. ¿Qué materiales impresos recomendarías?
4. ¿Qué tan larga debe ser la presentación?

Revisión y preguntas

1. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de los métodos y técnicas educativas?
2. ¿Qué métodos y técnicas son apropiados para los objetivos del dominio cognitivo? ¿Del dominio afectivo? ¿Del dominio psicomotor?
3. Explica cómo se utilizaría un análisis de tareas con la CEP.
4. ¿En qué formas puede organizarse o secuenciarse la instrucción educativa?
5. ¿Cuáles son los propósitos de la evaluación?
6. Diferencia lo siguiente: evaluación formativa y sumativa; confiabilidad y validez; evaluación referenciada al criterio y referenciada a la norma.
7. ¿Cuáles son los tipos o niveles principales de la evaluación? Si tuvieras que describirlos a alguien que desea evaluar la capacitación de los empleados, ¿qué elementos primordiales enfatizarías?
8. Si tuvieras que evaluar un programa de educación sobre la diabetes, ¿qué harías? ¿Cómo realizarías la evaluación?
9. ¿Cuáles son las partes de un plan de lección o plan de programa?
10. ¿Qué debe documentarse en el expediente médico?

Actividades sugeridas

1. Realiza un análisis de tareas para usar un procedimiento o una pieza de equipo (cafetera, rebanadora de carnes, lavadora de platos, bati-dora, horno, parrilla, vaporera, etc.), mencionando en secuencia los pasos y puntos clave.
2. Utilizando la secuencia CEP y el análisis de tareas, enseña a alguien a usar una pieza desconocida de equipo.
3. Planea el aprendizaje utilizando una de las técnicas del capítulo (distintas a la conferencia), como discusión, simulación o demostración. Implementa el plan.
4. Desarrolla uno o dos objetivos de desempeño sobre un tema de interés

para una audiencia objetivo definida por edad, sexo, nivel socioeconómico y nivel educativo. La audiencia pueden ser mujeres embarazadas, madres, niños en edad escolar, adolescentes, hombres o mujeres adultos, adultos mayores, empleados, ejecutivos, atletas o una persona con una enfermedad crónica. Planea la evaluación previa, el contenido, las técnicas de presentación, las ayudas de enseñanza y materiales impresos y los métodos de evaluación. Implementa el plan educacional.

5. Desarrolla una o dos ayudas visuales para usarlas en la enseñanza.
6. Aplica una prueba previa de conocimiento sobre un tema. Instruye al aprendiz sobre el tema. Haz un seguimiento con una prueba posterior para examinar los resultados.
7. Ubica un modelo lógico de un programa educativo existente. Compara este método de evaluación con otro método presentado en este capítulo.
8. Menciona tres formas en las que evaluarías si un empleado aprendió en un programa de capacitación. Menciona tres formas en las que evaluarías si un paciente comprendió la instrucción con respecto al plan de alimentación para el control de la diabetes.

Presentaciones orales



Objetivos

- Describir el proceso de preparación de la presentación.
- Mencionar los tres componentes de una presentación y su contenido.
- Discutir técnicas efectivas de oratoria.
- Identificar los retos y proponer ideas para superar las barreras.
- Delinear los problemas especiales cuando la presentación incluye medios.
- Realizar una presentación a otras personas y completar la crítica después de la presentación.

CASO PRÁCTICO 1



Joan Stivers, nutricionista, trabaja en un programa de bienestar corporativo. Ha notado que algunos empleados que comen en la cafetería de la oficina eligen alimentos no muy buenos. Otros se van a un restaurante cercano de comida rápida. La gerencia le pide que dé una presentación de 30 minutos sobre almuerzos saludables y nutritivos.

Siempre hay tres discursos por cada uno que usted da. El que practicó, el que dio y el que desearía haber dado.

—Dale Carnegie

Introducción

Presentar información efectiva en un formato oral es un concepto básico de comunicación. La mayoría de los nutricionistas tendrán que impartir presentaciones orales para compartir su experiencia muchas veces a lo largo de sus carreras. Esta importante habilidad profesional está incluida en los Standards of Practice and Standards of Professional Performance de la Academy of Nutrition and Dietetics así como en las competencias profesionales en Australia, Canadá y otros países.¹⁻⁵

Las habilidades de presentación que exploraremos en este capítulo se aplican a una amplia variedad de campos profesionales e involucran a los estudiantes, pacientes, pares y empleados. Los formatos incluyen escenarios de grupos grandes y pequeños. Como es el caso para tantas otras habilidades discutidas en este libro, la confianza necesaria para dar un mensaje en forma oral y articulada no puede lograrse solo leyendo. Dominar la habilidad de comunicar un mensaje a una audiencia es una capacidad adquirida que comienza al tener el valor de aplicar las técnicas a situaciones reales. La meta de transmitir un mensaje efectivo es producir un resultado deseado, como cambiar un comportamiento, entender nueva información, apreciar nuevas tendencias o desarrollar nuevas habilidades.

Existe un gran volumen de literatura en el tema general de la comunicación oral, planeación de presentaciones y hablar en público.⁶⁻⁹ El propósito de este capítulo es proporcionar información sobre cómo crear y realizar presentaciones orales efectivas. Este proceso incluye preparación, organización, transmisión y evaluación. Otros capítulos de esta obra cubren la planeación del proceso de aprendizaje ([capítulos 11 y 12](#)) y la creación de audiovisuales ([capítulo 14](#)). Estas son habilidades complementarias necesarias para una comunicación oral efectiva.



ANÁLISIS DEL CASO 1

Preparación de una presentación efectiva

La clave para una presentación oral efectiva es la preparación. El orador debe valorar las necesidades de la presentación a través de una serie de actividades de análisis de audiencia, programa y contenido. Esta filosofía incorpora una perspectiva tanto interna como externa de las metas de la audiencia y del ponente. A menudo, quien planea el programa puede proveer información complementada por el análisis de preparación del propio presentador.^{6–10}

Análisis de la audiencia

El primer paso es un análisis de la audiencia y es necesario si el orador desea mantener el delicado equilibrio entre lo que la audiencia espera aprender y lo que el presentador desea que aprenda. Recaba información sobre la audiencia planeada. Esto puede incluir datos tales como edad, género, nivel educativo u ocupación, años de experiencia y conocimiento actual del tema. ¿Cuál es la meta de la audiencia al asistir a la presentación? ¿Las personas asisten en forma voluntaria o es una sesión de capacitación obligatoria? ¿Cuál es su valor percibido de las sesiones? ¿Pagaron para asistir y escuchar o es un evento de entrada libre? La presentación será más exitosa y enfocada si muchas de las metas y expectativas de la audiencia se incorporan en el programa.^{7,10}

Análisis del programa

El segundo paso es el análisis del programa. El presentador debe conocer el escenario y la estructura general del programa. ¿Habrà solo un presentador o múltiples oradores? Habrà más flexibilidad con respecto al contenido y al estilo de transmitirlo si serás el único ponente. Si la presentación es parte de un programa más amplio, averigua cuáles serán los temas y oradores que precederán y seguirán a tu presentación. Pide los objetivos de aprendizaje y el contenido planeado del programa completo. Esto asegurará que complementarás, y no duplicarás, la información que será presentada.

Considera la posición de la presentación en relación con la comida programada y los descansos. Valora qué medios instruccionales están disponibles. Pregunta si se espera que proporciones material impreso, las fechas de entrega y cómo se las entregarás a la audiencia. Algunos programas requieren que el material sea colocado en forma electrónica con anticipación o impreso para la presentación. Determina las limitantes de tiempo. Evalúa el tiempo designado para la presentación en relación con el tiempo requerido para las preguntas del público.

Reúne información sobre el lugar físico y la ubicación del evento. ¿Habrà un

podio y un micrófono? ¿Dónde se sentarán los presentadores mientras otros ponentes exponen? ¿Cuál será la disposición del salón? ¿La audiencia estará sentada en sillas o habrá mesas? ¿Cuáles son las posibles distracciones? ¿Los miembros de la audiencia podrán entrar y salir del salón? ¿Estarán comiendo o bebiendo durante la presentación? Discute las expectativas de los organizadores y el papel del presentador en el programa general. La meta es anticipar todos los problemas del programa que pueden surgir como parte de tu preparación para estar en condiciones de enfrentar su efecto.⁸⁻¹⁰

Análisis de contenido

El tercer paso es el análisis de contenido. La clave para mantener la atención de una audiencia es ser coherente y comunicar mensajes bien enfocados. El público tiene un tiempo limitado para absorber las ideas del ponente. El secreto de la brevedad y la simplicidad es conocer los propios objetivos antes de planear la plática. El contenido de la presentación debe corresponder a los objetivos de aprendizaje. ¿Qué desea lograr el presentador? ¿Qué cambios se pretenden en el conocimiento, actitud o comportamiento de la audiencia? ¿Realizarán una tarea o recordarán cierta información? Un error común entre los ponentes inexpertos es intentar cubrir demasiado en el tiempo permitido. A menudo, los presentadores inexpertos sienten la necesidad de mostrar su conocimiento y sobrecargan a la audiencia con información. Por ejemplo, el contenido de una presentación sobre la seguridad alimentaria varía dependiendo de si se imparte a trabajadores veteranos, o a nuevos empleados, o a una combinación de ambos grupos.

En contraste con la lectura, que permite a la persona regresarse para reconsiderar una idea, escuchar requiere de una concentración continua. Cuando el cerebro comienza a sentirse sobrecargado y se presenta la saturación, se protege a sí mismo cerrándose o divagando. Es probable que hayas tenido la experiencia de fingir escuchar a un orador demasiado meticuloso mientras tu mente estaba en otro lado, porque perdiste interés en el mensaje del presentador. El contenido de una presentación oral debe limitarse a algunos puntos principales, formateados en general como de tres a cinco objetivos de aprendizaje. El oyente puede absorber contenido bien enfocado, en particular cuando es reforzado con detalles, ejemplos y una variedad de medios. Demasiada información y demasiados puntos diferentes hacen fracasar el propósito. Es más probable que los oyentes presten su completa atención cuando saben hacia dónde va la presentación y son capaces de seguir el razonamiento del ponente. Es más probable que capten los ejemplos y los internalicen con más facilidad.^{7,10-12}

Componentes de una presentación efectiva

Los tres principales componentes organizacionales de una presentación son la introducción, el cuerpo y el resumen. La mayoría de la gente no es consciente de que

la organización de una presentación es crucial para la respuesta de la audiencia. El público puede retener más o menos la misma cantidad de información después de escuchar una presentación organizada que una desorganizada, pero solo los asistentes a la presentación organizada tomarán en serio el mensaje o tal vez cambien su actitud hacia el tema. Una audiencia que escucha a un ponente organizado es más propensa a inferir que el orador es competente. Una presentación organizada da al público la sensación de que el ponente sabe bien hacia dónde va la plática al estructurarla con un comienzo, una parte media y un final bien definidos.^{6-8,10-12}

Título e introducción del presentador

Hay dos piezas importantes que preceden a la presentación en sí: la creación del título de la presentación y el formato de la introducción del orador. Como impresión inicial, el título establece el ambiente al proveer un nivel de interés para la audiencia de la presentación. Debe ser atractivo pero informativo; debe crear un grado de curiosidad sin desviarse del propósito real de la presentación. El organizador del programa puede sugerir un título en las partes iniciales del proceso. El presentador debe esforzarse por reunir opiniones sobre la decisión final, como un método de asegurar un nivel de energía inicial de las expectativas de la audiencia. Por ejemplo, compara las siguientes opciones de título de “Control de la diabetes” o “Métodos innovadores para mejorar el control de la diabetes”. La audiencia anticipa la perspectiva de aprendizaje activo y el valor que sugiere la segunda opción.⁷

La introducción del orador debe proveer la información necesaria para que la audiencia establezca su credibilidad en el tema de una manera concisa. La meta es resaltar solo la información pertinente que sea relevante para el auditorio en vez de compartir toda la vida del presentador. Esta introducción es más efectiva cuando entreteje información profesional con un toque personal para conectar a la audiencia con el orador, quien debe proporcionar una breve introducción escrita al presentador para ayudar a ligar el contenido con el reconocimiento de su experiencia profesional por parte del auditorio. Por ejemplo, la introducción puede comenzar con la experiencia académica y laboral y continuar con una frase sugerida como: “Quizás hayan leído el artículo de Mary sobre el tema en la edición de junio del *Journal of the American Medical Association...*”, o bien, “Les interesará saber que Mary está comprometida con la filosofía de actividad física que compartirá con nosotros hoy, porque es una ávida caminadora...”.

AUTOEVALUACIÓN



¿Cómo te presentarían si fueras a dar una plática sobre nutrición? Escribe tu propia introducción.

Cada uno de los tres principales componentes organizacionales de la presentación real cumple una función específica. La introducción comienza la presentación al

proveer información básica para crear interés. El cuerpo presenta los datos, detalles y sustancia del tema. El resumen concluye la presentación y brinda un mensaje para que la audiencia se lleve a casa. Por lo general, la introducción y el resumen deben tomar entre 5 a 10 minutos cada uno del tiempo de la presentación. El cuerpo comprende el resto del tiempo designado para cubrir el material y permitir al público hacer preguntas después del resumen.⁷⁻¹² A continuación presentamos una exposición detallada de cada componente.

Introducción de la presentación

La introducción sirve como transición al cuerpo de la plática. Su contenido le describe a la audiencia la relación específica del tema con sus necesidades. Inicia con una frase o dos que establecerán el propósito general de la presentación y obtén la atención de los oyentes. Continúa con información adicional para mantener el interés del auditorio, proporcionando datos que sustenten el tema o describiendo en forma breve el espectro del problema. Esta información eleva la percepción de los oyentes del valor de la presentación para cada uno de ellos de modo personal. Por último, la introducción delinea los objetivos de aprendizaje específicos.

Los objetivos dirigen a los oyentes hacia el cuerpo de la información que vendrá a continuación. El orador debe comprometer a su audiencia al “prometer” un resultado específico (por ejemplo, lo que los oyentes sabrán) al final de la presentación. Esto puede incluir formas de tener un mejor control sobre su salud, proveer comidas más nutritivas para sus familias o tener mayor seguridad alimentaria. Otras ideas pueden transmitir cómo ponerse en una posición en donde el resto de la gente pensará mejor de ellos o los respetará más o sentir que tienen el conocimiento para desarrollar y aplicar nuevas habilidades en su trabajo. Los objetivos de aprendizaje preparan a la audiencia a estar atenta al mensaje que vendrá. No toda necesidad humana puede relacionarse con todos los temas, pero deben incorporarse tantos y tan apropiados como sea posible durante la introducción.

Una frase inicial para los consumidores que asisten a una presentación gratuita sobre el tema de las cardiopatías sería: “Están aquí hoy para aprender más acerca de las cardiopatías y cómo hacer cambios en su manera de alimentarse para reducir su riesgo”. Esta declaración iniciará la conexión. Pueden seguir algunas estadísticas breves, que muestren el número de los decesos por cardiopatías que ocurrieron el año pasado y que estuvieron relacionados con la alimentación. Los objetivos de aprendizaje continúan la información al dar un panorama preliminar de la información contenida en el cuerpo de la presentación: “Hoy pretendo exponer tres puntos específicos. Primero, examinaremos la relación de la alimentación con las cardiopatías. Segundo, mostraré cómo leer las etiquetas de los alimentos buscando el contenido de grasas y colesterol. Y por último, les daré algunas guías sobre cómo aplicar su nuevo conocimiento nutricional y protector del corazón cuando comen fuera de casa”.



La nutricionista mejora la presentación con material visual.

Fuente: US Department of Agriculture.

La introducción no solo ayuda a la audiencia a escuchar la plática con una expectativa de lo que vendrá, sino que la organización en sí misma contribuye al “efecto halo” y aumenta la percepción del auditorio de la credibilidad del orador. El ponente debe retornar a los objetivos de aprendizaje dentro del cuerpo de la presentación, si es posible, para recordar a la audiencia la forma en que el proceso de escucha está satisfaciendo sus necesidades.



ANÁLISIS DEL CASO 2

Escribe una introducción para la presentación de Joan.

Cuerpo de la presentación

El cuerpo de la presentación expande los puntos mencionados en la introducción al proveer los datos e información reales. Los presentadores deben tener un razonamiento para la forma en que decidieron organizar esta sección principal para alcanzar los objetivos de aprendizaje. El cuerpo de la presentación debe asegurar también que la audiencia entienda por completo el contenido del mensaje, crea en el orador y se sienta lo bastante cómoda con él como para compartir sus objeciones en el caso de que se confundan o deseen desafiar al ponente. El público espera poder hacer algo en forma distinta después de la presentación, por ejemplo, comenzar a leer las etiquetas de los productos, intentar una nueva receta, comprar alimentos diferentes en la tienda, aceptar desayunar o cambiar la forma en que capacitan a otros

empleados.

El ponente debe construir el mensaje de manera clara y concisa, presentando la información en un orden lógico. El nivel del contenido es crucial. Es necesario dirigir el nivel de información desde el conocimiento básico de la audiencia a un nivel más alto que pueda lograrse dentro del tiempo permitido. Esto puede ser desafiante cuando el auditorio tiene varios niveles de conocimiento y experiencia. El entendimiento del público mejora al diseñar e incorporar medios y experiencias participativas que incluyan una gama de contenido más amplia de la que se cubre en el tiempo de la presentación. Por ejemplo, una referencia o un folleto simple sobre los principios de una alimentación saludable para el corazón que no se discutirá a profundidad durante la plática pueden darse además de material específico que se enfoque en las grasas saludables para el corazón cubiertas a profundidad en el cuerpo de la presentación. De esta forma, el ponente satisface las necesidades de los miembros de la audiencia que necesitan más información sobre el concepto básico y de aquellos que poseen un conocimiento más avanzado.

El ponente aumenta la validez del contenido y su propia credibilidad cuando proporciona referencias, documentación y fuentes además de la información presentada. Por último, el presentador debe lograr una relación con la audiencia durante el cuerpo de la plática moderando el ritmo de la información a lo largo de la presentación. El público debe sentir confianza en la información presentada y sentirse cómodo de poder preguntar al final de la presentación. Si el orador se mueve muy rápido de un punto a otro, puede causar confusión y frustración en su público. La amplitud y profundidad del contenido debe corresponder al tiempo permitido. Es responsabilidad del ponente terminar la presentación en el tiempo especificado, dando tiempo para las preguntas. Es injusto para la audiencia y para el próximo ponente tomarse más tiempo del planeado debido a una mala organización o preparación.⁷⁻¹²



ANÁLISIS DEL CASO 3

¿Cuáles son los objetivos de la presentación de Joan?

Resumen de la presentación

El resumen y la conclusión avisan a la audiencia que la presentación está “cerrándose” y está por terminar. Esta transición debe ser gradual y fluida. Cuando sea posible, revisa los objetivos de aprendizaje iniciales para recordar a tu público que han participado en alcanzar las metas generales de la presentación.

Los comentarios de cierre como: “Creo que es todo lo que tengo que decir”, “Gracias por escucharme” o “¿Qué tal si me hacen algunas preguntas?” son abruptos y suenan demasiado informales. Recuerda que la credibilidad del ponente se ve influenciada por las percepciones del auditorio de qué tan bien ha organizado la presentación. Las claves verbales como “En conclusión...”, “Para resumir...”, o

“Antes de concluir quiero compartir con ustedes un pensamiento más...” ayudan a hacer saber a la audiencia que la presentación está por terminar. Muchos oradores usan una cita o anécdota final para reforzar un punto importante por última vez, mencionan su información de contacto si esta no ha sido provista en el material impreso o usan una diapositiva estándar con un signo de interrogación para establecer el ambiente para las preguntas del público.

Sé proactivo e interroga si la audiencia tiene preguntas. Por supuesto, la gente a menudo duda en hacer preguntas. El ponente puede preparar algunas. Puedes pedir una reacción de un participante que ha estado prestando atención. Puedes decir: “Noté que usted sonrió cuando estaba mencionando la lista de alimentos a evitar. ¿Podría compartir con nosotros qué alimentos le costó más dejar y algunas ideas que pueda tener sobre una opción viable?”. Después de responder a la primera pregunta, que fue generada por el presentador, con frecuencia es más simple que otros respondan cuando tú preguntas: “¿Qué otras preguntas o comentarios tienen?”.⁷⁻¹²

Recuerda llevar tarjetas de presentación y quedarte después de la presentación para hablar con la gente que quiera compartir comentarios o hacer preguntas. Los ponentes que han mantenido buen contacto visual y han establecido un ambiente cálido a través de la sonrisa casi siempre terminan interactuando con miembros de la audiencia que desean conversar después de la presentación. Esta suele ser una oportunidad para lograr contactos para otras pláticas y por lo tanto para establecer la mejor forma de relaciones públicas cara a cara. Cuando una larga fila de gente está esperando para hablar y el tiempo es limitado, alienta a las personas restantes a que te contacten. Asegúrate de hacer el seguimiento que prometiste.



ANÁLISIS DEL CASO 4

¿Cómo debe manejar Joan la conclusión de su presentación?

Implementación de una presentación efectiva

Utilizando algunas técnicas básicas que se describen a continuación, los presentadores pueden crear y realizar una presentación efectiva.

Conexión con la audiencia

Las audiencias se identifican con los ponentes que parecen ser valiosos y conocedores. Por lo tanto, estos deben hacer saber a sus oyentes durante la presentación, en forma sutil, que están calificados. Por ejemplo, se puede decir: “...en un artículo que escribí el año pasado para el *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*...”, o “De los varios cientos de pacientes con los que he trabajado en el pasado...”. El público tiende a prestar más atención cuando piensa que la persona que

les habla es capaz de relacionarse con sus circunstancias o demostrar cualquier conexión que pueda tener con un grupo en particular. Por ejemplo, puedes decir: “He vivido en esta comunidad durante 15 años...” o “Una vez tenía 12 kilos de más...”. Si lo piensas, casi todas las audiencias tienen algunos rasgos con los que el presentador puede identificarse.¹⁰⁻¹²

El público evalúa al presentador y sus percepciones contribuyen al ambiente en el momento en que entran al salón. Cuando sea posible, los ponentes deben llegar temprano para conocer a la gente. Su propia autoconfianza, sea real o fingida, relajará a la audiencia e incrementará sus percepciones del deseo del presentador de compartir información. Los ponentes nunca deben dar información negativa con respecto a su propio estrés o temor de hablar en público. La audiencia quiere aprender y disfrutar. Cuando está consciente de la fragilidad o el pánico escénico del orador, tiende a simpatizar con él y a ponerse nerviosa también.⁸⁻¹²

Si los ponentes están esperando a ser presentados y están sentados entre el público o en un escenario, deben estar conscientes de que la audiencia está observando hasta su menor movimiento. Esto comienza antes de la presentación. Los ponentes deben tener cuidado de sonreír, verse confiados y transmitir esta seguridad. Una vez que el orador es presentado, la forma en que camina hacia el podio es crucial. La postura que el ponente asume durante la presentación también es importante. En esos primeros momentos debe crearse una impresión inicial. El ponente debe caminar con confianza mientras mira hacia el público y sonríe. Antes de pronunciar sus primeras palabras, una buena técnica es pasar tres largos segundos solo mirando al auditorio. Trata de sonreír y establecer contacto visual con varias personas. Esto les ayuda a inferir seguridad, confianza y el deseo del orador de conectarse con ellos.^{10,13}

Los ponentes experimentados pueden ver casi todo desde su posición al frente del salón. Si están alerta, pueden ver a mucha gente que comienza a inquietarse. Pueden interpretar esto y actuar con respecto a dicha retroalimentación. En consecuencia, los ponentes pueden decidir dar a la audiencia una breve interacción, como responder a una pregunta pidiendo al público que levante la mano. Pueden intensificar sus propios movimientos para recuperar la atención. Pueden realizar una nueva actividad, quizás una que implique la participación del público. Pueden ver a algunas personas que llegan tarde, buscando un asiento con torpeza. Esto les da la oportunidad de darles la bien-venida en público y pedir a otros que se muevan un poco para hacerles lugar. La audiencia comenzará a enviar señales y a participar cuando se da cuenta de que el ponente es sensible a sus reacciones.^{8,9}

Si bien las situaciones individuales pueden dificultar la adherencia a esta estructura, una regla general es planear al menos 10 minutos de interacción con el público cuando el tiempo asignado es de 60 minutos. Cuando se habla por más de una hora, las actividades de participación del público durante la presentación son esenciales para mantener a la audiencia interesada. El tan aclamado formato de plática TED (**T**ecnología, **E**ntretenimiento y **D**iseño) utiliza un marco de tiempo de 18 minutos.¹⁰

Uso de apoyos visuales

Los medios son una extensión directa del ponente y en consecuencia se reflejan en su credibilidad. Los medios pueden incluir diapositivas generadas por computadora, audios, videos, folletos, rotafolios e incluso muestras reales como alimentos. Los medios que son preparados, diseñados e implementados con altos estándares profesionales contribuyen a una presentación superior. Por ejemplo, un ponente que utiliza diapositivas con fuentes de letras grandes e imágenes atractivas, en vez de letreros en blanco y negro con fuentes pequeñas, permite que la audiencia infiera que es un presentador experimentado y considerado (figura 13-1). Incluso la calidad y el color del papel utilizado en los folletos puede añadir o actuar en detrimento de la impresión general.¹⁰⁻¹² En el capítulo 14 se brinda información para crear medios efectivos.



Figura 13-1 ■ Elige mensajes simples para apoyar las presentaciones orales.

Fuente: Partnership for Food Safety Education.

ANÁLISIS DEL CASO 5

¿Qué medios puede utilizar Joan en su presentación?

Técnicas de transmisión

El texto escrito y la presentación oral son por completo diferentes. No hay objeción en que un ponente escriba inicialmente la plática completa. Esto implica organizar con cuidado la información a ser presentada utilizando cualquier orden sistemático

que sea apropiado, como temas, pasos u otro marco de referencia. Sin embargo, una vez escrita la plática, el ponente debe reconocer que el manuscrito representa la “ciencia” de la presentación, mientras que su transmisión representa el “arte”. Cada vez que se da, la presentación debe ser un poco distinta. Usa palabras, ejemplos o anécdotas únicos adaptados a audiencias y situaciones particulares. La elección de las palabras en el lenguaje hablado también tiende ser distinta del lenguaje escrito. En el lenguaje hablado, las oraciones tienden a ser más simples, más cortas y más coloquiales, incluyendo palabras comunes y contracciones. En comparación, un manuscrito será más erudito y académico. La única forma en que los presentadores perfeccionen este arte es ensayar a partir de un esquema simple y no de un manuscrito. También es esencial ensayar en frente de personas que reaccionarán y comentarán, en vez de hacerlo frente a espejos, paredes o parabrisas de autos.

¡Nunca leas ni memorices! Existen otras buenas razones para no ensayar a partir de un manuscrito. Eventualmente memorizarás el discurso y esto puede ser fatal. Una vez que un discurso es memorizado, los oradores tienden a centrarse más en el discurso que en la audiencia. Tienden a preocuparse más de si pueden recordar cada línea con exactitud, tal y como está escrita en el manuscrito y menos de si el público está disfrutando, aprendiendo, escuchando y entendiendo. Otro problema que surge de verbalizar el manuscrito es que es *¡aburrido!* Dado que las expresiones faciales y las entonaciones vocales del ponente no son espontáneas, el monólogo tiende a sonar memorizado y puede muy bien volverse aburrido para los oyentes.^{7,8,10-13}

Una de las prácticas menos efectivas para los presentadores es admitir ante un público sus dudas sobre sí mismos: asustados, mal preparados, les falta material, están resfriados o les falta confianza. La audiencia no sabe qué puede faltar y suele ser mucho menos crítica de los presentadores de lo que estos son con respecto a sí mismos. El ponente debe actuar con confianza, aunque por dentro no la sienta. Los presentadores se ven a sí mismos en la situación de adentro hacia afuera. La audiencia los ve de afuera hacia adentro. Esto significa que si se les pregunta si están nerviosos o ansiosos, los presentadores siempre deben responder que *¡no!* El público solo puede ver la punta del iceberg cuando observa al ponente, no suele sentir la intensidad de su ansiedad; por lo general las audiencias no están conscientes de dicha ansiedad a menos que se les llame la atención hacia ella a través de la propia confesión del orador.¹²⁻¹⁴

Los sentimientos conocidos como “pánico escénico” pueden provenir desde los inicios de la raza humana, cuando nuestros ancestros prehistóricos tuvieron que sobrevivir viviendo en cuevas y compartiendo sus alimentos con otras bestias. Al enfrentarse a un depredador, nuestros ancestros tenían un uso genuino para una súbita descarga de energía que les daba el poder para pelear o correr (por ejemplo, respuesta pelear o huir). Los vestigios de este poder, que emanan de las secreciones de la glándula suprarrenal, siguen manifestándose hoy cuando la gente presiente el peligro. ¿Quién no ha sentido un cubo de hielo en el estómago cuando es reprendido por el jefe, o le han sudado las manos y se le ha acelerado el corazón al entrar a un cuarto lleno de desconocidos? A veces, todavía se leen notas en el periódico de una persona que exhibe una fuerza sobrehumana bajo condiciones extremas de miedo o peligro, como el padre que levanta un auto para liberar a un niño atrapado bajo las llantas.

Esto es un ejemplo del poder que viene con la descarga de adrenalina. Cuando una persona no puede pelear, huir o utilizar de alguna forma esta descarga, puede abrumarse por estos sentimientos internos.

La mejor salvaguarda contra el pánico escénico es una preparación y ensayo adecuados. Mientras más practiques ante *gente viva*, menos nerviosismo sentirás. Otras formas de lidiar con estos sentimientos son mantenerte activo durante la presentación y “actuar” en forma calmada y confiada. Si los presentadores saben que estarán llenos de energía extra debido a un exceso en sus secreciones de adrenalina, deben considerar esto en su planeación. La energía puede incorporarse a la presentación mediante actividades como pasar materiales, utilizar un señalador o cualquier otra actividad que exija movimiento. El movimiento es una liberación de tensión y ansiedad y permite que la audiencia infiera entusiasmo a partir del movimiento del presentador en vez de miedo, nerviosismo o tensión. Puede no funcionarle a todo el mundo, pero mucha gente puede aprender a controlar su comportamiento en público si se visualiza como que está actuando.¹⁰⁻¹³

Todo movimiento debe tener un significado. No te pasees. Los presentadores deben buscar oportunidades para romper la barrera invisible entre ellos y su público. Caminar hacia la audiencia, entrar y salir de ella o caminar entre la gente son formas aceptables de dar una presentación. Lo que no es aceptable es caminar de un lado a otro, en especial con la vista baja, mientras reúnes tus pensamientos antes de expresarlos. El movimiento hacia o dentro de una audiencia es en sí mismo un vehículo de comunicación. Cuando los presentadores penetran esa barrera invisible entre ellos y su público, están indicando en forma no verbal su deseo de conectarse, de estar próximos, de percibir mejor lo que la audiencia está sintiendo hacia el presentador y hacia el contenido. De hecho, a medida que el ponente camina entre el público, puede comenzar a verlo desde una perspectiva distinta. Puedes obtener nuevas percepciones sobre cómo aclarar mejor diferentes puntos y temas a partir de este punto de vista.^{10,13,15}

Control ambiental

Toma el control de la forma en que se sentarán los oyentes antes de que se instalen. Puede ser una sala de juntas, un gimnasio o un auditorio, pero es el “espectáculo” del presentador. Toma decisiones conscientes acerca de si acomodar o no al grupo en un círculo, semicírculo, hileras, alrededor de mesas y así sucesivamente. Cuando sea posible saber de antemano qué personas tienen más influencia, se deben reservar sus asientos y colocarlos en la mejor posición para ver, oír y apreciar las ayudas visuales y al presentador. En el [recuadro 13-1](#) se provee una lista de verificación final para las presentaciones.

Los ponentes se desempeñan mejor cuando omiten todas las barreras entre ellos y su público. De ser posible, evita el uso de un podio. A veces esto es imposible debido a la disposición del salón o a los requisitos de otros oradores, pero el presentador puede pararse cerca del podio. Es preferible utilizar una mesa, que puede contener folletos y otros materiales. Por lo general, los adultos no aprenden en forma óptima con el método de las conferencias. A menos que el presentador tenga un talento

extraordinario, debe evitarse una conferencia directa presentada desde atrás de un podio. Cuando se transmite un mensaje al estar parado frente a un grupo sin barreras, el ponente está más dispuesto a detener la plática para responder a la retroalimentación verbal y no verbal por parte de sus oyentes. Asimismo, los gestos y el movimiento pueden ser expansivos y visibles sin la barrera del atril.⁶⁻⁸

Personalizar y completar esta lista de verificación antes de las presentaciones ayudará a evitar problemas de último minuto.

- ¿Tengo mis notas de la presentación?
- ¿Tengo todos mis materiales de soporte?
- ¿Hay folletos o materiales impresos para cada una de las personas que asistan?
- ¿La instalación estará abierta?
- ¿Se dispusieron las mesas y sillas como lo solicité?
- ¿Entiendo cómo funciona el sistema de iluminación?
- ¿Entiendo cómo controlar la temperatura del cuarto?
- ¿Conozco la ubicación de los circuitos eléctricos?
- ¿Todo el equipo electrónico está en su lugar y funcionando?
- ¿Tengo los accesorios para la presentación? (por ejemplo, temporizador, tarjetas de presentación, laptop, señalador láser)
- ¿Tengo accesorios de respaldo? (por ejemplo, focos extra, extensión eléctrica, marcador, señalador láser)
- ¿Tengo el tipo de sistema de audio que necesito? ¿Funciona?
- ¿Puse en silencio mi celular durante la presentación?
- ¿Habrá un letrero para anunciar la ubicación de la presentación?
- ¿Habrá alguien que me presente y he dado toda la información que quiero compartir con el grupo?

Recuadro 13-1 ■ Lista de verificación para las presentaciones orales.

Practica el uso de los medios en relación con la ubicación desde donde hablarás. Evalúa el uso de los medios con la iluminación disponible y determina si es necesario o posible hacer un cambio en la disposición de las luces. Verifica el sistema de distribución de los folletos, si es aplicable. Identifica a la persona responsable de las presentaciones y verifica la información si es necesario.

Determina las opciones con respecto al micrófono. Cuando sea posible, trata de usar un sistema de clip o inalámbrico, que permite más movimientos que un micrófono fijo en el podio. Pide que te den un vaso de agua durante la presentación; beber de una botella de agua distrae.



Un presentador debe estar familiarizado con el sitio y el equipo.

Sé riguroso con respecto a los límites de tiempo. Lleva un pequeño reloj de viaje o temporizador con números grandes para ayudarte a vigilar el tiempo restante o ubica un reloj si lo hay. Apaga tus dispositivos electrónicos. Antes de la presentación, calcula los tiempos de transición entre la introducción, el cuerpo y el resumen. También puedes designar a un miembro del comité organizador o a un colega en el auditorio para que te haga una señal de que debes comenzar a plantear la conclusión.



ANÁLISIS DEL CASO 6

¿Qué enfoques de implementación recomendarías para la audiencia de Joan?

Voz y dicción

La inflexión y variación de la voz agrega interés y la impresión del entusiasmo del presentador. Para algunas personas, controlar esta variación es algo fácil y natural; para otras es todo un reto. De cualquier forma, el presentador debe poner atención a la modulación de su voz. La meta al hablar frente a un grupo es sonar natural y coloquial. Sin embargo, lo que suena natural y coloquial cuando se está frente a un grupo grande no es igual a lo que suena coloquial de cara a un grupo más pequeño. Desde el punto de vista del presentador, “natural y coloquial” deben exagerarse un poco. Los altos deben ser un poco más altos y los bajos un poco más bajos. Lo que a oídos del presentador puede sonar falso y teatral por lo general no lo suena tanto para el oyente. La buena noticia es que este rasgo puede desarrollarse en forma rápida y fácil, incluso para quienes reconocen tener un problema en esta área. Requiere de

arriesgarse a sonar tonto y exagerado en frente de personas en las que confía, hasta que un reforzamiento adecuado convenza al presentador de que el aumento en la variación vocal es de hecho una ventaja. En cualquier caso, es difícil mantener un rango vocal estrecho o monótono por más de unos pocos minutos.^{10,13,15}

Por lo general, cuando habla frente a un grupo, el orador debe intentar hablar más despacio que en una conversación normal. Lo que es un ritmo apropiado durante una discusión cara a cara es probable que sea demasiado rápido para una presentación en grupo. Por alguna razón, parece haber una correlación entre el ritmo del habla del ponente y el tamaño de la audiencia. Lo que puede captarse con facilidad en una conversación cara a cara de ritmo más rápido no se entiende tan bien en grupos grandes. Hablar a un ritmo más lento permite también que el presentador vigile a la audiencia mientras habla para ver si le están entendiendo y si hay gente que necesita una oportunidad para diferir, para ver si necesita hablar más alto, o para aumentar la variación porque algunos oyentes se ven aburrido.

Los oradores profesionales ponen cuidado en su dicción, en especial con palabras como “para”, “pues”, “es decir”, “verdad”, “voy a” y “creo que”. En una conversación ordinaria, uno no suele juzgar en forma negativa a un hablante que pronuncia mal las palabras comunes y no tiene buena dicción, diciendo, por ejemplo: “pa”, “pus”, “ecir”, “veá”, “voa” y “croque”, en el caso de las palabras mencionadas. Sin embargo, cuando ese orador está frente a un público, estas palabras mal pronunciadas suelen resaltar y llevar a inferencias negativas con respecto al orador. Los profesionales que se presentan a sí mismos frente a grupos deben cuidar su dicción, porque si esta es mala, se arriesgan a perder credibilidad.

Una vez que los presentadores se vuelven más conscientes de su dicción y han decidido mejorarla, se requieren varios pasos. Primero, pueden pedir a personas de confianza que los escuchen en forma crítica y los detengan cada vez que ocurra un error de dicción. Segundo, después de que han averiguado problemas comunes de dicción, los ponentes deben entrenarse a sí mismos para escuchar los errores. Es difícil evaluarnos en forma crítica durante un discurso. Igual que aprender a andar en bicicleta y a usar una computadora, esta tarea de aprendizaje y capacitación puede ser incómoda al principio, pero mejora con rapidez. Tercero, los oradores deben reconocer que trabajar en su dicción es una tarea continua. Los oradores profesionales nunca dejan de escuchar la forma en que pronuncian las palabras y planean por anticipado pronunciarlas de modo correcto. Cuando sea necesario, haz una clarificación fonética de palabras o frases difíciles en pequeñas tarjetas. Evita tartamudear o pronunciar mal practicando una y otra vez estas palabras desafiantes hasta que fluyan con facilidad.^{10,12,15}

Gestos y lenguaje corporal

Es una buena costumbre mantener las manos alejadas de tu cuerpo y una de la otra. Permite que estén libres para gesticular. Evita sostener nada en ellas mientras hablas a menos que sea algo útil como un señalador o una ayuda visual. El señalador láser o el ratón de la computadora deben ilustrar en forma selectiva los puntos importantes. El público se distrae cuando el señalador se mueve en forma errática o circula por toda

la pantalla. A menudo, los ponentes se sienten torpes cuando sus manos cuelgan a sus lados. Tal vez si pudieran verse a sí mismos en un video en esta postura, se darían cuenta de que se ve natural, pero aún más importante, es probable que se dieran cuenta de que uno no tiende a mantenerse en esa posición. Si las manos cuelgan a los lados del orador, en algún momento comenzarán a levantarse y a hacer gestos espontáneos para resaltar puntos importantes.

Es arriesgado comenzar una presentación sosteniendo una pluma, un clip, una liga u otro instrumento que no se relacione en forma directa con la presentación. De manera inconsciente, los dedos comienzan a jugar con el instrumento y el público se fascina viendo qué es lo que hará el ponente. Los presentadores deben entrenarse para mantener sus caras animadas, utilizando una variedad de expresiones faciales. Por las mismas razones expresadas antes, es importante que los ponentes utilicen todos los vehículos de comunicación disponibles para mantener la atención de la audiencia. En sí misma, la expresión facial es un vehículo de comunicación. Cuando es vivaz, animada, expresiva y cambia con regularidad conforme el orador reacciona a la retroalimentación que le llega del público, resalta el mensaje verbal y permite que el público infiera inconscientemente que el orador está centrado en ellos. Esto es más fácil para algunas personas que para otras; sin embargo, todos pueden mejorar. Que no sea fácil para un orador “actuar” en forma expresiva, no significa que no pueda crecer de modo considerable en su habilidad para verse expresivo.¹⁰⁻¹³

El contacto visual es un vehículo de comunicación. Utilízalo para mirar a todos y responder a la retroalimentación no verbal. Cuando los oradores tienen la oportunidad de presentarse a sí mismos y sus ideas ante un público, quieren que este los entienda, crea en ellos y siga sus recomendaciones. El ponente tiene su mejor oportunidad de tener éxito en estas metas cuando es capaz de interpretar las reacciones de la audiencia. El hablar en público se considera a menudo como una forma de comunicación de una sola vía, en la que el presentador habla a una audiencia que le escucha. De hecho, el discurso efectivo es una situación de dos vías, en donde la audiencia y el presentador se comunican uno con el otro de manera constante y simultánea.⁹

Las expresiones faciales son importantes. Los presentadores deben recordar, sonreír y verse como si estuviesen disfrutando de la experiencia de compartir información. La sonrisa puede ser ensayada y sentirse falsa, pero debe incorporarse al diseño de la presentación. Los oradores no tienen que sonreír todo el tiempo, pero sí deben mantener una expresión de interés y compromiso con su público. La forma más fácil de transmitir estas impresiones es sonreír en forma natural y frecuente durante la presentación. Por desgracia, no es fácil sonreír cuando se está inseguro del material. Todas las técnicas anteriores pueden implementarse solo cuando el ponente tiene el suficiente dominio del contenido y ha desarrollado habilidades en forma consciente mediante el ensayo.

Apariencia profesional

El atuendo profesional sugiere a la audiencia el estatus de uno como orador al proveer una sensación de confianza. ¡Es irónico que esto signifique elegir ropa que no atraiga

la atención y que el público no recordará! Para los hombres, un traje bien confeccionado con una camisa de color neutral (blanca o de colores ligeros para la cámara) y una corbata en un tono similar es una buena elección. Las mu-jeres pueden elegir una falda o pantalones y blusas neutrales o de tonos pastel. Si vas a hablar desde un escenario alto, considera que el público te verá “hacia arriba”. Es importante usar zapatos confortables y bien limpios, con tacones estables para evitar perder el equilibrio al moverse. Los colores brillantes, los estampados, los diseños inusuales, los estilos informales, la joyería exagerada o que refleje la luz y grandes aretes distraerán a la audiencia del mensaje del orador al atraer demasiada atención.^{13,15-18}



La apariencia profesional es importante.



ANÁLISIS DEL CASO 7

¿Qué atuendo debería usar Joan para esta presentación?

Métodos de evaluación

Los ponentes efectivos usan retroalimentación de cada presentación que dan para afinar sus habilidades. A menudo, las evaluaciones de programa estándar califican al orador con respecto a los objetivos de aprendizaje planeados. Las evaluaciones más profundas pueden agregar información sobre la efectividad y las características de la presentación. Pide al planeador del programa que te dé una copia de la evaluación que hizo el público de la presentación. Obtén una grabación de audio o video.

Algunos oradores graban sus presentaciones o piden a alguien de confianza que lo haga por ellos.⁷



ANÁLISIS DEL CASO 8

¿Qué método(s) se puede(n) utilizar para evaluar la efectividad de la presentación?

Adaptaciones

Aunque los talleres y las entrevistas mediáticas se basan en muchas de las guías de presentación que hemos detallado, cada una de estas situaciones exige adaptaciones específicas para tener éxito y ser efectivos en sus propios campos.

Formato de taller en grupo

Los talleres son presentaciones orales de mayor duración con múltiples temas. Los líderes del taller deben planear utilizar técnicas que involucren a todos los participantes. Debe darse una comunicación abierta entre el líder y los participantes y entre estos últimos. Esta parte del capítulo sobre las habilidades de presentación trata en específico sobre consejos para liderar y planear un taller en grupo. En el [capítulo 15](#) se ofrece más información sobre las estrategias de aprendizaje en grupo.

Las estrategias para alentar la participación incluyen dividir a un grupo grande en grupos más pequeños, darles tiempo para que se conozcan entre sí y después asignar a cada grupo pequeño un conjunto de actividades relacionadas con el tema del taller. Estas actividades de los grupos pequeños pueden incluir cosas como estudios de casos, juego de roles, responder cuestionarios, hacer una lluvia de ideas o llevar a cabo una discusión. Los participantes también pueden involucrarse a través del uso de sistemas digitales de respuesta de la audiencia, donde pueden expresar sus opiniones en forma anónima, aunque sus respuestas pueden compartirse para sucesivas discusiones como grupo. A veces se pedirá a los participantes que realicen tareas previas al taller o que efectúen alguna otra actividad. Los participantes pueden procesar las reacciones a estas tareas en grupos pequeños.⁷



Un presentador debe disponer con antelación del área que ocupará la audiencia.

Fuente: CDC.

Formato de entrevista mediática

Cada vez más, las intervenciones de nutrición y de salud pública dependen de una comunicación efectiva. Esto puede incluir la influencia de las políticas de los medios, la exactitud del reporte mediático, el uso de los medios para defensa y educación de la salud y la disponibilidad de capacitación en relaciones mediáticas para los miembros del personal. Es claro que la imagen y credibilidad de una organización recibe influencia tanto de la forma como del contenido de sus voceros. Esta parte del capítulo sobre habilidades de presentación trata en específico sobre consejos para presentarte a ti mismo o a tu organización ante los medios.

Cuando se tiene la oportunidad de presentar información a través de los medios masivos, hay que entender el poder de estos medios para influir y las inferencias que realizan los oyentes o los espectadores. Este efecto se basa no solo en la presentación del ponente y en sus habilidades de oratoria, sino también en su forma de hacer las cosas. Después de captar el enorme poder persuasivo de los medios masivos, un presentador puede entrenarse para usarlo en su provecho. Sin embargo, si el presentador no está consciente de esto y no realiza adaptaciones especiales para los medios, la presentación no tendrá éxito aun cuando el contenido sea excelente.¹⁰⁻¹³

Estilo del presentador

Cuando se comunican a través de los medios masivos, los presentadores deben recordar que en más de 50% de los oyentes, la interpretación del mensaje es influenciada no por el contenido, sino por la forma: el estilo del presentador, su

energía y nivel de entusiasmo y los vehículos y medios utilizados para la transmisión.

Es mejor presentar la información en forma directa y coloquial, con solo un breve esquema como guía. Los presentadores que parafrasean, citan o leen directo de un manuscrito no suelen transmitir el mismo tono de confianza, integridad, pasión y sinceridad que una persona que está hablando por sí misma podrá demostrar. Por ejemplo, para demostrar pasión, el presentador debe tener un conocimiento perfecto de su material, tener sentimientos fuertes con respecto a él y permitirse emular el mensaje y no leer solo palabras vacías.⁹⁻¹⁵

El tiempo aire es caro y los entrevistadores pueden interrumpir o enviar señales de terminar con los comentarios. Cuando son invitados a una entrevista o a compartir información a través de los medios masivos, los oradores deben verificar de cuánto tiempo disponen y planear de acuerdo con esto. Cuando el tiempo es limitado, el orador debe decidir con antelación qué puntos son los más esenciales, tenerlos resaltados y expresarlos primero. Si le dan tiempo adicional, puede abundar o agregar información adicional.^{10,11,13,15}

Las oportunidades de ser elegido para una presentación mediática aumentan si se hacen videos o esquemas enfocados del contenido. Una vez que algo es grabado, la actuación se vuelve un registro permanente que puede aparecer en cualquier parte o en cualquier momento en el futuro, así que la preparación y el enfoque son componentes clave del éxito.¹⁰

Con frecuencia, los entrevistadores de la radio y la televisión no tienen tiempo de informarse bien con respecto a los datos específicos de las causas de sus invitados. Mantén siempre una actitud profesional. Ser cortante con un entrevistador puede interpretarse como arrogancia y reflejarse en forma negativa en la causa del orador. Mantén el mensaje simple. Sería buena idea ensayar y grabar las respuestas y escucharlas con cuidado. Utiliza los cortes comerciales para aclarar la dirección de la conversación.

El humor es un poderoso vehículo de comunicación, pero no toda la gente está dotada para eso. Los entrevistados deben poner particular cuidado en no tratar de ser chistosos. Esto puede hacer que se vean tontos a menos que sean seguros de sí mismos y tengan una vena cómica especial. Sin embargo, cuando el material en sí mismo es chistoso y ha sido probado con éxito con otras audiencias, el uso del humor puede considerarse.

A menudo los programas de radio y televisión realizan entrevistas previas para determinar si el huésped es articulado y lo bastante interesante como para retener a la audiencia. Este es el momento de dar lo mejor de ti. Solo porque el anfitrión está siendo amable y cortés no significa que no decida omitir a los invitados menos interesantes y articulados.

Después de presentarse en los medios varias veces, uno se vuelve versado en procesar la experiencia mientras esta sucede. Los presentadores deben desarrollar un tercer ojo para vigilarse a sí mismos en los medios y enviarse mensajes acerca de cómo lo están haciendo durante la presentación o entrevista. Dado que la mente humana gira varias veces más rápido que el habla, es posible verse y escucharse a uno mismo mientras habla para hacer las modificaciones necesarias. La regla general es

que para los medios masivos, el comportamiento natural debe exagerarse un poco pero sin ser excesivo. Los presentadores deben comportarse en una forma que genere inferencias de autoconfianza, sinceridad e incluso carisma.

En la televisión, deben controlarse con cuidado los gestos de las manos; tienden a distraer en la pantalla. Los presentadores deben mantener el interés a través de su voz dinámica, su cadencia, inflexiones, pausas, tono y expresión facial. Aunque los grandes gestos expansivos no suelen funcionar bien, la variedad y la variación sí lo harán.

Manejo de preguntas y problemas

Muchos presentadores no profesionales pueden improvisar y verse profesionales. Las respuestas a las preguntas que el entrevistado espera que le hagan deben ensayarse y no ser leídas de las notas. Si te hacen una pregunta que no puedes responder, lo inteligente es admitirlo. Continúa ofreciendo localizar la respuesta y enviársela a la gente adecuada con una fecha límite clara. También puedes decir: “Aunque no puedo responder con exactitud, sí puedo decirle que...”. Esto devuelve la discusión al mensaje principal del presentador. Parte del proceso de autovigilancia debe incluir que el entrevistado juzgue la extensión de sus respuestas. Evita las respuestas muy largas o los monólogos, porque tienden a aburrir a los oyentes y a irritar al entrevistador. Mantén la respuesta enfocada. El atuendo es un vehículo de comunicación en sí mismo. El mejor consejo es vestirse en forma conservadora y con buen gusto y evitar atuendos vistosos o llamar la atención mediante la ropa.^{10,13,15,16-18}

Cuando representas a una organización, a menudo se te harán las mismas preguntas una y otra vez, día tras día. Recuerda, esta es la primera vez que muchas personas del auditorio estarán oyendo este mensaje; las presentaciones deben sonar frescas siempre, aunque el orador esté contestando las mismas preguntas por vigésima vez en dos días.⁹

Los espectadores u oyentes aburridos cambian de canal. Los entrevistados y presentadores deben prepararse con anécdotas interesantes y aforismos. Las experiencias personales tienden a retener la atención. El peor error es ser demasiado intelectual o abstracto.

Cuando varios invitados están en el mismo panel o involucrados en una entrevista simultánea, algunos de ellos pueden intentar dominar o interrumpir. Debes estar preparado por si esto ocurre. Regresa a la conversación y di algo como: “Déjeme terminar este punto”, o “Aguante ese pensamiento hasta que acabe este punto”. Esto debe hacerse con una sonrisa y una voz amable, pero de cualquier forma debe hacerse. Los oyentes y espectadores respetan a la persona que sabe defenderse en forma cortés. Nunca te pongas a la defensiva ante un miembro de la audiencia u otro panelista. El orador debe simplemente mirar al moderador para continuar con el programa.

Si te sientes ofendido en público, sonríe y sopórtalo en vez de reaccionar de manera emocional. Puedes decir: “No estoy de acuerdo”, o “Veamos esto desde otra

perspectiva”, pero no sueltes una réplica brusca. Esta respuesta te hará verte débil e hipersensible, en vez de competente y calificado.

Los oradores deben evitar mencionar el tiempo, lugar o fecha de la transmisión en vivo. Si un video mediático no está “fechado”, tiene mejores oportunidades de ser usado de nuevo por otras afiliadas que necesiten material.

Habrà muchas veces en que el ponente piense que ha sido invitado a hablar sobre una causa específica, pero una vez ahí el entrevistador aborda otros temas. Cuando esto sucede, es responsabilidad del orador transmitir su mensaje incluso si el anfitrión no es lo bastante considerado como para proveer las oportunidades correctas. Si las preguntas se vuelven inapropiadas o son acerca de temas que preferirías no abordar, solo di: “Preferiría no hablar de eso”. No des rodeos ni uses el “doble sentido”. La credibilidad se destruye cuando la audiencia infiere que hay un engaño.

Las impresiones finales cuentan, en especial en los medios. El orador debe usar los últimos momentos públicos para dejar una impresión positiva de una persona serena, asertiva y controlada. En privado, antes de irse, el presentador debe buscar al productor y al director para agradecerles en forma personal. Un firme apretón de manos y mirar a la gente a los ojos mientras habla añaden un mensaje no verbal en sí mismo, aparte del mensaje verbal que está siendo expresado.¹⁰⁻¹⁵

13 CAPÍTULO

Resumen

Las sugerencias expuestas en este capítulo deben practicarse más que memorizarse. Los presentadores deben involucrar a los participantes en sus presentaciones. La conferencia directa sin interacción entre participantes es menos efectiva en provocar el cambio que la conferencia con discusión.

Desarrollar habilidades de presentación y manejar los miles de problemas que pueden ocurrir con los medios o los entrevistadores constituye un proceso que sucede con el tiempo. Los presentadores se vuelven cada vez mejores con cada oportunidad o práctica subsecuente.

Revisión y preguntas

1. ¿Cuáles son los tres procesos de análisis que se utilizan al preparar una presentación?
2. ¿Cuáles son los principales componentes de una presentación efectiva?
3. Describe y analiza varias experiencias que hayas tenido como miembro

de una audiencia.

4. ¿Por qué es importante que el presentador revise todos los materiales que usará en la presentación?
5. ¿Qué significa estar centrado en la audiencia?
6. ¿Cómo pueden los presentadores superar retos tales como nerviosismo, temor y pánico escénico?
7. ¿Por qué son importantes las expresiones verbales y no verbales del presentador?
8. ¿Cuál es la diferencia entre una presentación y un taller?

Actividades sugeridas

1. Diseña y realiza una presentación de 10 minutos sobre algún tema relacionado con los alimentos, la nutrición o los planes de alimentación, como seguridad en el abasto de alimentos, un nuevo producto alimentario, la fibra en los alimentos, reducción de grasas o calorías en los alimentos, colaciones, comidas en restaurante o sodio.
2. Diseña y haz una presentación dirigida a un grupo de padres de niños con obesidad. Debes usar un mínimo de dos ayudas visuales. Incluye en tu presentación de 20 minutos, cinco minutos completos para interactuar con tu público.
3. Diseña y realiza una presentación de 30 minutos dirigida a un grupo de personas que acaba de enterarse que padece diabetes. Se requiere un mínimo de tres ayudas visuales, incluyendo un rotafolio y material impreso. Planea cuando menos 8 minutos de interacción con la audiencia; esto debe ser propiciado por las percepciones del presentador de la retroalimentación no verbal que emane de la audiencia.
4. Diseña y haz una presentación de 60 minutos dirigida a un grupo de personas que ha pagado para que tú les enseñes o las capacites en un área relacionada con tu especialidad en el campo de la nutrición. Usa todas las ayudas que te parezcan apropiadas.

Nota: Si es posible, todas las presentaciones deben ser grabadas en video. Los presentadores deben dar a la audiencia hojas para que escriban sus reacciones y después escribir una crítica de la presentación grabada respondiendo a sus propias reacciones subjetivas, las hojas de crítica de la audiencia y los comentarios del instructor.

Uso de medios para la instrucción



Objetivos

- Describir los puntos clave para utilizar o crear medios para la instrucción.
- Explicar la diferencia entre educación asincrónica y sincrónica.
- Evaluar los medios para instrucción de audiencias específicas.
- Medir el nivel de alfabetismo y aritmética de los materiales educativos.
- Identificar las tendencias tecnológicas clave en los medios.

CASO PRÁCTICO 1



Julie recogió sus marcadores y su rotafolio y se dirigió a la puerta de su oficina a las 9:00 AM. Iba a realizar una sesión de capacitación para los empleados sobre la forma correcta de lavarse las manos a las 9:00 AM. Cuando entró al salón de capacitación, le dijo a los 20 participantes: “Bien, ya llegué. Comencemos viendo un breve video”.

Julie trató de ingresar a la computadora del aula sin éxito. Se dio cuenta de que no podría mostrar el DVD que había traído. Frustrada y avergonzada, dijo: “Nada funciona bien en este salón”. Julie llamó al área de sistemas desde el aula con su celular, pero nadie contestó. Se volvió hacia el grupo y dijo: “Estaba de prisa esta mañana y olvidé el material impreso para la sesión. Me tomará solo unos minutos ir a mi oficina a recogerlos”. Entonces salió del aula.

Lo que la ciencia y el arte tienen en común es tratar de ver a profundidad, para desarrollar estrategias de observación y presentación.

—Edward Tufte

Introducción

Medios educacionales es un término amplio que se usa para describir una amplia gama de materiales visuales. Los formatos varían desde herramientas simples y tradicionales como modelos de alimentos o rotafolios a la más sofisticada tecnología digital como seminarios web o *podcasts*. El uso de medios visuales para presentar información a cualquier audiencia mejora en forma importante la transmisión de un mensaje. La comunicación es más efectiva cuando el auditorio se involucra en el proceso de aprendizaje a través de conexiones visuales. En este capítulo se examinan y valoran los tipos de medios educacionales más comunes, ofrece sugerencias para su uso efectivo y explora la aplicación, siempre en evolución, de la tecnología de los medios digitales.

Beneficios de los medios visuales

“Una imagen vale más que mil palabras”. ¡Qué cierto es esto! Por lo tanto, cuatro imágenes valen lo que 4 000 palabras. Mientras más información quieras que tu audiencia recuerde, más necesitas de ayudas visuales. Cuando la gente puede ver los materiales en vez de solo escucharlos o leerlos, recuerda más. Los medios visuales son útiles en especial para grupos con poca habilidad para leer o con problemas de alfabetismo o aritmética y retos de lenguaje.

Existe gran cantidad de evidencia que documenta que los individuos recuerdan menos de lo que leen (7-10%) o escuchan (20-38%), y recuerdan casi todo lo que ven o hacen (55-80%).¹ Aunque los cálculos varían, la tendencia es clara. El uso de medios visuales mejora el aprendizaje y la retención de información. La mera plática, sea acerca de la alimentación saludable o de los principios del manejo higiénico, obtiene solo resultados limitados. La participación activa es la clave del aprendizaje.^{2,3}

Los medios visuales son parte del acervo educativo. Mejoran los métodos de comunicación escrita y oral y los hacen más interesantes. Las imágenes y los sonidos tienen el poder de atraer la atención, mejorar la comprensión y promover el aprendizaje en un lapso de tiempo más corto que el mero uso de explicaciones verbales. Pero una presentación sólida no depende solo de las ayudas visuales. El presentador debe ser capaz de transmitir el mensaje sin ayudas visuales si es necesario.

Planeación del uso de medios visuales

Planear qué medios visuales se utilizarán es parte del programa de planeación general para cualquier situación de aprendizaje. Responder a las siguientes siete preguntas te ayudará a pensar:

- . ¿Cuáles son los objetivos o metas de la sesión? ¿Qué deberán aprender o poder hacer los miembros de la audiencia?
- . ¿Qué métodos o actividades (por ejemplo, conferencia, debate, asesoramiento o consejería individual, simulación) facilitarán alcanzar los objetivos? ¿En dónde pueden proveer los medios un reforzamiento de los métodos y actividades?
- . ¿Quiénes forman parte de la audiencia? ¿De qué tamaño es? ¿Cuáles son las características de quien aprende (por ejemplo, edad, género, nivel educativo y de alfabetismo, preferencia de lenguaje, grupo étnico o cultural)?
- . ¿Cuál es el nivel actual de conocimiento sobre el tema del aprendiz? Por ejemplo, una presentación para un grupo lego requerirá de medios visuales distintos que una para un grupo de profesionales. La capacitación para nuevos empleados puede requerir de un abordaje distinto en comparación con una audiencia de empleados veteranos.
- . ¿Qué propósito tendrán los medios visuales? ¿Son para generar interés en el tema; afectar actitudes, emociones o motivación; para entretener; para presentar información; para atraer y retener la atención; para involucrar al aprendiz en una actividad mental que promueva el aprendizaje; o una combinación de los propósitos anteriores?
- . ¿De qué manera se pueden organizar y secuenciar los puntos principales al tiempo que se acentúan con medios visuales? ¿Cómo se refuerzan los mensajes clave? ¿Se puede dividir el aprendizaje en pasos clave y valorar el conocimiento en cada paso?
- . ¿Cómo se evaluará la efectividad de toda la presentación, incluyendo los medios visuales?^{4,5}

Los medios educacionales seleccionados dependen de las metas, el tamaño de la audiencia, las instalaciones físicas, el tiempo y equipo disponibles, así como el estilo de aprendizaje de la audiencia.



Utilizando las preguntas anteriores, ¿qué información puede ser adecuada para la audiencia de Julie?

Antes de explorar los tipos de medios visuales, identifiquemos algunos principios clave.

Principios de arte y diseño

La calidad y efectividad de los medios puede depender en gran parte de los principios de arte y diseño. Un nutricionista no tiene que ser un gran artista, pero el entendimiento de los principios simples mejora los resultados. En primer lugar, la imagen debe ser lo bastante grande para que todos los participantes la vean. Debes conocer los parámetros básicos sobre las condiciones físicas donde darás la presentación y el tipo de presentación antes de elegir o crear los apoyos visuales.

Unidad y simplicidad

El presentador debe tratar de transmitir una sola idea a la vez, porque muchas ideas confundirán a la audiencia. Decide cuál debe ser el centro de atención o interés y construye en torno a esto. Enfócate en él de inmediato y refuerza el mensaje. La inclusión de tres mensajes principales es suficiente para la mayoría de las presentaciones.

Palabras y fuentes

Sé conciso y utiliza las menos palabras posibles. Utiliza una imagen cuando puedas. Trabajar en la brevedad de las palabras ayudará a organizar los pensamientos que el presentador desea transmitir. Los títulos y etiquetas se colocan en varios sitios. Los encabezados deben aclarar el énfasis y deberán estar en un tipo más grande.

Estandarizar el tamaño de las letras (tamaño del tipo) y el tipo de las letras (fuente) transmite una apariencia más profesional. Las fuentes Times Roman y Gothic son más legibles que algunas fuentes manuscritas estilizadas (*véase el recuadro 14-1* para ejemplos de fuentes). El tamaño debe ser lo bastante grande para que pueda ser leído por la persona que esté sentada más lejos. Limita el número de fuentes a una o dos. El tamaño del tipo también debe considerarse en los materiales impresos, donde se recomienda un tamaño mínimo de 12 puntos; para los adultos mayores, 14 a 18 puntos. Los colores oscuros sobre fondos claros dan un contraste efectivo.⁴

10 puntos

12 puntos

14 puntos

18 puntos

24 puntos

36 puntos

48 puntos

Times New Roman

Century

Courier New

Freestyle Script

Arial

COPPERPLATE GOTHIC BOLD

Rockwell

Lucida Handwriting

Recuadro 14-1 ■ Estilos de tipografía, fuentes y tamaños.

Para las diapositivas, el número de palabras debe limitarse de 20 a 36 por diapositiva. La “regla de seis” es utilizar no más de seis líneas y no más de seis palabras por línea, con un tamaño de 24 puntos o mayor.⁴ Las letras mayúsculas son apropiadas para títulos cortos de cinco a seis palabras o menos, pero no se recomienda para oraciones largas (por ejemplo, LOS TÍTULOS LARGOS EN MAYÚSCULAS SON MÁS DIFÍCILES DE LEER). El uso tradicional de mayúsculas y minúsculas es preferible para los títulos más largos, dando espacio para la legibilidad (por ejemplo, Una combinación de minúsculas y mayúsculas permite al lector comprender el material). Puedes querer numerar las listas o utilizar viñetas (•)

para dar énfasis a las palabras, o añadir estrellas a los puntos clave.^{4,5}

Color

El color puede resaltar los medios visuales y atraer la atención. Una prestigiosa consultora de diseño del color, Laura Guido-Clark, usa el principio de que “en 90 segundos de ver un objeto o un entorno, usted basa hasta 90% de su juicio subconsciente solo en el color”.⁶ Se deben combinar colores que tengan atractivo estético y no choquen. Es mejor decidir sobre el foco del elemento visual y elegir primero el color para dicho elemento. Los colores tienen significados sutiles para las personas. En gran parte de los países occidentales, el rojo y el naranja se consideran “cálidos”, mientras que el verde, el azul y el violeta se consideran colores “fríos”.⁴ Los colores próximos a la naturaleza, como el azul y el verde, pueden sentirse frescos y son más agradables para la audiencia más amplia. El presentador debe comenzar por considerar el color de fondo. Si es claro, pueden usarse colores brillantes. Con un fondo oscuro se necesitan tonos más claros para contrastar, y la letra impresa debe ser más grande para ser legible. Elige un color o tema y solo cámbialo por razones importantes. Busca plantillas estandarizadas, como las de PowerPoint, que proveen paletas preseleccionadas de colores que están bien equilibradas.

Imágenes

Las imágenes visuales pueden ilustrar bien conceptos difíciles. Esto incluye proporciones, relaciones, similitudes y diferencias. Una ilustración evoca una imagen visual de un procedimiento o técnica. Una caricatura puede añadir humor a la presentación y aumentar la memoria que el espectador tiene de un concepto. El uso de un flujograma u otro modelo lógico puede ilustrar un proceso en forma visual. Como con los otros principios, el nutricionista debe considerar la disposición de la ilustración y su efecto en la comprensión de la audiencia. ¿Está demasiado abigarrado? ¿Es confuso? ¿La imagen cumple su propósito de mejorar el texto en vez de distraer? Una tabla o gráfica complejas pueden ser mejores como material impreso que como diapositiva. Reduce a un formato simplificado o divide su mensaje en varias diapositivas. Elige imágenes relevantes en una forma razonada. Si vas a insertar elementos visuales o de audio, trata de limitarlos de 60 a 90 segundos o menos.

Énfasis y equilibrio

Existen dos formas de equilibrio, formal e informal. El equilibrio informal es asimétrico y es más interesante y atractivo que el equilibrio simétrico. El equilibrio formal sucede cuando una mitad es la imagen en espejo de la otra mitad. Ten presente que nuestra sociedad lee de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo, así que esta es la forma en que gran parte de las audiencias contemplará cualquier imagen. La [figura 14-1](#) ilustra el equilibrio.

Formatos múltiples

Considera preparar múltiples formatos instruccionales. Ten un plan para lidiar con medios y equipo que no funcionan o que son demasiado pequeños para el espacio. Trae contigo una copia impresa de cualquier presentación digital. Siempre debes estar preparado para dar la presentación sin la ayuda de los medios.

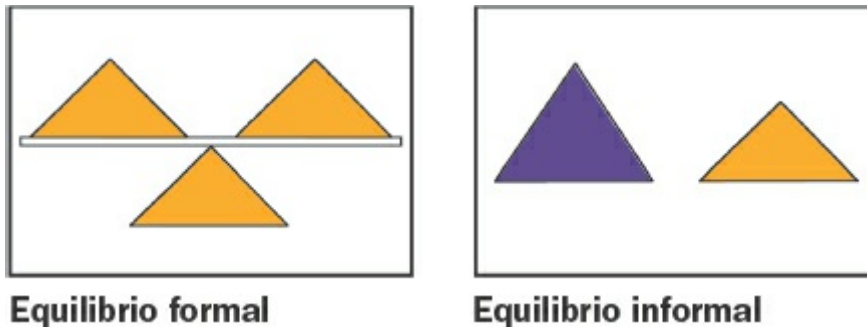


Figura 14-1 ■ Equilibrio formal e informal.

ANÁLISIS DEL CASO 2

¿Cómo puede prepararse Julie para usar múltiples medios de instrucción?

Copyright y permisos

Obtén los permisos necesarios para las imágenes o grabaciones que estés planeando utilizar. Algunas imágenes de la web y materiales de referencia son de uso libre como parte del dominio público. Otros materiales muestran con claridad información del copyright cuando son descargados y su uso es limitado.^{3,4}

Aprendizaje asincrónico y sincrónico

La información educacional puede transmitirse en forma sincrónica o asincrónica. En el aprendizaje sincrónico, todos los participantes aprenden al mismo tiempo. Esto puede ser uno a uno, un grupo pequeño o uno grande. Por tradición, el aprendizaje sincrónico se realizaba en un solo sitio, como una oficina, salón de clases o de conferencias. Hoy, el aprendizaje sincrónico puede ocurrir en dos o más lugares a través de muchos métodos como la videoconferencia, con la distribución de materiales impresos o presentaciones interactivas de seminarios web por internet. El aprendizaje asincrónico es “aprendizaje en cualquier momento”. Leer un artículo de revista, escuchar un *podcast* en un sitio web y participar en una discusión por correo electrónico con base en su horario son ejemplos de aprendizaje asincrónico, el cual provee a los aprendices mucha más libertad con respecto a su abordaje del

aprendizaje. Pueden leer, escuchar o ver el material hasta que se sientan cómodos con él. Ambos tipos de educación deben estar diseñados para que el aprendiz participe en forma activa en el proceso, ya sea interactuando con otros o completando tutoriales y cuestionarios.

En muchos lugares son comunes los módulos de aprendizaje por computadora, instrucción que puede utilizarse en varias formas. Proporciona flexibilidad de tiempo y un mensaje consistente.^{2,7} Quienes aprenden pueden leer o escuchar y completar prácticas o pruebas exhaustivas. Este método es bueno en particular para aprender hechos, recordar terminología médica o practicar habilidades tales como calcular una solución de nutrición parenteral. Se da a los pacientes o empleados una rápida retroalimentación sobre qué tan bien comprenden el material. Los tutoriales, juegos y simulaciones pueden aumentar el aprendizaje.

Hoy en día, la tecnología y los métodos de enseñanza han avanzado a un punto en que un aprendizaje muy interactivo y facilitado ocurre entre el maestro y el estudiante a través de la computadora. La educación a distancia por computadora es un formato de medio de instrucción de rápido crecimiento. Por lo general, una clase de educación a distancia en línea tiene todos los componentes de una clase tradicional: libros de texto, lecturas, tareas y pruebas. La discusión en clase es reemplazada por una discusión en la red moderada por el maestro. La conferencia es reemplazada por lecturas, conferencias visuales y transmisión libre de audio o video. Los estudiantes y los maestros necesitan para esto contar con conexiones de internet de alta velocidad.^{8,9}

Para una educación “justo a tiempo” de un paciente o un empleado, muchas instituciones están usando módulos individuales de computación (terminales). Este abordaje de pantalla *touch* permite acceder a la información desde ubicaciones convenientes con componentes audiovisuales. Los pacientes obtienen la información cuando la necesitan. No reemplaza, sino que aumenta, el mensaje del nutricionista.¹⁰⁻¹²

Estos dos tipos de aprendizaje pueden usarse a la par o en cualquier orden. Por ejemplo, un diabético recién diagnosticado puede realizar primero un aprendizaje asincrónico recolectando y revisando la información en forma individual a través de búsquedas por internet, leyendo folletos y viendo videos. El aprendizaje sincrónico se da cuando dicho individuo asiste a una clase grupal y recibe información en forma simultánea con los demás.

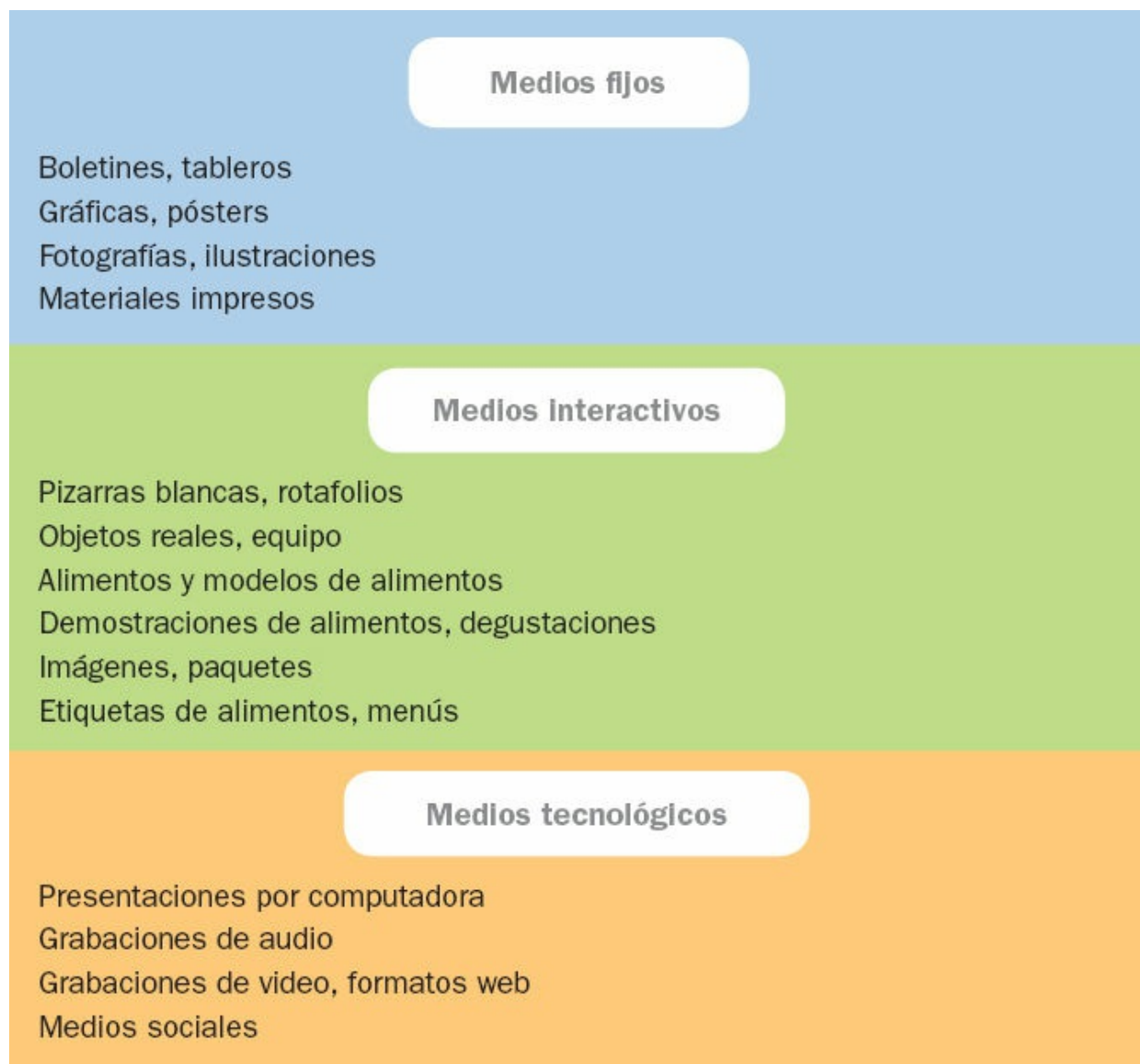


ANÁLISIS DEL CASO 3

¿Cómo puede Julie crear un plan de estudios sobre lavarse las manos utilizando tanto el aprendizaje asincrónico como el sincrónico?

Tipos de medios visuales

Después de considerar lo que debe ser comunicado y de evaluar las necesidades de la audiencia, el nutricionista elige los medios de instrucción apropiados para ese propósito. Puede utilizar un formato único o varias opciones. El [recuadro 14-2](#) ilustra las posibilidades. En esta sección se explican los tipos de medios a considerar: desde formatos fijos al uso interactivo de objetos reales y presentaciones multimedia.



Recuadro 14-2 ■ Ejemplos de medios visuales.

Medios fijos

Los medios fijos deben explicarse por sí mismos. A menudo son exhibiciones visuales en un pasillo, un salón de clases u otra área pública. Los medios visuales también pueden ser una tabla o una gráfica en una revista, periódico o material impreso. La audiencia varía en espectro e interés. Los medios están dirigidos a atraer la atención y transmitir un mensaje simple. Los medios fijos más efectivos también crean un interés inmediato a la primera mirada y estimulan a la audiencia a pasar más

tiempo con ellos.^{3,5}

Boletines o tableros

Los boletines o tableros exhibidos pueden motivar el interés sobre un tema. El concepto debe ser simple y la exhibición debe atraer la atención visual. El adulto promedio pasa 45 segundos mirando una exhibición. Enfócate en un tema con tres o menos mensajes, incluyendo uno de “llévelo a casa”. Limita el número de palabras y utiliza un tamaño de letra de 18 a 24 puntos. Recurre a encabezados atractivos, gráficos que llamen la atención y fotografías interesantes.⁴ El boletín y los tableros suelen estar fijos en una pared en forma permanente.

Gráficas y pósters

La información puede presentarse en gráficas o en pósters hechos por ti o comprados. Pueden ser exhibidos en forma permanente en la pared, en tableros o enmarcados. También puede usarse una mesa, un trípode o un caballete para hacer una exhibición móvil. Considera laminarlos para que puedas enrollarlos para guardarlos o fijarlos en un bastidor con hule espuma para mantener su calidad. Un ejemplo de esto es el diseño gráfico del Department of Agriculture de Estados Unidos sobre el consumo de agua durante el verano (figura 14-2).¹³

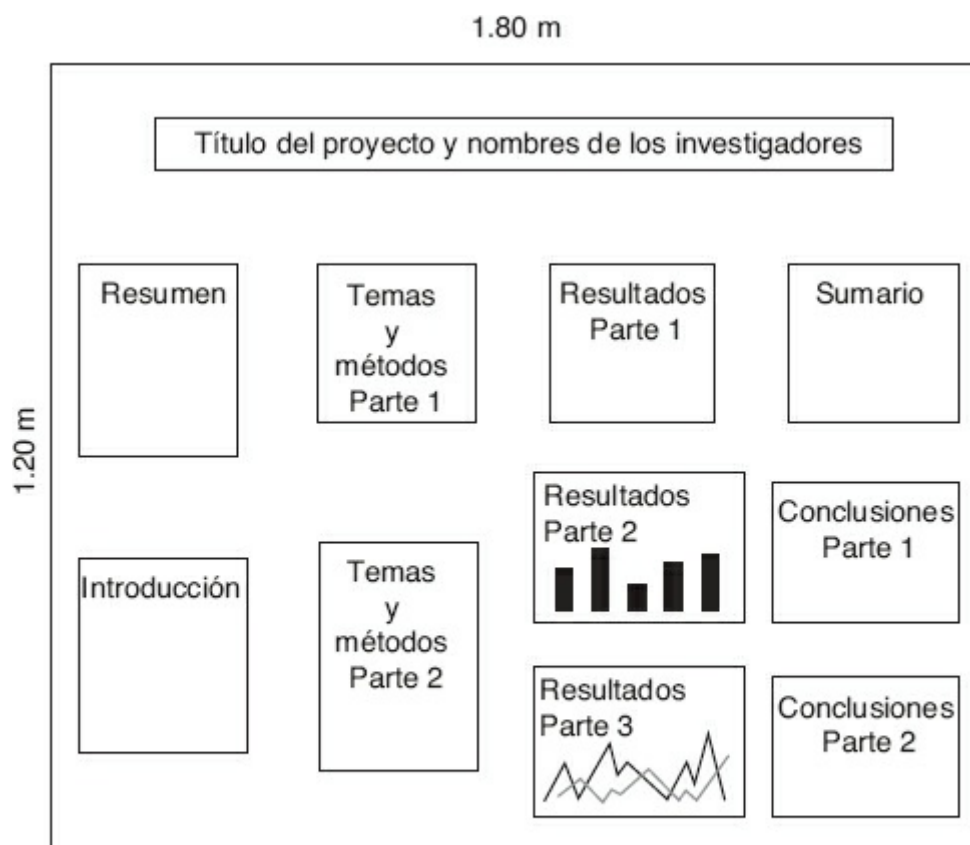


Figura 14-2 ■ Las infografías son medios efectivos.

Fuente: US Department of Agriculture.

Los datos numéricos pueden presentarse en gráficas de barras, de pastel o de línea. No es necesario leer todas las palabras de un medio visual. Cuando mucho, se puede decir por qué es significativo o parafrasear el contenido. El uso de comparaciones de datos interesantes y que hagan pensar con ejemplos cotidianos suele promover el interés de la audiencia e incrementar el tiempo que las personas pasan mirando.^{3,5} Cuando los uses en una presentación en vivo, quítalos de la vista después de discutirlos para recuperar la atención de la audiencia. Regresa a la imagen como una forma de que el aprendiz repase lo que ha aprendido.

Los pósters también son un medio de compartir hallazgos de investigaciones y otra información en las reuniones profesionales. El contenido del póster se divide en segmentos específicos de datos que se combinan en una sola “página”. La información debe hablar por sí misma y no requerir explicación. A menudo los datos se presentan en gráficas etiquetadas con claridad acompañadas por un breve texto explicativo. Los pósters suelen generarse usando un programa de computadora, como PowerPoint, e impresos en un formato de gran tamaño como 91.44 por 121.92 centímetros. Después se les fija a bastidores en el sitio de la reunión para que la audiencia los revise. También puede enviarse por correo electrónico un archivo digital a un servicio de medios para que lo imprima en el sitio de la reunión. Una tendencia reciente es subir el póster al sitio web de la conferencia antes de la reunión, por lo que puede ser guardado para futura referencia de la organización. En la [figura 14-3](#) se explica la generación de pósters por computadora y en la [figura 14-4](#) se ilustra un ejemplo.



Disposición de un póster típico. Recuerda presentar la información con gráficas o tablas siempre que sea posible. Coloca la información importante a nivel de los ojos o más alto.

Figura 14-3 ■ Guía para sesiones de póster.

APLICACIÓN DE LA CULTURA HISPANA A PROYECTOS ESCOLARES DE COMIDA Y NUTRICIÓN PROMUEVE LA AUTOIDENTIDAD DEL ESTUDIANTE AL TIEMPO QUE DIFUNDE LA DIVERSIDAD A UNA AUDIENCIA MÁS AMPLIA
 USDA Hispanic Serving Institution Grant Award 2011-38422-30864
PUENTES (Ruta de educación universitaria para capacitación, experiencia y éxito en nutrición)

Judith Beto, PhD RD, Kathryn Montalbano MLS, Nancy Rivera BS, Krista Silverman BS, Katherine Schury BS, Ana Iritzary BS, Alexis Valenzuela (BS) de Ciencias Nutricionales de la Universidad Dominicana, River Forest, IL 60305 EUA



UNIVERSIDAD DOMINICANA

**Publicación
 White JH, Beto JA. "Strategies for addressing the internship shortage and lack of ethnic diversity in dietetics." *J Acad Nutr Diet* 2013;133(5):771-778 doi:10.1016/j.jand.2013.09.012

1. INTRODUCCIÓN
 Los amplios objetivos de PUENTES fueron: 1) crear un plan de estudios universitario, efectivo, continuo y coordinado que pudiera ser replicado por otros para proveer una solución inmediata a la falta de cantidad suficiente de Dietistas Registrados (RD, Registered Dietitians) que se incorporan a la fuerza de trabajo (125 RD hispanos en 2009 comparados con >2000 RD no hispanos); y 2) aumentar la conciencia entre los estudiantes hispanos locales de la ruta de la carrera de nutrición a través del compromiso con la comunidad.

2. PROPÓSITO
 El propósito de este análisis fue evaluar las actividades integradas dentro del modelo lógico de la beca PUENTES para promover una conciencia más amplia de la cultura hispana fuera y dentro del programa.

3. MÉTODOS
 El programa se dirigió a tres áreas principales de actividad: cambio del plan de estudios (para integrar la conciencia cultural con proyectos de laboratorio), compromiso de la comunidad (conciencia del programa, opciones de carreras RD y ruta de RD), acreditación del programa (acreditación formal y aprobación del ACEND [Accreditation Council on Education in Nutrition and Dietetics]). Los datos se recabaron de septiembre de 2011 hasta mayo de 2013.

4. MEDIDAS DE RESULTADOS
 En la tabla se muestra las medidas de resultados rastreadas para cada una de las tres áreas de actividad.

5. ANÁLISIS DE DATOS
 Se utilizó la estadística descriptiva para tabular el número de individuos que asistieron a cada actividad.

6. RESULTADOS
 Se implementó un programa continuo de transferencia enfocado en la comunidad universitaria con grado BS (licenciatura en ciencias) en el otoño de 2011, un semestre antes de lo planeado. Número de estudiantes de PUENTES = 22 (4 hombres, 18 mujeres). Estado actual: 8 universitarios, 8 post BS (4 que trabajan en el interin para ahorrar dinero, 4 se inscribieron en las prácticas supervisadas), 6 completaron el programa y estudio para el examen de RD. 1 pasó el examen. Audiencia de las actividades de la beca >2000, publicación con una circulación de 70 000.

TABLA: Medidas de resultados para las áreas de actividad seleccionadas		
Área de actividad	Descripción de actividad con el "N" estimado de audiencia	N
Cambio de plan de estudios	Comidas experimentales - el laboratorio del proyecto cultural de comida enfatiza 4 "exhibiciones" de la industria, invitando a profesionales locales, estudiantes actuales y futuros. Cantidad de comida - el menú de comida cultural se enfoca con folletos de educación; audiencia pública patrocinada; un total de 8 a 40 menús.	120 400
	Compromiso en la comunidad	Dos talleres de diversidad en nutrición para profesionales del cuidado de la salud, estudiantes. Una publicación revisada por pares (J Acad Nutr Diet, junio de 2013**). Módulos de salud comunitaria de verano, comida y mercados multiculturales y eventos locales para compartir modelos de RD, recursos de carrera y nutrición (15 eventos). "Mesas" de carrera en universidades comunitarias con estudiantes de PUENTES y recursos para "mostrar" las opciones de carrera (8 eventos).
Acreditación del programa	Implementada en el otoño de 2011; grado de licenciatura en ciencias (BS) con 1 200 horas adicionales de experiencia de prácticas supervisadas y elegibilidad para presentar el examen RD.	22

Pies de grabado de las actividades de beca:
 A/B: Aplicación de una receta más saludable para empanadas al proyecto de curso de laboratorio de comidas experimentales por una estudiante de PUENTES; presentada en una exhibición de la industria de alimentos a estudiantes y empleados actuales y potenciales. C: Módulo comunitario de mercado multicultural en Maywood IL, que presenta una receta de sopa deshidratada de frijoles en un frasco. D/E/F/G: Proyecto de curso de laboratorio de producción de alimentos que incorporó un "restaurante" público de manteles blancos con una estudiante de PUENTES planeando una comida hispana tradicional; su familia participó en capacitar a los estudiantes del curso en la preparación de comida auténtica; fotografía de un platillo de entrada.

Contacto: Judith Beto, judybeto@dom.edu

9. CONCLUSIÓN
 Para 2014, el programa PUENTES proveerá un mínimo de 20 RD hispanos a la práctica clínica en un programa acreditado, continuo e innovador que supera las barreras conocidas para terminar y practicar la carrera de nutrición.

Figura 14-4 ■ Ejemplo de un póster.

Fotografías, ilustraciones y diagramas de flujo

Las fotografías pueden generarse con una cámara digital o convencional, o con un fotógrafo o ilustrador profesional. Las fotografías e ilustraciones pueden estar disponibles para descarga gratuita, o comprarse en sitios web o fuentes de publicación. Por ejemplo, el *ChooseMyPlate* está disponible para descarga gratuita en fines educacionales, pero otros recursos pueden tener un uso limitado.¹⁴ Ten cuidado de obtener la resolución correcta para ajustarla al uso final. Por lo general, mientras más alta sea la resolución, más clara será la calidad de la imagen, en especial si se agranda. Las fotografías pueden usarse en los tableros o en las pantallas de computadora. Si tomas fotos a personas, como empleados y pacientes, debes contar con una forma firmada que libere el uso de las fotos sin limitación, según sea necesario. Es posible que los dibujos y las gráficas originales de computadora los genere un artista, lo cual puede aumentar el costo y el tiempo de producción. Los diagramas de flujo también pueden generarse por computadora para demostrar un proceso a la audiencia, en una forma mejor que con solo palabras. El uso de modelos lógicos está aumentando para describir en forma visual el proceso de cómo será conducido y evaluado un proyecto. Las herramientas de apoyo a la decisión clínica se usan para navegar a través de las bases de datos.¹⁵

AUTOEVALUACIÓN 1



Evalúa la [figura 14-2](#) o la [figura 14-4](#) para una audiencia específica utilizando los principios del arte y del diseño.

Materiales impresos

Los profesionales del cuidado de la salud tienden a dar a sus pacientes una gran cantidad de información verbal. Para cuando llegan a casa, es probable que estos hayan olvidado la mitad de la información. Los instructores hacen lo mismo con los nuevos empleados. Los materiales impresos pueden personalizarse usando un software de procesamiento de palabras o de diseño gráfico.

Para resolver este problema, conviene poner los puntos clave por escrito para que los pacientes, empleados y otras audiencias puedan recurrir a ellos después. Por ejemplo, para enseñar planes de alimentación modificados, el asesoramiento oral suele complementarse con materiales escritos. Estos materiales mencionan los alimentos a comer con frecuencia y los que deben limitarse. El formato puede ofrecer sugerencias de recetas y de sitios web. Los materiales impresos son efectivos para reforzar las sesiones de asesoramiento individual y las clases en grupo.

Muchos materiales impresos y folletos están usando símbolos de códigos de respuesta rápida QR (del inglés *quick response*). Estos símbolos pueden escanearse a

dispositivos móviles o teléfonos celulares que puedan acceder a internet y son similares a los códigos de producto universales en los paquetes de alimentos. Los símbolos dirigen al usuario al sitio de internet actual; así, la información es siempre tan actual como es posible y provee al aprendiz con un vínculo a otros recursos. El uso de códigos QR da a los materiales impresos una vida más larga con aplicaciones más flexibles y no están protegidos por el copyright.¹⁶

Al planear la capacitación de los empleados, el presentador puede considerar proporcionar un esquema del contenido, con un espacio para notas, o una lista de los puntos principales a recordar. PowerPoint y otros softwares de diapositivas brindan opciones para imprimir los esquemas e impresiones de las diapositivas de las presentaciones. Los aprendices estarán escribiendo en vez de escuchar a menos que tú distribuyas copias de la información de las diapositivas.^{2,7}

Al enseñar sobre nutrición saludable, por ejemplo, puedes distribuir el *ChooseMyPlate* y las *Dietary Guidelines for Americans*. Las agencias gubernamentales y las asociaciones privadas producen materiales impresos para un amplio rango de audiencias o tú puedes hacer las tuyas. Si vas a usar materiales producidos por otros, averigua sobre el derecho a reproducirlos. Si están libres de copyright, solo menciona al propietario. Si el material está protegido, obtén el permiso para reproducirlo. Puede haber un costo según el número de elementos que se usen y el propósito del uso. Puede ser necesario comprar algunos materiales para distribuirlos.

Las hojas de instrucción de una página escritas con palabras breves y simples en voz activa ayudan a los pacientes, aunque se den materiales más detallados también. Estas hojas pueden pegarse en el refrigerador o colgarse en la oficina para recordar a los pacientes qué hacer y cuándo hacerlo. Los pequeños artículos promocionales como bolígrafos, imanes, rompecabezas y juegos también pueden ser útiles para que las personas recuerden tu mensaje.



ANÁLISIS DEL CASO 4

¿Qué componentes clave debe incluir Julie en sus materiales impresos?

Medios interactivos

Pizarras blancas y rotafolios

Las pizarras blancas y los rotafolios propician el involucramiento de la audiencia cuando se usan de una forma participativa. La escritura debe ser clara y legible, grande y resaltada para poder ser vista: al menos de 3 a 5 cm de alto por cada 6 a 9 metros de espacio de audiencia. Escribe los conceptos clave antes de que lleguen las personas. Esto promueve la comunicación cara a cara al evitar que estés escribiendo de espaldas al público.⁴

Las pizarras blancas, compuestas de superficies laminadas que se pueden borrar, se montan en paredes o en armazones móviles con ruedas. Utiliza marcadores de agua apropiados que puedan borrarse cuando termines tu presentación sin dejar una imagen permanente en la superficie. Trae tus propios marcadores y tu borrador. Es posible que debas usar un líquido limpiador para remover cualquier rastro de marcador para que tu mensaje pueda leerse con claridad. La audiencia también puede usar la pizarra blanca en forma interactiva. Los equipos de aprendizaje pueden presentar información escribiendo sus hallazgos. Los miembros de la audiencia pueden alternar información escrita en la pizarra y “votar” con marcadores sobre los conceptos para determinar opiniones y consensos.



Los medios visuales atraen a los estudiantes.

Fuente: US Department of Agriculture.

Un rotafolio con un caballete se compone de un bastidor de grandes hojas de papel unidas en la parte superior. Las hojas se doblan hacia arriba para obtener una hoja limpia. Puedes escribir o dibujar con crayones, plumones o marcadores. Selecciona productos que no se corran en el papel. Los presentadores pueden querer pedirle a alguien que escriba por ellos, en especial cuando la audiencia está generando ideas y comentarios. De esta forma, el libre flujo de ideas (la lluvia de ideas) queda registrada sin distraer al presentador del proceso.¹⁷

Los rotafolios pueden usarse de muchas formas. Pueden arrancarse las hojas usadas y fijarse en una pared para que el grupo las vea o para resumir ideas. Cuando necesites un registro de la participación de la audiencia, es preferible un rotafolio a una pizarra blanca porque cada hoja puede guardarse después de terminar sin tener que copiar la información. O pueden prepararse las hojas con antelación y revelarlas en secuencia de cara a la audiencia. Es aconsejable dejar una página en blanco cuando el foco de la audiencia deba estar en el presentador.

Objetos reales

Nada es más visual que mostrar objetos reales que los asistentes puedan tocar y sentir. Por ejemplo, una lección sobre las etiquetas de los alimentos puede incluir una variedad de empaques para que la audiencia pueda participar en forma activa con productos reales y aprender a leer y a entender las etiquetas. Para evitar que el público se distraiga, introduce los elementos cuando el impacto visual tenga más valor y deja el resto fuera de la vista de la audiencia hasta que los necesites. Mejora el involucramiento y disminuye la distracción si das un paquete a cada persona en vez de pasarlo de mano en mano.

Una visita a un supermercado o tienda local es otra posibilidad para utilizar objetos reales de alimentos y productos. Cuando esto no sea posible, puedes recurrir a un tour virtual o en video.

Las demostraciones de alimentos también constituyen una oportunidad de aprendizaje interactivo. Preparar las recetas para que el grupo las pruebe cuando se enseña sobre nutrición o planes modificados aumenta la familiaridad con las comidas y las técnicas de preparación. Una persona que ha observado a un profesional crear una receta real, que pudo probarla y que recibió una copia impresa de la receta está más propensa a intentarla en casa. En una serie de clases, las personas de la audiencia pueden ayudar y proporcionar recetas.

En la capacitación de los empleados, es preferible entrenarlos usando el objeto real. La experiencia en vivo es preferible cuando se está aprendiendo a utilizar una pieza de equipo como una rebanadora de carnes, una máquina lavaplatos o una caja registradora. Tocar un grupo de bloques de madera que representan el tamaño del cuchillo ideal ayuda al aprendiz a comparar el tamaño adecuado para rebanar sus propias zanahorias. Dividir la enseñanza en pequeños segmentos con una conexión visual reforzada por la implementación de la habilidad también es preferible para facilitar el aprendizaje.

Fotografías, paquetes y menús

Las fotografías o imágenes descargadas pueden exhibirse en pósters o en pantallas de computadora. Los paquetes y contenedores de muestra de los alimentos recomendados también pueden utilizarse como apoyo. Para enseñar a un paciente sobre las alergias alimentarias, un archivo con las etiquetas reales puede promover la interacción en el aprendizaje. Las etiquetas pueden removerse de los paquetes y ser colocadas en una carpeta protegidas con hojas plásticas. Las etiquetas pueden laminarse o guardarse como fotocopias. Puedes tener diversas colecciones para distintos temas y audiencias. Por ejemplo, un archivo de etiquetas de alimentos puede categorizarse para enseñar a la audiencia sobre hidratos de carbono o contenido de sodio.

Otra opción es que los pacientes pueden traer videos tomados con sus celulares de etiquetas y alimentos que consumen. Las fotografías tomadas con el celular tienen la ventaja de registrar la fecha y la hora en que el alimento fue consumido. El uso de medios visuales como este ayuda a crear una situación de aprendizaje interactivo que

simula un esfuerzo de equipo.¹² Existen muchos programas disponibles para dispositivos móviles que se vinculan con aplicaciones de internet (*apps*) que pueden descargarse para registrar y guardar ese tipo de información. Algunos programas incluso pueden utilizarse para escanear las etiquetas y traducir su información nutrimental en intercambios o sistemas alimentarios.

Puedes crear un archivo de menús de restaurantes y cadenas de comida rápido para “practicar” con tus pacientes. Muchos menús están en los sitios web de los mismos restaurantes, que a menudo están más actualizados. Escanear los elementos en una computadora ayudará a presentarlos a un grupo más grande.

Modelos de alimentos y mediciones

Los modelos de alimentos son representaciones de los objetos reales. Muchos nutricionistas tienen un inventario de modelos de alimentos de plástico tridimensionales. Son útiles para ayudar a estimar el tamaño de las porciones, por ejemplo, durante una evaluación de ingesta alimentaria, y para enseñar los tamaños de las porciones en las ingestas calóricas controladas. Además de la estimulación visual, poner el modelo en las manos de la persona constituye una experiencia más activa al usar otro de los sentidos, el tacto. Los modelos de alimentos en tamaño real se compran en los establecimientos comerciales. También puedes hacer tus propios modelos con distintos materiales, como ilustrar los distintos volúmenes de líquidos con resinas en vasos de cristal transparente.

Puedes necesitar una variedad de platos en distintos tamaños y formas, así como vasos desechables cuando demuestres el control de las porciones. Debes alentar el uso de tazas medidoras en casa para entrenar el ojo a servir los tamaños correctos. Es útil practicar pesando las porciones para comparar el peso real utilizando una báscula para reforzar el tamaño percibido. Dividir realmente una caja de cereal en las porciones adecuadas abre los ojos.



El nutricionista selecciona los medios adecuados.

Fuente: CDC/Amanda Knox.

Medios tecnológicos

Presentaciones por computadora

La mayoría de las diapositivas se genera en la computadora utilizando programas de procesamiento de palabras. Las palabras, las imágenes, las ilustraciones y gráficos se cortan y se pegan en la presentación. La animación activa del texto y los gráficos y la inserción de videos utilizan una cantidad considerable de espacio de memoria, pero aumentan el interés de la audiencia. Es mejor utilizar estas ilustraciones para reforzar un punto y no solo porque están disponibles.¹⁸ En algunos casos, las diapositivas se pueden comprar u obtener de editores que promueven el uso de sus materiales.

Las presentaciones pueden crearse con las plantillas del software. Pueden iniciar y terminar con una diapositiva en negro o que muestre un título o un logotipo para evitar el brillo en blanco de una pantalla sin imagen. Si una parte muy breve de la presentación no incluye una diapositiva, puede insertarse una diapositiva en negro u oprimir una tecla para crear un cambio de pantalla en la computadora. Es importante que la información sea concisa e interesante en vez de reproducir el texto completo de lo que el presentador está diciendo. Leer el contenido de una diapositiva es aburrido para el público y disminuye la atención en el tema.¹⁸

Para mostrar la presentación a una gran audiencia, la computadora se conecta a un cañón. Un proyector LCD (*liquid cristal display*, despliegue en cristal líquido) u otra tecnología despliega las imágenes en una pantalla. Los proyectores o cañones varían en cuanto a resolución, brillantez, la habilidad de acercar o alejar la imagen, peso, portabilidad y costo. Se utiliza el ratón de la computadora o un señalador láser para ilustrar los puntos en las diapositivas. Es importante utilizar este método en forma intermitente para señalar la información en vez de mover todo el tiempo el apuntador en la pantalla, porque esto es una distracción. Los señaladores láser no funcionan con algunos sistemas de proyección debido a la resolución del video.

Descarga tu presentación a un formato portátil además de guardarla en la computadora. Elige los dispositivos más apropiados de entre la gama de opciones que están en evolución constante de tecnología y sofisticación (por ejemplo, tarjetas de memoria, USB, almacenamiento en la nube). Si por alguna razón tu computadora no se conecta en forma adecuada con el proyector o monitor, tendrás la capacidad de mover la presentación con rapidez a una computadora que sea compatible con dichos aparatos.

Grabaciones de audio

Las grabaciones de audio, almacenadas en una amplia gama de formatos tecnológicos, pueden ser grabadas para ilustrar puntos clave. Los *podcasts* son formas efectivas de “escuchar” un mensaje. Las grabaciones largas pueden ser más apropiadas para la escucha individual que para una presentación en grupo. Los audios cortos pueden ser muy efectivos en una presentación para un grupo grande. Los testimoniales, varias oraciones dichas por una persona importante, o un comercial o segmento de un programa de radio pueden ser el trampolín para muchos mensajes. Crea tu presentación de audio utilizando un tono de voz coloquial, con una pronunciación lenta y clara. Escucha la grabación antes de usarla para valorar si la calidad del sonido es aceptable. El ruido de fondo en una grabación puede distraer mucho.

Grabaciones de video y formatos web

La combinación de vistas y sonidos de videos es agradable para la mayoría de la gente. Los videos comprados o rentados deben revisarse antes para ver si son apropiados. Muchos grupos como la Academy of Nutrition and Dietetics, American Heart Association, American Diabetes Association, National Dairy Council, Educational Foundation of the National Restaurant Association, compañías comerciales, agencias del gobierno de Estados Unidos y compañías de medios privadas ofrecen materiales visuales.

Por lo general se necesita un proyector LCD con capacidad para señales de video y monitor para que la audiencia vea la presentación. Dado que el público tiende a ver en forma pasiva, debes decirles antes qué es lo que deben ver. A continuación, vienen las actividades planeadas con antelación o las preguntas. El video puede verse en forma individual al propio ritmo del espectador o visto varias veces para mejorar el

aprendizaje. El presentador puede usar la “pausa” para detener el video y discutir el contenido. Los videos cortos pueden resaltar puntos clave y ayudar a dividir la plática.¹⁸

Capturar demostraciones y subirlas a un sitio web puede reforzar las técnicas y procedimientos en un proceso paso a paso. Ya sea que estés ilustrando cómo quitar la piel del pollo con facilidad o cómo interactuar con un paciente, el uso del video puede ser una herramienta efectiva tanto para aprender nuevo material como para reforzar habilidades.^{2,9}

Muchos programas para orientación y capacitación de empleados utilizan formatos de video, a veces con libros de trabajo impresos o guías de aprendizaje. Si el empleado mira el video solo, deben seguir discusiones con el instructor para explicar la relación del video con el puesto. Los videos pueden colocarse en formatos descargables o conectarse a un sitio web donde puedan darse las demostraciones de aprendizaje. El aprendiz ve el video y al final, o en forma periódica, debe contestar preguntas acerca del contenido para evaluar su aprendizaje.

Son varios los programas de educación y orientación para empleados que mueven una parte de su capacitación a un sitio web, porque es conveniente y está disponible para todos los empleados en vez de estar accesibles en un día en particular. Las competencias pueden documentarse a menudo utilizando las respuestas del empleado. El contenido puede ofrecerse en varios idiomas o niveles de aprendizaje. La mayor ventaja es la posibilidad de actualizar el contenido sin crear un nuevo software. La capacitación personalizada por unidades también es más fácil para facilitar la capacitación basada en la tecnología. Puede dirigirse al paciente o al empleado para que complete solo los módulos pertinentes, lo que provee capacitación bajo pedido o “justo a tiempo”.^{2,7} Los videos deben aumentar el aprendizaje. La discusión facilitada por el maestro después del video debe reforzar los conceptos y promover la discusión activa. Los videos cortos para llevar a casa después de la presentación o el asesoramiento refuerzan el aprendizaje. Esto es útil en especial para procedimientos como preparar una fórmula para bebés o para aprender el autocuidado.

Los seminarios y conferencias web se producen, se editan, se narran y se suben en línea. Aquí se aplican técnicas similares. Crea presentaciones cortas de 3 a 8 minutos, mantenlas sencillas y utiliza mensajes clave con gráficos y demostraciones. Cuando las crees, habla, no leas. Para una mejor calidad, utiliza un micrófono y las opciones tecnológicas que están disponibles en la mayoría de las computadoras. Por último, sé profesional pero no te preocupes por ser perfecto. Si vas a grabar a pacientes o empleados, obtén un consentimiento escrito para usar las grabaciones sin limitaciones.

Medios sociales

Medios sociales es un término amplio que describe el área en evolución de la tecnología interactiva mediante dispositivos móviles que pueden acceder a internet. Las redes sociales como Facebook y LinkedIn se usan para conectarse con otros en forma personal o profesional. “Twitear” mensajes, escribir “blogs”, participar en chats o “Listserv”, y crear foros en línea son formas de difundir información. El uso

de los medios sociales y las expectativas de comportamiento profesional siguen estando bajo investigación. Una regla general es que cualquier cosa que se suba no puede retirarse por completo. Es importante evaluar continuamente estos nuevos formatos de medios a medida que evolucionan.¹⁹⁻²¹

Integración de múltiples formatos de medios

Los profesionales deben considerar el uso de más de un medio visual o tipo de medio en una presentación. Una combinación común de aprendizaje incluye una impresión de las diapositivas junto con la presentación de las diapositivas en sí. Una opción más avanzada sería añadir un sistema de respuesta del público a este escenario.²² Este formato de retroalimentación en video permite a los participantes compartir sus opiniones o respuestas a las preguntas del presentador utilizando tableros o sus celulares para responder cuando se hace una pregunta. Las respuestas se cuentan y se despliegan para que la audiencia las vea. Una sesión de asesoramiento con un paciente puede integrar alimentos y etiquetas reales para discutir un diario de alimentación.

Una opción más avanzada sería integrar la tecnología del teléfono celular del paciente y el internet para personalizar aún más la sesión educativa. Piensa el mensaje y elige el medio visual que mejor se adapte a las metas y al formato de enseñanza. El foco debe estar en las necesidades de quienes aprenden.^{19,23}

Consideraciones de alfabetismo y aritmética

El nivel de alfabetismo y aritmética afecta la forma en que los aprendices recuerdan y procesan la información. Los materiales educativos deben ser entendibles para la gente a la que están dirigidos. Pueden requerirse materiales impresos en otros idiomas para quienes tengan limitaciones en el idioma predominante. Puede ser necesario adaptar otros materiales a las habilidades de lectoescritura y matemáticas. Por lo tanto, los nutricionistas deben elegir o desarrollar materiales de instrucción que puedan comprenderse con facilidad.

La aritmética se define como la habilidad de usar números y matemáticas en situaciones de la vida cotidiana. Las tareas involucradas pueden incluir hacer correlaciones entre medir el volumen de una taza y el tamaño de la porción, relaciones entre tiempo e intensidad, o simplemente entender lo que significa un número en una medida de glucosa en relación con el riesgo de salud. La aritmética suele implicar procesos de múltiples pasos. Por ejemplo, los pacientes diabéticos deben poder usar las matemáticas para calcular el número de gramos de hidratos de carbono que han consumido en el día añadiendo el contenido de todos los alimentos consumidos. A la vez, deben aplicar estas matemáticas para calcular las dosis de insulina. La aritmética es una componente esencial para correlacionar los materiales de instrucción apropiados con los resultados educativos deseados.²⁴⁻²⁶

El alfabetismo es el nivel básico de lectoescritura requerido para entender

información básica. Los materiales escritos pueden evaluarse para saber su legibilidad o nivel midiendo la longitud y dificultad de las frases y oraciones. Existen varias formas de legibilidad, tanto en forma de software como impresas, para ayudar a evaluar la legibilidad o el nivel de la audiencia, o ambos. Las pruebas SMOG, FOG, Flesch, Raygor y Fry son ejemplos de lo anterior. Los criterios SMOG se enumeran en la [tabla 14-1](#). Dada la naturaleza técnica y científica de las comunicaciones sobre salud, el vocabulario y las palabras de los materiales para educación del paciente pueden ser incomprensibles para muchos adultos. Las fórmulas de legibilidad se usan para evaluar el nivel educativo aproximado que debe tener una persona para entender el material. Sin embargo, estas fórmulas son solo parte del proceso; los desarrolladores deben usar también “pruebas piloto” o materiales de prueba en muestras de pacientes, o usar un grupo de discusión más formal para descubrir si la audiencia objetivo los entenderá.¹² El principio fundamental a recordar es ser sensible al hecho de que muchos pacientes pueden tener problemas de alfabetismo o de aritmética que pueden tratar de ocultar durante la evaluación. Valorar el alfabetismo, en especial con relación a la salud, es un componente principal de las habilidades de comunicación que aumentará en forma considerable las oportunidades de éxito del asesoramiento.²⁴⁻²⁶

1. Cuente diez oraciones consecutivas cerca del inicio, en el centro y al final del texto. Si el texto tiene menos de 30 oraciones, úselas todas.
2. Cuente el número de palabras de tres o más sílabas (polisilábicas), incluyendo repeticiones de las mismas palabras.
 - a. Las palabras unidas por guión se consideran como una sola.
 - b. Deben contarse los números escritos en letra. Si están escritos en forma numérica, deben pronunciarse para determinar si son polisilábicos.
 - c. Los nombres propios también cuentan si son polisilábicos.
 - d. Las abreviaturas deben leerse como si no estuviesen abreviadas, para determinar si son polisilábicas. Pero deben evitarse a menos que sean de uso común.
3. Verifique el grado aproximado de nivel en la tabla de conversión SMOG:

Conteo total de palabras polisilábicas	Grado de nivel aproximado (+1.5 grados)
0–2	4
3–6	5
7–12	6
13–20	7

21–30	8
31–42	9
43–55	10
56–72	11
73–90	12
91–110	13
111–132	14
133–156	15
157–182	16
183–210	17
211–240	18

Tabla 14-1 ■ Fórmula de legibilidad SMOG.

Fuente: De McLaughlin G. "SMOG grading: a new readability formula. J. Reading. 1969;12(8);639-646. Adaptado con permiso.

Compra de materiales preparados

A menudo surge la pregunta de si preparar sus propios materiales o utilizar unos ya existentes. La respuesta más básica es usar los medios más económicos para lograr las metas con la mejor calidad posible.²³ Esta decisión se ve influenciada por factores tales como la duración anticipada del material antes de que se vuelva anticuado y el número de veces que lo utilizarás. El costo de los medios comprados contra los elaborados por ti debe considerarse en términos de tiempo, calidad y experiencia. Con tantas presentaciones que existen en la red, vale la pena buscar en internet. Si los materiales se ajustan a las necesidades del grupo, trata de obtener permiso para utilizarlos, mencionando la fuente original. Muchas organizaciones y gobiernos animan a los individuos a usar sus materiales sin permiso, pero con el reconocimiento adecuado.

La disponibilidad de la experiencia técnica en el diseño y la producción es esencial, en especial en relación con el audio y el video. También es importante la disponibilidad de folletos o videos preparados que satisfagan los objetivos. Además, otra consideración es el costo de reproducir el material.

Sin importar quién produzca los medios para la instrucción, los materiales deben evaluarse de modo continuo. En el [recuadro 14-3](#) se ofrece algunas consideraciones para evaluar materiales educativos. A la larga, querrás saber los que resultan más efectivos a más corto plazo en cuanto a aprendizaje y retención, y por lo tanto a su eficacia. Consulta el [capítulo 12](#) para más información sobre la evaluación de la educación.

Prácticas de evaluación general

Utilice una variedad de materiales educativos impresos.
Revise antes con cuidado los materiales educativos.
Utilice una lista de verificación formal para evaluarlos.
Haga una prueba piloto de los materiales educativos nuevos o modificados.
Utilice materiales educativos provenientes de una fuente confiable.
Solicite la retroalimentación de los pacientes.
Realice una evaluación del paciente antes de seleccionar los materiales.
Considere la edad, el género y el nivel educativo del paciente.
Tenga presente el origen étnico y cultural del paciente.
Considere el estilo de vida y la situación socioeconómica del paciente.

Criterios de alfabetismo

Nivel de legibilidad y de aritmética.
Longitud de las oraciones.
Longitud de los párrafos.
Número de sílabas por palabra.
Uso de ejemplos.
Uso de modismos, clichés o expresiones idiomáticas.
Propiedad de las palabras.
Legibilidad, estilo, tipo de letra.
Tamaño de la letra impresa.
Resalte de información específica.
Palabras en modo activo o pasivo.
Primera, segunda o tercera persona.
Errores tipográficos.

Criterios de contenido

Dirigido a las necesidades de los pacientes.
Ser apropiado para el paciente.
Aplicabilidad de la información.
Consistencia de la información.
Objetividad de la información.
Implicaciones de la información.
Mensajes motivacionales.
Exactitud de la información.
Resumen de la información.
Credibilidad de la información.
Número de errores de contenido.
Fecha de publicación.
Flujo de conceptos, continuidad.
Base científica de la información.
Practicidad de la información.
Enfoque en el cambio del comportamiento.

Criterios de formato

Esquema de color.
Fotografías, ilustraciones.
Diseño, equilibrio.
Uso de espacios en blanco.
Uso de técnicas de resaltado.
Calidad de la copia.
Eficacia para captar la atención.
Interactivo.
Complejidad de los detalles.
Ilustraciones que apoyan los mensajes.
Conexión en internet de la información actual.
Calidad del papel.
Uso de gráficas, esquemas y tablas.

Recuadro 14-3 ■ Evaluación de los materiales educativos. Evaluación de los materiales educativos

Fuente: De Little D, Felten P, Berry C. Looking and Learning: Visual Literacy Across the Disciplines. Filadelfia, PA: Jossey-Bass; 2015.

14 CAPÍTULO

Resumen

No hay duda de que el uso de medios de instrucción mejora el aprendizaje y la retención a partir de las presentaciones y también tienen el potencial de resaltar la imagen profesional del ponente. Si no usas cuando menos de cinco a ocho medios visuales, serías mucho menos eficiente en tu transmisión educativa.

La rápida evolución de la tecnología está teniendo un profundo impacto en la educación y la enseñanza. Los pacientes quieren la información de inmediato, en pequeños segmentos y en formatos fáciles de usar. Los nutricionistas deben mantenerse a la par de estos cambios al utilizar medios para la instrucción.

Revisión y preguntas

1. ¿Qué beneficios ofrece a las presentaciones el uso de medios visuales?
2. ¿Qué debe considerarse al planear los apoyos visuales?
3. Describe los conceptos de alfabetismo y aritmética. ¿Por qué debe evaluarse la legibilidad de los materiales impresos?
4. ¿Por qué es importante evaluar los medios visuales al utilizarlos?
5. Al capacitar empleados, ¿por qué es preferible enseñarles usando el objeto real, como una rebanadora de carnes, una máquina lavaplatos, una caja registradora u otro equipo?
6. ¿Cuáles son algunas de las ventajas de usar formatos asistidos por computadora para la capacitación y la educación?
7. ¿Qué es la “regla de seis”?
8. Menciona cuando menos diez criterios para evaluar una presentación.
9. ¿Cuándo debes usar el aprendizaje sincrónico o el asincrónico? ¿Cuál es

el valor de cada método?

Actividades sugeridas

1. Piensa en tus primeras experiencias de aprendizaje. ¿Puedes recordar algún material visual que el maestro haya utilizado? Describe todo lo que recuerdes y menciona tu edad en ese momento.
2. Prepara una tabla o póster que represente una idea. Escribe una descripción de tus objetivos y de tu audiencia. Escribe una crítica de tu material visual explicando cómo utilizaste los principios de arte y diseño para mejorar la calidad.
3. Prepara un video o una conferencia web de un procedimiento para nuevos empleados o una técnica que los empleados deban conocer. Algunos ejemplos son capacitación en procedimientos (limpieza de la cocina, manejo higiénico de alimentos o lavado de manos), la preparación de una receta para un plan dietético modificado o una sesión de nutrición normal.
4. Crea una presentación de diapositivas en la computadora, insertando cuando menos una gráfica.
5. Asigna a un estudiante o grupo de estudiantes la tarea de aprender a utilizar diversos tipos de equipo visual. Cada uno debe escribir un análisis de tareas (véase el [capítulo 12](#)) para el equipo y después capacitar a otros para que lo usen.
6. Elige un medio visual comercial. Evalúalo en términos de su audiencia, sus objetivos, su efectividad, sus principios de arte y diseño y su costo.
7. Ve un programa educativo basado en los medios. Valóralo usando una forma de evaluación del instructor.
8. Describe cómo se pueden usar las etiquetas de los alimentos u otras formas de medios visuales en la enseñanza.
9. Elige dos folletos educativos. Critica el contenido usando una fórmula de legibilidad, si dispones de una. Critica también las imágenes. Determina si los folletos pueden reproducirse y averigua cuánto costaría.
10. Usando el [recuadro 14-2](#), haz una lista de las limitaciones y ventajas de cada medio de instrucción mencionado.

Facilitación del aprendizaje en grupo



Objetivos

- Explicar las etapas del desarrollo de grupos.
- Mencionar los factores que influyen en la cohesión de grupo.
- Diferenciar entre grupos formales e informales.
- Identificar las características de la dinámica de grupo y de equipo.
- Describir los papeles y responsabilidades del líder del grupo o facilitador.
- Describir los papeles y funciones tanto del facilitador como de los participantes.
- Explorar las sugerencias para promover el cambio en el grupo.
- Desarrollar la habilidad de liderar una pequeña discusión en grupo.

CASO PRÁCTICO 1



Betty Smith, nutricionista certificada, está planeando una serie de reuniones para un nuevo grupo de apoyo para padres de niños con diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 1. Su interés hoy es planear una óptima participación de grupo en la primera sesión, que tendrá una duración de una hora. También desea asegurarse de satisfacer las necesidades del grupo a fin de que regrese para futuras sesiones.

Cuanto mayor sea la lealtad del grupo hacia el grupo, mayor será la motivación entre sus miembros para alcanzar las metas grupales y mayor también la probabilidad de que el grupo alcance dichas metas.

—Rensis Likert

Introducción

Todos pertenecemos a grupos. ¿A qué grupos perteneces tú? ¿A un grupo familiar? ¿A un grupo social? ¿A un grupo de amigos? ¿A un grupo religioso? ¿A un grupo deportivo? ¿A un grupo de servicio? ¿A un grupo de trabajo? ¿A un grupo profesional? Algunos grupos se reúnen con frecuencia; otros, no tanto. También son comunes las reuniones y comités del grupo cara a cara, incluyendo grupos virtuales en línea como Facebook. Nos unimos a grupos para satisfacer la necesidad de pertenencia, por diversión, para conocer a otros y tener contacto social, para liberar y reducir la ansiedad, para mejorar una carrera, o porque no tenemos otra opción en el trabajo.^{1,2} Los profesionales son miembros y tal vez tienen posiciones de liderazgo en asociaciones locales, estatales o nacionales, como la Academy of Nutrition and Dietetics de Estados Unidos, la European Federation of the Associations of Dietitians o grupos de interés especial como el Council on Renal Nutrition de la National Kidney Foundation.

Prestar servicios de nutrición para las personas y grupos, y manejar recursos humanos, son parte del espectro de práctica de los nutricionistas.^{3,4} Ellos y otros profesionales del cuidado de la salud manejan grupos de empleados además de interactuar con grupos de pacientes, grupos comunitarios, colegas y otros profesionales de la salud.

La consulta o coordinación del cuidado nutricional con otros proveedores o profesionales de la salud ayuda a manejar y tratar problemas relacionados con la nutrición.⁵ Algunos nutricionistas trabajan en colaboración con equipos de salud inter o multidisciplinarios que abordan la terapia de soporte nutricional, la rehabilitación, el cuidado nefrológico y diálisis, el manejo de la diabetes o de otras enfermedades crónicas y la asistencia a reuniones de equipo para la atención al paciente.⁶⁻⁹ Los especialistas de diversos campos comparten conocimientos, habilidades y recursos para trabajar hacia metas comunes y proveer soluciones a los problemas de salud de los pacientes. Resolver la epidemia nacional de obesidad en Estados Unidos es un ejemplo de la necesidad de abordajes de equipos interdisciplinarios en salud pública, grupos comunitarios, compañías productoras de alimentos, marketing, profesionales de la salud y otros. Los nutricionistas reúnen a los pacientes en pequeños grupos para aconsejarlos en temas como obesidad, enfermedad cardiovascular o diabetes. Las

sesiones educativas de los pacientes a menudo se hacen en grupo.⁷⁻⁹

Una de las metas principales de los mensajes de salud pública es mejorar los hábitos de estilo de vida de las audiencias objetivo. Las ideas de la gente acerca de la salud y los comportamientos se moldean con base en la comunicación de información por parte de profesionales de la salud y por la tecnología en línea de la información sobre salud. Con la creciente complejidad de la información sobre salud y las nuevas tecnologías, los nutricionistas enfrentan el reto de responder. Los SuperTracker Groups del United States Department of Agriculture son una herramienta gratuita, en ese país, de rastreo en línea sobre alimentos, actividad física y peso. Este programa permite a los nutricionistas crear grupos dentro de las escuelas, familias y otros entornos para compartir información selecta y reportes de rastreo para alcanzar metas comunes de salud.¹⁰

Los gerentes son hábiles para trabajar con pequeños grupos de empleados. Las actividades tales como conducir evaluaciones de desempeño, asesoramiento y consejería, disciplina del personal, facilitación de reuniones de grupos o equipos, creación de equipos, capacitación de empleados, elevar la moral a través de crear cohesión entre el personal, iniciar el cambio y manejar la resistencia resultante, requieren de buenas habilidades de comunicación.^{8,11}

Los grupos pequeños pueden ser excitantes y creativos o aburridos y frustrantes. Una de las claves para trabajar con eficacia en grupo, o liderar uno, es entender la comunicación, facilitación y dinámica del grupo. En este capítulo se examina las etapas del desarrollo de grupos, las características de la dinámica de grupo y de equipo, el pensamiento equivocado de grupo, liderazgo de grupos y equipos, tareas de los facilitadores o líderes de grupo, papeles y funciones de los miembros del grupo y los facilitadores, la diversidad en los grupos y el manejo de reuniones.



ANÁLISIS DEL CASO 1

¿Qué sugerencias tienes para la primera sesión?

Definición de grupos y equipos

¿Qué hace que un grupo sea un grupo o un equipo un equipo y cómo tiene lugar la comunicación? Un grupo pequeño puede definirse como un grupo que consiste de “tres a quince personas que comparten un propósito común, que tienen una sensación de pertenencia al grupo y que ejercen influencia unas sobre otras”.¹² Un grupo necesita cuando menos tres personas, y si crece demasiado, es mejor dividirlo en subgrupos para que todos puedan hablar y participar. En los grupos grandes, uno o dos miembros pueden dominar la plática en detrimento de los demás. Las recomendaciones para el tamaño de grupo varían de un número ideal de 5 a 7 o no más de 20.^{1,13}

Con frecuencia, los empleados se organizan en equipos que tienen algunas de las características de un equipo deportivo. Los equipos se conforman de un pequeño grupo de gente, pero la gerencia los estructura para alcanzar ciertas metas y para coordinar los esfuerzos de los empleados para hacer el trabajo. Las expectativas, responsabilidades y procedimientos de operación se establecen por anticipado.¹¹ Los líderes de equipo o facilitadores deben conocer las habilidades de procesamiento del grupo y saber cómo administrar el cambio.

Grupos formales e informales

Los grupos pueden ser formales o informales. Los grupos formales son establecidos por la estructura organizacional y por la gerencia y se orientan a lograr tareas, asignaciones o metas. Los miembros tienen roles, responsabilidades y relaciones establecidos.¹

Los grupos informales se desarrollan debido a los intereses de sus miembros y a menudo para satisfacer necesidades sociales. No son estructurados de manera formal por la organización.^{1,2} Sin embargo, el grupo afecta a profundidad el comportamiento y desempeño de sus miembros. Pueden tomar descansos y comer juntos, por ejemplo, y la membresía puede trascender las fronteras departamentales.

Los miembros de los grupos informales se comunican a través del “radio pasillo”, una importante fuente de información para los empleados. Esta información no está controlada por la gerencia y los empleados la perciben como creíble.² Los gerentes deben estar conscientes de las redes de información que existen al interior de los grupos de empleados, así como de la comunicación formal dentro de la organización.



ANÁLISIS DEL CASO 2

Establece una meta educacional común aplicable a este grupo.

Etapas del desarrollo de grupos

Cuando se forman los grupos o los equipos, pasan por una serie de etapas a medida que se desarrollan. Estas etapas han sido descritas en diversas maneras, y por lo común se aceptan de acuerdo con una interpretación de cuatro etapas, incluyendo formación, ataque, normas y desempeño.^{1,14} Algunos añaden una quinta etapa de aplazamiento.² Estas etapas se consideran necesarias e inevitables conforme el grupo crece con el tiempo, planea y realiza el trabajo y encuentra soluciones a los problemas.

Formación

La primera etapa, formación, es un periodo para conocerse y superar la incomodidad y la incertidumbre.^{1,13} Dado que la gente desea ser aceptada, se evitan problemas serios, controversias y conflictos. En vez de eso, el grupo se enfoca en organizarse para las metas y tareas que le esperan y comenzar el trabajo. Se desarrollan expectativas, normas y reglas de comportamiento tácitas. Como los miembros están más concentrados en sí mismos y en evitar conflictos, el facilitador debe tomar un enfoque más directivo en esta etapa.

Eventualmente los miembros se conocen entre sí y se crean amistades, superando su renuencia a hablar. Cuando se forma un grupo compuesto de extraños, ya sea pacientes o empleados, la primera sesión debe dar tiempo para que la gente se conozca y así poder comunicarse con más facilidad.¹

Ataque

En la segunda etapa, llamada ataque, la fase cortés ha terminado y se presentan los conflictos. Con el tiempo se manifiestan distintos abordajes e ideas a medida que los miembros del equipo se abren y difieren o retan a otros miembros por poder, autoridad, responsabilidad y otros temas.^{1,13} Aunque esta etapa puede ser tormentosa e incómoda, es necesaria para el pleno crecimiento del equipo.

En algunos grupos se desarrolla tolerancia y las diferencias se resuelven; el equipo avanza. En otros casos, en especial cuando los antecedentes de los miembros son muy distintos, el conflicto continúa y los problemas reales entre los miembros no son abordados. En esta etapa, los facilitadores pueden alentar el compartir puntos de vista y opiniones, pero deben asumir un enfoque más directivo hacia la toma de decisiones y los comportamientos de grupo aceptables.

La discusión e interacción efectivas deben reemplazar al inevitable conflicto. Debe generarse un clima de apoyo donde los miembros practiquen la escucha empática y las respuestas que no emitan juicios.¹

Norma

Para la tercera etapa, norma, los miembros del equipo han aceptado más las ideas de otros y encuentran formas de funcionar juntos.¹³ Los miembros son más abiertos y confiados cuando se ha generado la cooperación;¹ acuerdan planes y metas y asumen la responsabilidad por el éxito del equipo y su trabajo. El papel del facilitador es menos importante cuando el equipo o grupo puede funcionar por sí mismo.



Los grupos deben sentarse en círculo para que todos los miembros puedan mirarse entre sí.

Fuente: CDC.



Los empleados se consultan como equipo.

Desempeño

No todos los equipos llegan a la cuarta etapa, desempeño. Los equipos de alto desempeño trabajan en forma fluida sin conflictos o necesidad de supervisión. Los miembros están muy motivados, son competentes y capaces de tomar decisiones.² Son interdependientes y están orgullosos de sus logros cuando se realiza un trabajo real en el grupo cohesivo.^{1,13} El facilitador puede utilizar un enfoque participativo.

Los equipos pueden volver a fases anteriores cuando ocurren cambios. Por

ejemplo, la rotación de personal con recién llegados que se unen al equipo, o un cambio de supervisores puede causar que se regrese a la etapa de ataque porque la gente necesita conocerse y aprender de nuevo a trabajar juntos.

Algunos añaden una quinta etapa de aplazamiento.² Si el equipo ha terminado su tarea, puede disolverse. Dado que las identidades y prestigio de los miembros pueden estar ligados al grupo, el aplazamiento puede crear una transición difícil para los empleados.



ANÁLISIS DEL CASO 3

Da ejemplos de cómo Betty puede observar evidencia de las etapas del desarrollo del grupo.

Características de la dinámica de grupo y de equipo

Un grupo o equipo sin una tarea o propósito no necesita existir.¹³ La tarea, el propósito o la meta deben estar bien definidos y haber sido acordados por los miembros del grupo. El estudio de la dinámica de grupo incluye la revisión de normas, papeles, estatus, poder, sinergia, cohesión y consenso.¹²

Normas

Las normas son estándares aceptados de comportamiento o códigos de conducta establecidos en los grupos, ya sea que uno sea un recién llegado, un veterano o el líder del grupo.¹ Las normas pueden ser definidas por la cultura de una organización, manteniendo los que son comportamientos aceptables o inaceptables, apropiados o inapropiados en los procedimientos y los valores compartidos del grupo.^{1,2} Estas guías no escritas proporcionan identidad de grupo, la forma en que los miembros se comunican e interactúan y en que se abordan las tareas, lo que lleva a sentimientos de orgullo, inclusión y superioridad.¹³ Las normas pueden ponerse a prueba cuando un miembro se comporta de manera inapropiada. A menos que el facilitador o un miembro del grupo respondan, las normas se pondrán a prueba otra vez. Puede haber sanciones cuando son violadas. ¿Cómo se puede lidiar con una persona en su grupo de amigos que siempre llega tarde, por ejemplo, cuando la norma es que la gente llegue a tiempo?

Roles

Aunque las normas definen el comportamiento del grupo, los roles se aplican al comportamiento del individuo. Los roles son comportamientos aprendidos.¹³ Los roles de tarea dicen quién hace qué para completar un trabajo o alcanzar una meta, tal

como tomar el tiempo o buscar información.¹² Los roles sociales se relacionan con mejorar las relaciones laborales de los miembros del grupo. Estos pueden asumir más de un rol en el grupo.^{1,2} Algunos roles pueden ser asignados, como secretaria/cronista o líder del grupo, aunque más de una persona puede asumir el rol de liderazgo.¹²

Estatus

El estatus se refiere al prestigio de una persona, su importancia percibida y su influencia en el grupo. Un grupo con un alto nivel de estatus puede ser referido como el “grupo interno” y la mayoría de la gente quiere pertenecer a él. El estatus influye en la comunicación del grupo, tanto verbal como no verbal y en los canales de interacción entre la gente.¹²

Poder

El poder puede definirse como “la capacidad de influir en el comportamiento de los demás” y de afectar lo que hacen los miembros del grupo o cómo se comportan. El poder puede provenir de haber sido elegido o designado para una posición, ser la persona con mayores conocimientos o ser un individuo popular y agradable a todos. Aunque el poder y el estatus están relacionados, una persona con poder puede no ser capaz de influir en todos y de aquí pueden resultar luchas de poder.¹²

Sinergia

Todos los grupos tienen el potencial de ser una fuerza de pensamiento creativo o una fuerza que preserve el *status quo*. Aunque no todos los grupos logran la sinergia, varias personas trabajando juntas tienen el potencial de producir más o mejores decisiones o soluciones que una persona trabajando sola.¹ El conjunto del grupo es más grande que la suma de sus partes.

Cohesión

Lograr la cohesión en un equipo puede contribuir a producir soluciones y toma de decisiones de calidad superior. La cohesión es “el grado de atracción que los miembros de un grupo sienten uno hacia el otro y hacia el grupo”.¹² Los miembros de un grupo cohesivo se escuchan entre sí, se caen bien, tienen un alto grado de lealtad entre ellos, poseen una autoestima aumentada y un deseo de permanecer en el grupo.^{2,13} Hablan en términos de “nosotros” en vez de “yo” y se refieren a los que no son miembros del grupo como “ellos”.¹ Aunque esto suele ser bueno, los grupos pueden tener demasiada cohesión, volverse autónomos y todos pensar en forma parecida.

La cohesión no es estática y un grupo puede perderla con el tiempo. Debido a que la rotación de personal es constante en muchas organizaciones, la cohesión intensa es

rara. Cuando un nuevo miembro se une al grupo, puede ser necesario crear nuevos patrones de interacción y relaciones.¹¹ En el **recuadro 15-1** se presenta un resumen de los factores que influyen en la cohesión de un grupo.

1. Todos los miembros desempeñan tareas valiosas, consideran importantes los problemas y se sienten apreciados por el grupo.
2. Los miembros perciben con claridad las metas del grupo y las consideran realistas.
3. Los miembros reconocen al grupo como una entidad por su propio derecho y se refieren a él como tal, llamándolo “el grupo” o “nuestro grupo”.
4. El grupo desarrolla una historia y una tradición. Todos los grupos cohesivos (iglesia, estado, familia, trabajo, etc.) desempeñan ritos y rituales tradicionales, transmitiendo a los nuevos miembros los “secretos” del pasado y fortaleciendo los lazos existentes entre los veteranos del grupo.
5. El tamaño del grupo es más bien pequeño.
6. Los miembros poseen el conocimiento o el material necesarios para el grupo.
7. La participación de los miembros en la determinación de los estándares del grupo es plena y directa.
8. El grupo es más homogéneo que heterogéneo.
9. La interacción personal entre los miembros se basa en la equidad, nadie ejerce autoridad sobre los otros. Los miembros no son celosos o competitivos entre sí.
10. Los miembros comparten ideales e intereses o una satisfacción común de la necesidad de protección, seguridad y afecto. El grupo tiene prestigio.

Recuadro 15-1 ■ Factores que aumentan la cohesión de grupo.

La gente que está en grupos no cohesivos se siente insegura al expresar sus opiniones, discute menos y es más cortés. Cuando hay desacuerdos, pueden sentirse menos seguros de contribuir. Si su propia seguridad es prioridad, no desafían a otros miembros del grupo.



ANÁLISIS DEL CASO 4

¿Cómo debe Betty presentar a los miembros del grupo?

Consenso

El consenso ocurre cuando todos los miembros del grupo están de acuerdo, apoyan una decisión y se comprometen con ella.^{12,13} Toma tiempo antes de que todos los miembros se concentren en una tarea y lleguen a un acuerdo. Por ejemplo, los equipos multidisciplinarios del cuidado de la salud tienen que lograr un consenso sobre el tratamiento del paciente y otros temas.⁹ El consenso de opiniones expertas sobre el conocimiento y las mejores prácticas se utiliza para formular guías de práctica basadas en la evidencia.⁶

Guías para buscar un consenso

La capacitación que se requiere para mover a un grupo de una eficacia de 25% a una de 75% para lograr un consenso se basa en un conjunto de guías para el comportamiento de grupo. Sin embargo, los profesionales deben entender que puede tomar varias semanas recordar al grupo las guías en forma regular, e interrumpir cada vez que no se sigan las guías antes de que el proceso se vuelva algo natural para el grupo. A continuación, presentamos las guías para lograr consenso en los grupos^{1,13}:

1. Todos los miembros del grupo tienen la responsabilidad y la obligación de compartir ideas y opiniones.
2. Cuando los miembros del grupo hayan expresado sus opiniones sobre un tema en particular, tienen derecho a pedir a los demás que parafraseen estos comentarios a su satisfacción.
3. Después de la paráfrasis, no pueden volver a exponer su perspectiva a menos que otro miembro del grupo les pida que lo hagan. No es aceptable insistir en el propio punto de vista o bloquear la discusión.
4. Las diferencias de opinión deben considerarse naturales, esperadas y no deben ser criticadas. Todos tienen la responsabilidad de entender las ideas, argumentos y opiniones de los otros miembros y pueden hacer preguntas para aclarar conceptos.
5. Una vez entendidas todas las perspectivas, el grupo debe llegar a una solución o decisión que satisfaga a todos. En el logro de esta tarea, el grupo no puede recurrir de inmediato a las técnicas reductoras de estrés de la regla de la mayoría, compensaciones, promedios, volados y negociaciones.

Es necesario animar a los miembros a obtener las perspectivas de los demás para que todos se involucren en el proceso de toma de decisiones. Los desacuerdos pueden ayudar a la decisión del grupo, porque un rango más amplio de información y opiniones proporciona una mayor oportunidad de que el grupo obtenga soluciones superiores. Con frecuencia, cuando los miembros del grupo suspenden su propio juicio, emergen nuevas soluciones que un solo individuo no habría podido encontrar por sí mismo.





El grupo de trabajo de la cafetería ha sido una unidad cohesiva. Hace poco, Joyce Little, una empleada popular con 8 años en el grupo, presentó su renuncia. Mañana será reemplazada por Sarah Smith, una nueva empleada.

1. ¿Qué efecto tendrá en la cohesión del grupo de trabajo el cambio de empleadas?
2. ¿Qué pueden hacer el gerente y los miembros actuales del equipo para recrear la unidad cohesiva?

Pensamiento equivocado de grupo

El pensamiento equivocado de grupo es un “modo de pensamiento en el que los miembros participan cuando están muy involucrados en un grupo cohesivo”.¹³ Cuando los miembros logran un consenso con demasiada rapidez, son demasiado cohesivos, o caen en la tentación de evitar el conflicto, puede ocurrir el pensamiento equivocado de grupo.² La calidad de la decisión se reduce cuando el grupo reprime la creatividad individual, cuando no se examinan los pros y los contras y cuando la gente no desafía las ideas.¹² Las presiones de grupo para conformarse o la meta de tomar una decisión rápida en vez de encontrar la mejor solución, pueden llevar a una decisión deficiente a medida que los miembros concuerdan en vez de considerar el asunto a plenitud.¹ Los miembros deben buscar las debilidades en los argumentos.

El pensamiento equivocado de grupo también puede darse cuando los miembros dependen del compromiso o de la regla de la mayoría en vez de trabajar hacia lograr un consenso o cuando la gente con puntos de vista, antecedentes y opiniones similares se agrupa.¹³ Los grupos homogéneos con antecedentes demográficos, cognitivos y culturales similares pueden cometer errores en la toma de decisiones y la solución de problemas. Tales grupos pueden necesitar consultar con uno o más expertos externos. ¿Has pensado en oponerte a un grupo, pero decidiste no hacerlo? No ser demasiado crítico, o no cuestionar las conclusiones, soluciones o decisiones pueden crear un clima de pensamiento equivocado de grupo.¹²



ANÁLISIS DEL CASO 5

¿Cómo se aplicaría el concepto de “pensamiento equivocado de grupo” a este grupo de apoyo?

Liderazgo de grupo y equipo

El liderazgo puede definirse como “la capacidad de influir en los demás a través de la comunicación” y el proceso de grupo.¹² Hay quien ve a los líderes como quienes

delegan el trabajo y vigilan que se logre. El líder ayuda a concentrar la energía del grupo en su tarea hasta que esta es completada. De hecho, en muchos grupos, los miembros pueden influirse unos a otros en lo que se logra o no. El líder influye en el grupo y es influenciado a su vez por este también.¹

A pesar de todas las teorías sobre el liderazgo, no existe una sola explicación para cada situación. En los grupos sin líder, uno o más miembros pueden emerger para cumplir el papel de liderazgo. En tu grupo social, ¿quién toma el liderazgo y la responsabilidad de hacer planes y sugerir actividades? El liderazgo depende de la voluntad de los miembros de seguir a esa persona en una situación dada.¹ La mayoría de los líderes tiene una visión para el grupo y los miembros los consideran creíbles.

Los líderes pueden ser designados, elegidos, emergentes o compartidos. En el mundo de los negocios, el líder es designado por la gerencia, mientras que los líderes elegidos son seleccionados a través de un proceso formal y democrático. Los líderes emergentes comienzan como miembros del grupo, pero poco a poco lo proveen de servicios. Uno o más miembros pueden surgir aun cuando haya un líder designado. Por ejemplo, ¿hay un líder asignado por la gerencia en su sitio de trabajo, pero también un empleado que tiene una gran influencia en el grupo? La gente reticente y controladora no es apta para emerger como líder, sino aquella que se gana el respeto y la confianza de los miembros.¹

En las situaciones de liderazgo compartido, el líder es un facilitador de los esfuerzos de colaboración del grupo y los miembros comparten el poder y la responsabilidad. Esto es cierto en situaciones de manejo de equipos, por ejemplo. El liderazgo facilitador requiere de un grupo cohesivo con tareas o metas bien definidas.

Características de un equipo efectivo

El líder contemporáneo reconoce que su papel no es dominar o delegar demasiado el grupo o el equipo. Debido a su conocimiento especial o experiencia, diversos miembros del grupo pueden estar en posición de actuar como recursos para el grupo en varios momentos.¹ Por ejemplo, el líder de un equipo de salud debe conocer las habilidades específicas de los empleados, para que la gente adecuada pueda ser llamada para liderar cuando sea apropiado. En esos equipos suele haber poca evidencia de luchas de poder; el objetivo no es quién controle, sino realizar el trabajo.

El líder del equipo motiva y refuerza los comportamientos de los miembros que promueven la dinámica del equipo de salud. Un equipo que funciona bien procesa su progreso e intenta discernir lo que puede estar interfiriendo con la operación. El método de resolución preferible para el equipo es abrirse a la discusión hasta encontrar una solución.

Cuando todos los miembros del equipo participan en los procesos de solución de problemas y toma de decisiones, se sienten responsables y se comprometen con la implementación exitosa de las decisiones y objetivos del equipo. Las personas que tienen oportunidad de expresar sus ansiedades y preguntas y que ven que sus recomendaciones son incorporadas cuando es posible, son menos propensas a

resistirse a los cambios y están más dispuestas a ayudar a defenderlos ante otros. Cuando algunos miembros del grupo objetan después, se les recuerda que ya tuvieron la oportunidad para hacer sugerencias, expresar sus preocupaciones y que objetar ahora es inapropiado.

Aunque algunos miembros del grupo puedan no estar de acuerdo con un cambio y vuelvan a su antiguo comportamiento, con frecuencia las presiones del grupo y las percepciones individuales de la propia disonancia provocan que se sometan al comportamiento aceptado por el grupo. En el [recuadro 15-2](#) se resumen algunas sugerencias para promover el cambio en el grupo.

- Si se desea lograr un cambio de actitud, son más efectivos los pequeños grupos de discusión abierta e informal en donde la persona se sienta segura.
- Cuando la gente necesita cambiar su comportamiento, la participación en discusiones de grupo es de 2 a 10 veces más efectiva que una conferencia que presente las razones y súplicas para cambiar.
- La discusión activa en un grupo pequeño para determinar sus metas, métodos y trabajo o para resolver otros problemas es más efectiva para cambiar las prácticas del grupo que las instrucciones por separado, las solicitudes del supervisor o la imposición de nuevas prácticas por parte de una autoridad. El involucramiento del grupo provoca una mejor motivación, apoyo para el cambio y una implementación más eficaz.
- Es más fácil y más permanente producir el cambio en el grupo que en los miembros individuales. La supuesta mayor permanencia irradia del deseo asumido del individuo de cumplir con las normas del grupo. Se deduce que mientras más fuertes sean los lazos entre el grupo, más profundas serán las bases de las actitudes individuales. Un compromiso público para cumplir con el comportamiento decidido por el grupo crea una consciencia de las expectativas que los miembros tienen unos con otros, y se crean así fuerzas que impelen a cada miembro a cumplir.
- La mejor forma en que un gerente puede iniciar un cambio es crear una atmósfera que lleve a una percepción compartida de la necesidad del cambio. Entonces los miembros realizarán el cambio por sí mismos y lo reforzarán. Una vez que todos los hechos se han compartido y todos los canales de comunicación se han abierto, con frecuencia hay un súbito pero fugaz incremento en la hostilidad; sin embargo, sin esta forma completa de compartir no puede haber un cambio real, solo desconfianza y sutil hostilidad.
- Las personas de estatus más alto tienen más libertad del control del grupo. Mientras mayor sea el prestigio de cada miembro del grupo, mayor será también la influencia para cambiar que pueden ejercer en los demás.
- El cambio sugerido por un colega o par es mejor que el exigido por una figura de autoridad.

Recuadro 15-2 ■ Sugerencias para promover el cambio en el grupo.

Fuente: Modificado de Galanes, G, Adams K, Brilhart J. *Effective Group Discussion*. Dubuque, IA: McGraw-Hill; 2003.

Manejo de pequeños grupos y equipos

Las actitudes, creencias y valores de la gente tienen sus raíces en diversos grupos a los que pertenecen. Mientras más genuinamente esté apegada la gente a sus grupos, y mientras más atractivos se vuelvan estos grupos al satisfacer las diversas necesidades de los miembros del grupo, más probable será que dichos miembros se mantengan en estrecho y constante contacto con el grupo. Bajo estas condiciones, las creencias y comportamientos anclados en el grupo son en extremo resistentes al cambio y el grupo puede ejercer un firme control sobre sus miembros. Mientras más atractivo sea un grupo para sus miembros, mayor será su influencia sobre ellos. Para que el grupo en sí pueda ser utilizado con mayor eficacia como agente del cambio, primero debe ser cohesivo y tener un sólido sentido de unidad.



ANÁLISIS DEL CASO 6

¿Cuáles son algunas de las cosas que Betty puede hacer para promover el cambio y la participación en el grupo?

Diversidad en pequeños grupos y equipos

La diversidad es un hecho de la vida en nuestro mundo multicultural, conformado por gente de diversas culturas, valores, creencias y costumbres que difieren de las nuestras. La diversidad tiene un impacto en muchas facetas de la comunicación verbal y no verbal, así como en la comunicación en un grupo pequeño donde influye en la discusión y otros temas. Como la gente no tiene un conjunto común de experiencias de vida, no puede asumirse la comunicación en términos de significados compartidos y debe ser explorada.

El gerente profesional debe poseer competencias en capacidades interpersonales, habilidades de comunicación y diversidad cultural.¹⁵ Reunir a gente diversa en un grupo pequeño para que trabaje hacia una meta común puede causar dificultades, porque las perspectivas y las tradiciones son definidas por la cultura. Las investigaciones muestran que los grupos diversos que almuerzan en comedores comunitarios pueden mejorar la comunicación de grupo.¹⁶ Los grupos homogéneos en los que la gente tiene antecedentes similares pueden llegar más rápido a consensos más limitados o definidos. No obstante, los grupos diversos a menudo aportan un rango más amplio de opiniones, que pueden fortalecer la calidad de las soluciones y

decisiones y eventualmente al compromiso con las metas del equipo.^{1,13,15} No debemos descartar a quienes son callados y se tardan en contribuir, porque debemos escuchar y entender las diversas perspectivas de todos para llegar a un consenso que dé como resultado soluciones creativas.

En Estados Unidos, como país multicultural, no es suficiente un solo abordaje entre la fuerza de trabajo supervisada y grupos de pacientes atendidos por profesionales de la salud. Por lo tanto, en el manejo de grupos el abordaje del profesional debe ser apropiado para las personas a las que está intentando influenciar. Cuando las personas provienen de orígenes en donde no se les ha alentado a pensar o expresarse, es predecible que al enfrentarse con una situación de trabajo o están en un grupo de pacientes, les faltará la autoconfianza para ofrecer sugerencias. Sin embargo, si se les trata con paciencia y se les da un refuerzo positivo cada vez que se arriesgan a contribuir con una idea, poco a poco pueden obtener la confianza para convertirse en valiosos miembros del grupo.¹⁵ No obstante, los miembros de la fuerza de trabajo actual han crecido con una preferencia por el trato igualitario, el reconocimiento abierto del valor, dignidad y valía de respeto de cada persona y se desempeñan mejor en grupos cuyo líder actúa como un facilitador e involucra a los empleados en vez de intentar prescribir las acciones.¹¹

Capacidades como facilitador de grupos

Para tener éxito como líderes, los nutricionistas y los gerentes deben entender y utilizar las capacidades de facilitación de grupos. Los facilitadores son aquellos que entienden el valor de la toma de decisiones grupal y ven su funcionamiento como ayudar a que el grupo se ponga en marcha, guiarlo y mantenerlo en su curso para que se logren los objetivos. Las actividades del grupo y la actitud del facilitador hacia aquel se basan en el respeto de lo que puede lograrse a través de la discusión en grupo y en propiciar una atmósfera grupal en donde las personas se sientan cómodas y lo bastante seguras para aportar sus ideas.^{11,17}

Preparación del facilitador

Las responsabilidades del facilitador comienzan con la preparación para crear un entorno apropiado para la reunión. Debe asegurarse de que la habitación sea confortable, que tenga una ventilación y una iluminación adecuadas, con un orden consciente de asientos. Por ejemplo, sentarse en círculo permite que los miembros del grupo se miren unos a otros, lo que tiende a aumentar la interacción. Cuando la gente está sentada a lo largo de grandes mesas rectangulares, tiende a interactuar más con quienes tienen enfrente y menos con quienes están sentados a sus lados.



Los nutricionistas y gerentes deben ayudar en la solución de problemas del grupo al desempeñar su función como facilitadores. La facilitación efectiva exige capacitación y disciplina para permanecer en el papel de guía, vigilar en forma sutil y añadir comentarios breves como se requiera para mantener al grupo en proceso y funcionando, sin ser un verdadero participante. Los siguientes párrafos describen las habilidades específicas que deben practicarse para desarrollar las habilidades del facilitador.^{1,13}

Alivio de preocupaciones sociales

Un dogma de la dinámica de grupo sugiere que las preocupaciones sociales toman precedencia sobre las relacionadas con la tarea o el trabajo. En otras palabras, la primera preocupación de una persona es ser aceptada y reconocida como valiosa. Si la gente se siente ansiosa por ser desconocida para los demás, tiende a no participar. Una forma en que el facilitador puede atender estas preocupaciones sociales es invertir algunos minutos al principio de cada reunión para permitir que la gente interactúe en forma social, dando “tiempo libre” para establecer o restablecer el reconocimiento positivo uno por el otro. Solo cuando los miembros han solucionado sus preocupaciones sociales pueden participar en forma activa en los asuntos de la tarea.

Tolerancia del silencio

Una vez que los facilitadores han hecho comentarios abiertos, se han asegurado de que todos conocen a todos, han expresado su deseo de que todos participen y formulado las razones o propósito de la reunión, pueden volver a expresar el tema en forma de pregunta e invitar a alguien a comentar. Como los miembros con frecuencia dudan en expresar opiniones con las cuales su superior o facilitador puede no estar de acuerdo, suelen esperar a oír primero la opinión de dicha persona.

A veces, nadie puede querer iniciar la discusión. Es probable que haya silencio durante las primeras etapas de un grupo. Una vez que el grupo entiende que el facilitador en realidad no pretende dominar, liderar o forzar las opiniones, los miembros pueden empezar a utilizar el tiempo de la reunión para interactuar entre sí. Sin embargo, en esas primeras reuniones el facilitador puede repetir su intención de no participar y después limitarse a observar con paciencia.

Guía sutil y fomento de la interacción

El facilitador guía de manera indirecta y ayuda al grupo a relacionarse mejor entre sí y a completar la tarea; puede fomentar la interacción entre los miembros del grupo desviando la mirada de los oradores cuando intentan hacer contacto visual con él.¹⁴

Aunque esto puede parecer grosero, el orador comprende con rapidez y mira hacia otros miembros del grupo para obtener retroalimentación. El facilitador debe resistirse a la tentación de responder cuando otros hablan y en vez de eso debe esperar que alguien más conteste. Sin embargo, si nadie comenta, el facilitador puede preguntar cuáles son las reacciones del grupo.



Las reuniones deben tener un orden del día.

Reforzamiento de la naturaleza multilateral de la discusión

El facilitador puede reforzar la naturaleza multilateral y no dogmática de la discusión planteando preguntas abiertas. Por ejemplo: “¿Cómo se siente en cuanto a eso?”, “¿Quién, en su opinión...?” y “¿Cuál sería la forma de...?”. Los facilitadores deben pensar antes de preguntar para evitar cuestionamientos cerrados o tendenciosos, preguntas que pueden ser contestadas con una o dos palabras y aquellas que sugieren un número limitado de respuestas.

Control de los participantes demasiado parlanchines

Un problema común para los facilitadores es decidir qué decirle a una persona que habla demasiado. Hay muchas formas apropiadas de manejar a este tipo de participante, teniendo presente que cuando los facilitadores interactúan con cualquier miembro del grupo, los otros participantes experimentan la interacción en forma indirecta.

Existen varias técnicas que pueden ser eficaces. El facilitador puede interrumpir al participante, comentando que el punto ya se ha comprendido y comenzar de inmediato a parafrasear de manera concisa para que el participante sepa que le han entendido. Por lo general, este tipo de participante deja de hablar cuando se le parafrasea. Por supuesto, este proceso puede tener que repetirse varias veces.

Un segundo problema surge con participantes a los que simplemente les gusta hablar y perciben un aumento en su estatus al hacerlo. No dejan de hablar cuando se les parafrasea. Puede ser necesario decirles que las oraciones cortas y concisas son más fáciles de entender, que deben limitar la extensión y número de sus comentarios o que el grupo está perdiéndose a causa de su extenso comentario. El facilitador puede tener que hablar con la persona en privado.

Estimulación de los miembros callados

Por diversas razones, incluyendo aburrimiento, indiferencia, superioridad percibida, timidez e inseguridad, suele haber algunos miembros que se niegan a participar. En algunas culturas, el silencio de los subordinados o de las personas más jóvenes que el líder del grupo se considera “respetuoso”. El facilitador puede aumentar el interés preguntándoles sus opiniones de lo que algún colega ha dicho. Si el silencio se deriva de inseguridad, el mejor abordaje es reforzar en forma positiva cada intento de intervención. Una sonrisa, un asentimiento o un comentario de aprecio por cualquier opinión expresada son suficientes. Si los miembros callados mantienen la vista baja y el rostro sin expresión, sería un error forzarlos a que entren a la discusión.

Detener la conversación lateral

Por lo general, el facilitador no debe avergonzar a los miembros que se involucran en conversaciones privadas atrayendo la atención hacia ellos. Si la conversación lateral distrae a los demás, se puede llamar por su nombre a los participantes y hacerles una pregunta sencilla. Por ejemplo, se puede decir: “Juan, me interesaría saber tu punto de vista sobre este tema”.

Desalentar a los bromistas

Si alguien en el grupo interrumpe con demasiado humor, el facilitador debe determinar en qué punto el humor deja de ser un liberador de tensión y comienza a interferir con el progreso del grupo. Cuando el humor atrae la atención hacia el bromista, los facilitadores deben interrumpir, de preferencia con una sonrisa, con un comentario como: “Bueno, volvamos a lo que nos ocupa”.

Ayudar a que el grupo se mantenga en el tema

Cuando el grupo parece no poder sujetarse al orden del día y divaga, una técnica poco usada por los facilitadores es un rotafolio para anotar los puntos de acuerdo como una

forma de rastrear el progreso del grupo. El facilitador puede estimular al grupo resumiendo y escribiendo los puntos.

Evitar el reconocimiento de las preferencias del facilitador

Los facilitadores obstaculizan al grupo cuando alaban las ideas que les gustan y le quitan mérito a las que no. Es importante evitar hacer comentarios que puedan tomarse como desaprobación, condescendencia o sarcasmo. Dado que los facilitadores están en posición de recompensar o castigar a los asistentes, los miembros del grupo aprenden con rapidez cuándo los supervisores desean que los sigan y que no les lleven la contraria y así es como responderán.

AUTOEVALUACIÓN

2



La nutricionista Jane Jones está en una junta con un grupo de embarazadas para discutir las necesidades nutricionales durante la gravidez. Todas están por tener un segundo o tercer hijo. Como resultado, Jane ha elegido la discusión en grupo como método de presentación.

1. ¿Cómo puede preparar el entorno para la discusión en grupo?
2. ¿Cuál es su papel como facilitadora del grupo?

Roles y funciones del facilitador y del participante

Además de las habilidades específicas que requieren los facilitadores, existen numerosas habilidades de grupo que tanto los facilitadores como los participantes deben poseer. Existe una noción equivocada de que es solo responsabilidad del facilitador procurar que se logren las tareas y que se mantenga un espíritu saludable de grupo. En realidad, estas responsabilidades son de cualquiera que tenga el entrenamiento y la percepción para diagnosticar las debilidades del grupo y las habilidades para corregirlas.

Dado que la mayoría de las personas acostumbra dejarse “guiar” en los grupos, el facilitador puede tener que reforzar en forma verbal las funciones que se espera que cumplan todos los participantes. En el [recuadro 15-3](#) se describen algunas de estas habilidades y papeles que tanto los facilitadores como los participantes tienen la obligación mutua de desarrollar en sí mismos.^{1,12-14} Algunos son roles de tareas que mejoran la discusión para cumplir las metas; otros son papeles sociales con respecto a las relaciones y cohesión de los miembros del grupo. También hay roles que no ayudan al progreso del grupo.

Roles de tareas	
Iniciador	Propone nuevas ideas, metas, procedimientos; ofrece sugerencias; hace que el grupo avance.
Buscador de información/ opiniones	Hace preguntas; busca información, hechos, opiniones.
Dador de información/ opiniones	Ofrece juicios, creencias, hechos, opiniones; plantea problemas.
Elaborador	Profundiza en las sugerencias o ideas.
Clarificador	Aclara lo que se ha dicho; agrega ejemplos, ilustraciones, explicaciones.
Coordinador	Enlaza las relaciones entre hechos, ideas, sugerencias, actividades.
Sintetizador	Revisa los puntos de discusión; reformula las ideas; ofrece conclusiones.
Evaluador	Expresa juicios sobre el valor de las ideas o sugerencias; aplica criterios de evaluación; ayuda al grupo a evaluar la calidad.
Orientador	Aclara el propósito o meta del grupo; define la posición del grupo; resume o sugiere la dirección de la discusión.
Apoyador/ animador	Elogia, acuerda, exhibe calidez y solidaridad; da apoyo verbal a los miembros.
Roles sociales	
Armonizador	Media las diferencias entre los miembros; reconcilia los desacuerdos; aporta colaboración a partir del conflicto.
Aliviador de tensión	Reduce la formalidad o las diferencias de estatus; ofrece humor.
Portero	Asegura que todos tengan la misma oportunidad de ser escuchados; protege a quienes prefieren permanecer en silencio.

Recuadro 15-3 ■ Roles de tareas y sociales en un grupo.

Por ejemplo, el papel del apoyador es muy valioso, porque sin el apoyo verbal de los demás, a menudo se descartan buenas ideas y sugerencias. Si nadie apoya la opinión de una minoría, es descartada con rapidez. Por lo general, si solo una persona

apoya la idea, el grupo considerará con seriedad los méritos de la propuesta y la opinión de la minoría puede obtener el apoyo de la mayoría. Comentarios de apoyo verbal son: “Estoy de acuerdo”, “Bien dicho” o “Quisiera haber dicho eso”.

Los porteros tienden a decir cosas como: “Parece que tienes sentimientos fuertes” o “Puedo decir, por tu cara, que no estás de acuerdo”. Con frecuencia, tales comentarios son todo el estímulo que un participante callado necesita para entrar en la discusión.

Todos los miembros, participantes y facilitadores, son responsables, y deben estar alerta para desempeñar tantas funciones como consideren necesario. Algunas personas pueden ser armonizadoras u orientadoras naturales, mientras que otras son sintetizadoras. Mientras los miembros del grupo están hablando, otros miembros deben reflexionar sobre la dinámica del grupo y las necesidades en ese momento. Este proceso conduce a un entendimiento de qué funciones deben realizarse para ayudar al grupo a completar su tarea.

Algunos miembros del grupo asumen roles negativos que no ayudan e inhiben al grupo. Estos incluyen ser el agresor, el dominador, el que retira o se retracta, el buscador de reconocimiento, el objetante/bloqueador, el bromista y quien aduce tener un interés especial o propio.^{12,14}



ANÁLISIS DEL CASO 8

¿Qué le sugerirías a Betty que hiciera para implementar las “habilidades de facilitación del grupo”?

La paradoja de la dinámica de grupo

Existe una paradoja inherente en los grupos. Los grupos poseen el potencial para estimular el pensamiento creativo y promover una decisión o solución que es superior a las que cualquier individuo podría lograr por sí mismo, pero, por otra parte, también tienen el potencial de obstaculizar el pensamiento creativo y provocar así un resultado inferior al del individuo que trabaja solo. Por lo común, ninguna persona es la única responsable de lo que ocurre en cualquier sesión. Sin embargo, el que el grupo se vuelva una fuerza para promover el pensamiento creativo y la solución de problemas, o una fuerza que inhibe estas funciones, depende en forma primordial de las habilidades de su líder y, en menor grado, de las de los participantes. Saber cómo facilitar el comportamiento positivo en los grupos y cómo inhibir el comportamiento negativo es un atributo de los nutricionistas y los gerentes.

Solución de problemas y toma de decisiones

La solución de problemas y la toma de decisiones requieren de la generación de

alternativas y de elegir entre ellas.¹ Cuando un grupo no puede llegar a un acuerdo sobre una solución, puede usar varios otros métodos, cada uno de los cuales tiene ventajas y desventajas. Un método es que el líder tome la decisión. La ventaja es que la decisión se toma con rapidez; la desventaja es que quienes no están de acuerdo pueden no apoyarla. Los miembros que sienten que han “perdido” pueden intentar más tarde revertir la decisión o la solución.

Una segunda posibilidad es que algunos de los miembros se ajusten a los demás al dejar de insistir en la solución que prefieren. Este método alivia de inmediato el conflicto, pero quienes se ajustan pueden resentir después el haberlo hecho y pueden no sentirse obligados a apoyar la solución. El tercer método, y quizás el más común, es el compromiso, donde cada lado cede un poco hasta que ambos llegan a un acuerdo. El problema con el compromiso es que a menudo se busca recuperar después lo que se ha cedido. Las soluciones de compromiso tienden a tener una vida corta. Otras técnicas reductoras de conflicto, como la regla de la mayoría, las compensaciones y los volados tampoco suelen durar mucho.

Lluvia de ideas

La lluvia de ideas es un método para estimular la creatividad del grupo en la solución de problemas al plantear un gran número de ideas originales que no se le ocurrirían a una sola persona. Se alienta la espontaneidad, porque lo que se desea es cantidad más que calidad para obtener un gran número de ideas creativas y soluciones. Las sugerencias se escriben en un rotafolio o en una pizarra blanca. Todas las ideas son aceptables, incluso si son inusuales y ninguna es criticada ni evaluada. Combinar ideas o elaborar sobre la idea de otro es algo que se alienta, porque una idea puede estimular otras. Después de un tiempo, se toman las decisiones sobre cuál o cuáles ideas son útiles y las ideas se ordenan por prioridades.^{1,2,13}

Proceso nominal de grupo

El proceso nominal de grupo puede considerarse al principio como un tipo de lluvia de ideas silenciosa.¹² Este método requiere que los miembros del grupo trabajen solos por corto tiempo, generando sus ideas sin la interrupción de los demás. En el segundo paso, cada miembro lee una idea en forma ordenada sin discutirla hasta que todas las ideas quedan registradas en un rotafolio. En el tercer paso, los participantes trabajan como grupo y las ideas se discuten y se aclaran sin evaluarlas. En el paso final, los miembros votan de modo independiente para ordenar la lista por prioridades.^{1,13} Este método tiene una ventaja para quienes tienen dificultad para organizar sus pensamientos durante una discusión rápida de lluvia de ideas y para quienes no suelen compartir sus ideas o soluciones.



A menudo, los grupos pueden proveer soluciones más efectivas que las de un solo individuo.

Fuente: Fotografía utilizada con permiso de Allegiance Behavioral Health, Plainview, TX.

Grupos de discusión o grupos focales

También llamados *focus groups*, son otra técnica creativa. Son un abordaje cualitativo para evocar las percepciones de un grupo definido de 5 a 15 personas. Se selecciona a los participantes de acuerdo con su conocimiento de la materia. En una sesión de una hora o más, un facilitador puede ayudar a encontrar respuestas a problemas, temas y soluciones. Para obtener información específica, el facilitador introduce el tema o problema después de haber elaborado una lista de preguntas abiertas que plantear al grupo para su exploración. Contando con cartas de consentimiento informado firmadas, la discusión puede grabarse para que pueda ser reproducida o transcrita para su análisis.¹

Las reuniones como función de la dinámica de grupo

Para la mayoría de nosotros, las reuniones son un hecho inevitable de la vida. Requieren de la colaboración de los miembros y del uso de habilidades de comunicación efectivas, como escuchar e interpretar los comportamientos verbales y no verbales. Gran parte de las reuniones se realizan para compartir información, para discutir información o para tomar acción como grupo.^{18,19} Sin embargo, asistir a las reuniones puede ser una experiencia negativa. Las quejas más comunes son que la reunión no empezó a tiempo, la gente no permaneció en el tema o no estaba preparada y no contribuyó o la junta duró demasiado y no se logró nada.

El remedio para estas quejas está en muchas de las habilidades de comunicación del grupo que han sido exploradas aquí y comienza con un orden del día claro y por escrito. El líder o facilitador es responsable de establecer las metas para la reunión, sujetarse a las limitaciones de tiempo, guiar al grupo para que permanezca

concentrado en el orden del día y terminar con un plan de acción claro para los participantes.

El líder usa sus habilidades de facilitación de grupos para dar poder a los miembros para que contribuyan, para manejar cualquier conflicto y promover la cohesión de grupo o el cambio, como sea apropiado.^{15,18,19}

Cuando las reuniones involucran a personas que no se conocen entre sí, el facilitador debe dar tiempo para que los miembros del grupo se presenten o envíen por adelantado su información biográfica. El tono de voz, forma de vestir, dicción y modales proveen claves valiosas sobre su carácter. A menudo, las inferencias negativas desaparecen cuando se escucha la voz de una persona y se ofrece cierta información sobre sus antecedentes.

Los miembros del grupo pueden recibir el orden del día con antelación y obtener información si se espera que discutan un tema que no les es familiar. La mayoría de las reuniones requiere de alguna forma de documentación: alguien tiene que tomar y distribuir las minutas de la junta, la grabación en audio o video de la reunión para su transcripción y difusión o recabar de modo informal los puntos de resumen en un pizarrón o proyectados en una pantalla digital. Esta documentación también ayudará a definir el plan de acción para que los participantes abunden en él en reuniones subsecuentes.

La función más importante del facilitador es mantener la reunión enfocada en el orden del día, pero todo el grupo debe considerar que esta responsabilidad es suya también.^{18,19} Los miembros deben notar si todos están participando o no, dirigirse a los miembros callados y tratar de limitar a la gente que se extiende demasiado. Algunos ejemplos de comentarios de apoyo son: “Ana, no te hemos escuchado todavía. ¿Qué piensas?”, o “Gracias por compartir, Juan, pero también debemos escuchar a otros”. Para alguien que se sale del tema: “No estoy seguro cómo encaja tu comentario en nuestra discusión”. Se deben evitar comentarios que creen una reacción defensiva, como: “Te estás saliendo del tema”.

15 CAPÍTULO

Resumen

Como profesionales, todos pertenecemos a grupos y asistimos a reuniones. También manejamos, facilitamos y lideramos grupos. Este capítulo explora las diversas etapas del desarrollo de grupos, la dinámica de grupo y de equipo y sus características, los roles y funciones del líder o facilitador, así como los que pertenecen tanto al facilitador como al miembro del grupo. Se incluye la forma de aumentar la cohesión de grupo, promover el cambio en los grupos y

manejar reuniones. Los lectores pueden comenzar a aplicar la información ahora en sus propios grupos, sean sociales, de trabajo, profesionales o de otro tipo.

Revisión y preguntas

1. ¿Cuáles son las responsabilidades del facilitador de grupo?
2. ¿Cuáles son las responsabilidades del miembro de un grupo o equipo?
3. Menciona las etapas del desarrollo de grupo.
4. ¿Cuáles son las características de la dinámica de grupo?
5. Discute las diferencias entre el grupo de trabajo formal y el informal.
6. ¿Cuáles son formas de aumentar la cohesión de grupo?
7. Discute varias de las funciones del participante y cómo pueden ayudar a promover la efectividad del grupo o asistir en el logro de la tarea de grupo.

Actividades sugeridas

1. En grupos de tres, discutan las mejores experiencias con un grupo pequeño que hayan tenido. ¿Qué ocurrió que los califica como superiores? Describan comportamientos específicos tanto del líder o facilitador o de los participantes que parecen haber hecho una diferencia. Debe darse tiempo para que cada grupo comparta sus percepciones con los otros.
2. En grupos de tres, planeen reunirse en dos escenarios diferentes durante los próximos dos días, cambiando la disposición de los asientos, el tamaño de la sala, la iluminación y ese tipo de elementos. Reporten sus observaciones sobre los efectos de cada entorno en la clase completa. Noten si distintos grupos tuvieron reacciones similares y fueron influidos por los mismos factores. Una variación más simple de esta actividad sería llevar a cabo una discusión de 10 minutos con el grupo dispuesto en círculo y continuarla con el grupo sentado en una sola hilera.
3. Haz una lista de dos grupos pequeños en los que hayas participado y describe las funciones que desempeñaste en cada uno. Compara tus percepciones de ti mismo como un miembro que aportó con las percepciones que tus amigos o compañeros de clase tienen de ti. ¿Notas que realizaste diversas funciones en grupos diferentes? ¿Algunas funciones se traslaparon de un grupo a otro? ¿Están de acuerdo tus compañeros contigo con respecto a tus funciones dentro del grupo?

4. Revisando algunas experiencias recientes en discusiones de grupo, completa cada una de las siguientes afirmaciones:
 - A. “Mis fortalezas como participante del grupo son...”.
 - B. “Mis fortalezas como facilitador del grupo son...”.
 - C. “Lo que evita que sea más efectivo como participante y como facilitador es...”.
 - D. “Mis planes para mejorar son...”.
5. Escribe una pregunta o una descripción de un problema alimentario o de nutrición, de preferencia a partir de tu propia experiencia personal o profesional, para el cual no tienes solución. Preséntalo a un pequeño grupo y facilita su discusión. Las posibles preguntas pueden ser: “¿Qué poblaciones necesitan tomar complementos vitamínicos?”, “¿Cuáles son las mejores elecciones alimentarias cuando se almuerza en un establecimiento de comida rápida?”, “¿Qué recomendaciones deben darse a alguien que desea reducir sus calorías o ejercitarse más?”.
6. Reúne a cuatro o cinco personas que tengan un problema común como querer (1) bajar de peso, (2) comenzar a desayunar, (3) controlar el consumo excesivo de botanas o aperitivos, (4) elegir alimentos nutritivos, (5) aumentar el contenido de fibra en su alimentación o (6) ejercitarse más a menudo. Establece el problema y haz que el grupo intente resolverlo.

Referencias

Capítulo 1: Expandir el ámbito de la práctica nutricional

1. Worsfold L, Grant BL, Barnhill GD. The essential practice competencies for the Commission on Dietetic Registration's Credential Nutrition and Dietetics Practitioners. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:978–984.
2. European Federation of Associations of Dietitians. <http://www.efad.eu/everyone/1468/5/0/32>. Accessed December 15, 2015.
3. Dietitians of Canada. <http://dietitians.ca>. Accessed September 28, 2016.
4. Dietitians Association of Australia. <http://daa.asn.au>. Accessed September 28, 2016.
5. International Confederation of Dietetic Associations. <http://www.internationaldietetics.org/About-ICDA.aspx>. Accessed December 15, 2015.
6. Marcason W. Dietitian, dietician, or nutritionist? *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:484.
7. Wilson B. *First Bite: How We Learn to Eat*. New York, NY: Basic Books; 2015.
8. Healthy People 2020. <http://www.healthypeople.gov>. Accessed December 15, 2015.
9. NHANES. <http://cdc.gov/nchs/nhanes>. Accessed September 28, 2016.
10. United States Department of Agriculture. ChooseMyPlate. <http://ChooseMyPlate.gov>. Accessed November 1, 2015.
11. Tagtow A, Nguyen J, Jonson-Bailey D, et al. Food waste reduction efforts at the USDA. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:1914–1919.
12. Chang S, Gavey E. Supertracker groups: connecting registered dietitian nutritionists with clients. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:1755–1757.
13. Dietary Guideline Dietary Guidelines for Americans. <http://health.gov/dietaryguidelines>. Accessed November 1, 2015.
14. Eating Well with Canada's Food Guide. <http://healthycanadians.gc.ca/eating-nutrition/healthy-eating-saine-alimentation/food-guide-aliment/index-eng.php>. Accessed November 15, 2015.
15. World Health Organization. Global targets 2025. <http://who.int/en>. Accessed November 15, 2015.
16. International Food Information Council Foundation. Tenth Food & Health Survey: consumer attitudes toward food safety, nutrition & health. <http://www.ific.org>. Accessed January 24, 2016.
17. Pew Report 2015. <http://pewresearch.org/2015>. Accessed September 28, 2016.
18. Academy Quality Management Committee, Scope of Practice Subcommittee of

- Quality Management Committee. Academy of Nutrition and Dietetics: Revised 2012 standards of practice in nutrition care and standards of professional performance for registered dietitians. *J Acad Nutr Diet*. 2015;113:S29–S45.
19. Academy Quality Management Committee, Scope of Practice Subcommittee of Quality Management Committee. Academy of Nutrition and Dietetics: Revised 2012 standards of practice in nutrition care and standards of professional performance for dietetic technicians, registered. *J Acad Nutr Diet*. 2015;113:S56–S71.
 20. Academy of Nutrition and Dietetics, Nutrition Care Process. <http://www.eatrightpro.org/resources/practice/nutrition-care-process>. Accessed November 1, 2015.
 21. Commission on Dietetic Registration. RDN credential. <http://cdrnet.org/certifications>. Accessed September 28, 2016.
 22. Kent PS, McCarthy MP, Burrowes JD, et al. Academy of Nutrition and Dietetics and National Kidney Foundation: Revised 2014 standards of practice and standards of professional performance for registered dietitian nutritionists (competent, proficient, and expert) in nephrology nutrition. *J Acad Nutr Diet*. 2014;114:1448–1457.e45.
 23. Academy of Nutrition and Dietetics. Standards of practice. <http://www.eatrightpro.org/resources/practice/quality-management/standards-of-practice>. Accessed January 15, 2016.
 24. Academy of Nutrition and Dietetics. Nutrition terminology reference manual (eNCPT): dietetic language for nutrition care. <http://ncpt.webauthor.com>. Accessed September 28, 2016.
 25. Academy of Nutrition and Dietetics. Evidence-based analysis library. <http://www.andeal.org>. Accessed September 28, 2016.
 26. Thompson KL, Davidson P, Swan WI, et al. Nutrition care process chains: the “missing link” between research and evidence-based practice. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:1491–1497.
 27. Subjective Global Assessment. <http://subjectiveglobalassessment.com>. Accessed January 15, 2016.
 28. Kelly MP. Nutrition physical assessment in chronic kidney disease. In: Byham-Gray LD, Burrowes JD, Chertow GM. *Nutrition in Kidney Disease*. New York, NY: Humana Press, Springer Science; 2014:69–89.
 29. Peregrin T. Enhanced bedside manner heals patient-practitioner communication. *J Acad Nutr Diet*. 2014;114:529–532.
 30. Mueller C, Rogers D, Brody RA, et al. Report from the advanced-level clinical practice audit task force of the Commission on Dietetic Registration: results of the 2013 advanced-level clinical practice audit. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:624–634.
 31. Kohn JB. Stories to tell: conducting a nutrition assessment with the use of narrative medicine. *J Acad Nutr Diet*. 2016;116:10–14.
 32. Boyce B. Emerging paradigms in dietetics practice and healthcare: patient-centered medical homes and accountable care organizations. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:1765–1770.

33. Volgiano C, Steiber A, Brown K. Linking agriculture, nutrition, and health: the role of the registered dietitian nutritionist. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:1710–1714.
34. Volgiano C, Brown K, Miller AM, et al. Plentiful, nutrient-dense food for the world: a guide for registered dietitian nutritionists. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:2014–2018.

Capítulo 2: Comunicación

1. Gates GE, Amaya L. Registered dietitian nutritionists and nutrition and dietetics technicians, registered, are ethically obligated to maintain personal competence in practice. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:811–815.
2. Worsfold L, Grant BL, Barnhill GD. The essential practice competencies for the Commission on Dietetic Registration's Credentialed Nutrition and Dietetics Practitioners. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:978–984.
3. Commission on Dietetic Registration. Code of ethics. <http://www.eatrightpro.org/resources/career/code-of-ethics>. Accessed September 28, 2016.
4. Beebe SA, Beebe SJ, Ivy DK. *Communication: Principles for a Lifetime*. 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2015.
5. Boyce B. HIPAA compliance from a private practice purview. *J Acad Nutr Diet*. 2014;114:1341–1346.
6. Healthy People 2020. Health communication and health information technology. www.healthypeople.gov. Accessed November 1, 2015.
7. <http://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/health-communication-and-health-information-technology>. Accessed September 28, 2016.
8. Literacy and Health Outcomes. <http://archive.ahrq.gov/clinic/epcsums/litsum.htm>. Accessed November 1, 2015.
9. Robbins SP, Judge TA. *Essentials of Organizational Behavior*. 16th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 2014.
10. Duggan A, Street L. Interpersonal communication in health and illness. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath R, eds. *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. 5th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015:243–268.
11. Stewart CJ, Cash WB. *Interviewing: Principles and Practices*. 14th ed. New York, NY: McGraw Hill; 2014.
12. www.mindtools.com. Accessed November 5, 2015.
13. Frey WH. *Diversity Explosion: How New Racial Demographics Are Remaking America*. Washington, DC: Brookings Institute; 2015.
14. Luquis RR. Culturally appropriate communication. In: Perez MA, Luquis RR, eds. *Cultural Competence in Health Education and Health Promotion*. 2nd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2014:193–216.
15. Diaz-Cueller AL, Evans SF. Diversity and health education. In: Perez MA, Luquis RR, eds. *Cultural Competence in Health Education and Health Promotion*. 2nd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2014:23–58.

Capítulo 3: Entrevistas

1. Jortberg B, Myers E, Giglotti L, et al. Academy of Nutrition and Dietetics: standards of practice and standards of professional performance for registered dietitian nutritionists (competent, proficient, and expert) in adult weight management. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:609–623.
2. Writing Group of the Nutrition Care Process, Standardized Language Committee. Nutrition care process and model part 1: The 2008 update. *J Am Diet Assoc*. 2008;108:1113–1117.
3. Stewart CJ, Cash WE. *Interviewing Principles and Practices*. 14th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2014.
4. Dessler G. *Fundamentals of Human Resource Management*. 2nd ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall; 2012.
5. Morris SS, Snell SA, Bohlander GW. *Managing Human Resources*. 17th ed. Mason, OH: South-Western; 2015.
6. Thompson FE, Suber AF. Dietary assessment methodology. In: Ferrizzo M, Coulston AM, Boushey CJ, eds. *Nutrition in the Prevention and Treatment of Disease*. 3rd ed. San Diego, CA: Elsevier; 2013:5–46.
7. Lee R, Nieman D. *Nutritional Assessment*. 6th ed. Boston, MA: McGraw Hill; 2013.
8. Johnson RK, Yon BA, Hankin JH. Dietary assessment and validation. In: Monsen ER, Van Horn L, eds. *Research Successful Approaches*. 3rd ed. Chicago, IL: American Dietetic Association; 2008:187–204.
9. Stumbo PJ. New technology in dietary assessment: a review of digital methods in improving food record accuracy. *Proc Nutr Soc*. 2013;72:70–76.
10. Kirkpatrick SI, Subar AF, Douglass D, et al. Performance of the automated self-administered 24-hour recall relative to a measure of true intakes and to an interviewer-administered 24-h recall. *Am J Clin Nutr*. 2014;100:233–240.
11. Subar A, Kirkpatrick SL, Mittl B, et al. The automated self-administered 24-hour dietary recall (ADA24): a resource for researchers, clinicians, and educators from the National Cancer Institute. *J Acad Nutr Diet*. 2012;112:1134–1136.
12. Diep CS, Hingle M, Chen TA, et al. The automated self-administered 24-hour dietary recall for children, 2012 version, for youth aged 9 to 11 years: a validation study. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:1591–1598.
13. <http://dietassessmentprimer.cancer.gov>. Dietary Assessment Primer: National Cancer Institute (NCI); Accessed November 1, 2015.
14. Ptomey LT, Willis EA, Honas JJ, et al. Validity of energy intake estimated by digital photography plus recall in overweight and obese young adults. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:1392–1399.
15. Gemming L, Utter J, Mhurchu CN. Image-assisted dietary assessment: a systematic review of the evidence. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:64–67.
16. Kristal AR, Kolar AS, Fisher JL, et al. Evaluation of web-based, self-administered, graphical food frequency questionnaire. *J Acad Nutr Diet*. 2014;114:613–621.
17. Hutchesson MJ, Rollo ME, Callister R, et al. Self-monitoring of dietary intake

- by young women: online food records completed on computer or smartphone are as accurate as paper-based food records but more acceptable. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:87–94.
18. Gemming L, Rush E, Maddison R, et al. Wearable cameras can reduce dietary under-reporting: doubly labelled water validation of a camera-assisted 24 h recall. *Br J Nutr*. 2014;28:1–8.
 19. Gemming L, Doherty A, Utter J, et al. The use of a wearable camera to capture and categorize the environmental and social context of self-identified eating episodes. *Appetite*. 2015;19:118–125.
 20. Martin CK, Nicklas T, Gunturk B, et al. Measuring food intake with digital photography. *J Hum Nutr Diet*. 2014;27:72–81.
 21. Mochari H, Gao Q, Mosca L. Validation of the MEDFICTS dietary assessment questionnaire in a diverse population. *J Am Diet Assoc*. 2008;108:817–822.
 22. Friedeburg AMW, MacIntyre E, Rheeder P. Reliability and validity of a modified MEDFICTS dietary fat screener in South African school children are determined by use and outcome measures. *J Acad Nutr Diet*. 2014;114:870–880.
 23. Ollberding NJ, Gilsanz V, Lappe JM, et al. Reproducibility and intermethod reliability of a calcium food frequency questionnaire for use in hispanic, non-hispanic black, and non-hispanic white youth. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:519–527.
 24. Yang YJ, Martin BR, Boushey CJ. Development and evaluation of brief calcium assessment tool for adolescents. *J Am Diet Assoc*. 2010;110:111–115.
 25. Sublette ME, Segal-Isaacson CJ, Cooper TB, et al. Validation of a food frequency questionnaire to assess intake of n-3 polyunsaturated fatty acids in subjects with and without major depressive disorder. *J Am Diet Assoc*. 2011;111:117–123.
 26. Beebe SA, Beebe SJ, Ivy DK. *Communication: Principles for a Lifetime*. 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2015.
 27. Peregrin T. Competency-based hiring: the key to recruiting and retaining successful employees. *J Acad Nutr Diet*. 2014;114:1330–1339.
 28. AbuSabha R. Interviewing clients and patients: improving the skill of asking open-ended questions. *J Acad Nutr Diet*. 2013;113:624–633.

Capítulo 4: Comunicación y competencia cultural

1. Academy Quality Management Committee, Scope of Practice Subcommittee of Quality Management Committee. Academy of Nutrition and Dietetics: Revised 2012 standards of practice in nutrition care and of professional performance for registered dietitians. *J Acad Nutr Diet*. 2015;113:S29–S45.
2. Academy Quality Management Committee, Scope of Practice Subcommittee of Quality Management Committee. Academy of Nutrition and Dietetics: Revised 2012 standards of practice in nutrition care and standards of professional performance for dietetic technicians, registered. *J Acad Nutr Diet*. 2015;113:S56–S71.
3. The Joint Commission. Crosswalk of Joint Commission Ambulatory Program

- and the National CLAS (Culturally and Linguistically Appropriate) Standards. http://www.jointcommission.org/crosswalk_of_joint_commission_ambulatory_program_and_the_national_clas_standards. Accessed September 28, 2016.
4. U.S. Census Bureau, 2009-2013 American Community Survey. <http://www.census.gov/acs>. Accessed September 28, 2016.
 5. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, Healthy People 2020, Washington, DC. <http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/default.aspx>. Accessed January 10, 2016.
 6. Alizadeth S, Chavan M. Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature. *Health Soc Care Community*. 2015. doi:10.1111/hsc.12293.
 7. Academy of Nutrition and Dietetics. Practice tips: cultural competence resources. <http://www.eatrightpro.org/10877.pdf>. Accessed January 10, 2016.
 8. Academy of Nutrition and Dietetics. *Cultural Competency for Nutrition Professionals*. Chicago, IL: Academy of Nutrition and Dietetics; 2015.
 9. Goody CM, Drago L, eds. *Cultural Food Practices*. Chicago, IL: American Dietetic Association; 2010.
 10. United States Department of Health and Human Services, Office of Minority Health and Health Disparities, Center for Linguistic and Cultural Competence in Healthcare. <http://hhs.org/omh>. Accessed January 10, 2016.
 11. Lynch EW, Hanson MU. *Developing Cross-Cultural Competence: A Guide for Working with Children and Their Families*. 4th ed. Baltimore, MD: Brookes Publishing; 2011.
 12. Bilyk H. Role of registered dietitian nutritionists in the research and promotion of native and cultural foods. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115(S1):531–533.
 13. Frank GC. Simplifying education to improve health food purchases by Latina women. *Adelante LAHIDAN*, Newsletter of the Member Interest Group Latinos and Hispanics in Dietetics and Nutrition of the Academy of Nutrition and Dietetics. 2016;9:4–8.
 14. Ayala GX, Baquero B, Klinger S. A systematic review of the relationship between acculturation and diet among Latinos in the United States: implications for future research. *J Am Diet Assoc*. 2008;108:1330–1344.
 15. Barak MM. *Managing Diversity: Toward a Globally Inclusive Workplace*. 3rd ed. Los Angeles, CA: Sage Publications; 2013.
 16. Pew Report 2015. <http://pewresearch.org/2015>. Accessed September 28, 2016.
 17. Luquis RR. Culturally appropriate communication. In: Perez MA, Luquis RR, ed. *Cultural Competence in Health Education and Health Promotion*. 2nd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2014:193–216.
 18. U.S. Bureau of Labor Division of Information and Marketing Services. Projected growth of labor for participation of seniors, 2006-2016. <http://www.bls.gov/opub/ted/2008/jul/wk4/art04.htm>. Accessed September 28, 2016.
 19. Robbins SP, Judge TA. *Essentials of Organizational Behavior*. 16th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 2014.

20. Cliffe S. Companies don't go global, people do. *Harv Bus Rev*. 2015;86:83–85.
21. Dauvrin M, Lorant V. Leadership and cultural competence in healthcare professionals. A social network analysis. *Nurs Res*. 2015;64:200–210.
22. Campinha-Bacote J. Coming to know cultural competence: an evolutionary process. *Int J Hum Caring*. 2011;15(3):42–48.
23. Mackay B, Harding T, Jurlina L, et al. Utilizing the hand model to promote culturally safe environment for international nursing students. *Nur Prac NZ*. 2011;27:13–24.
24. Cassel KD, Boushey CJ. Leveraging cultural knowledge to improve diet and health among affiliated Pacific Islanders populations. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:885–888.
25. Eckhardt CL, Lutz T, Karania N, et al. Knowledge, attitudes, and beliefs can influence infant feeding practices in American Indian mothers. *J Acad Nutr Diet*. 2014;114:1587–1593.
26. Everett-Murphy K, De Villiers A, Ketterer E, et al. Using formative research to develop a nutrition education resource aimed at assisting low-income households in South Africa adopt a healthier diet. *Health Educ Res*. 2015;6:882–896.
27. Wilson B. *First Bite: How We Learn to Eat*. New York, NY: Basic Books; 2015.
28. Steiber A, Hegazi R, Herrera M, et al. Spotlight on global malnutrition: a continuing challenge in the 21st century. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:1335–1341.
29. Kaholokula JK, Mau MK, Efird JT, et al. A family and community focused lifestyle program prevents weight regain in Pacific Islanders: a pilot randomized controlled trial. *Health Educ Behav*. 2011;5:1–10.
30. Fleischhacker S. Emerging opportunities for registered dietitian nutritionists to help raise a healthier generation of Native American youth. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:219–225.
31. Mechanick JI, Marchetti AE, Apovian C, et al. Diabetes-specific nutrition algorithm: a transcultural program to optimize diabetes and pre-diabetes care. *Curr Diab Rep*. 2012;180–194.
32. Duggan A, Street L. Interpersonal communication in health and illness. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath R, eds. *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. 5th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015:243–268.
33. Patterson RE, Laughlin GA, LaCroix AZ, et al. Intermittent fasting and human metabolic health. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:1203–1212.
34. Pinzon-Perez HP, Perez MA. *Complementary, Alternative, and Integrative Health: A Multicultural Perspective*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2016.
35. Kittler PG, Sucher KP, Nelms J. *Food and Culture*. 6th ed. Belmont, CA: Wadsworth; 2011.
36. USDA. Myplate Spanish. <http://www.choosemyplate.gov/multilanguage-spanish>. Accessed March 23, 2016.
37. USDA. My Plate, Other languages. <http://www.choosemyplate.gov/other-languages>. Accessed March 23, 2016.

Capítulo 5: Etapas y procesos del cambio del comportamiento de salud

1. Salazar LF, Crosby RA, DiClemente RJ. Health behavior in the context of the “new” public health. In: DiClemente RJ, Salazar LF, Crosby RA, eds. *Health Behavior Theory for Public Health: Principles, Foundations, and Applications*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2013:2–26.
2. Nutrition counseling: behavior change theories. <http://www.anddeal.org/topic.cfm?menu=3151&cat=1397>. Accessed September 28, 2016.
3. Prochaska JO, Norcross JC. *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. 7th ed. Stanford, CT: Cengage Learning; 2013.
4. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, eds. *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. 5th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015:125–148.
5. Rhee KE, McEachern B, Jelalian E. Parent readiness to change differs for overweight child dietary and physical activity behaviors. *J Acad Nutr Diet*. 2014;114:1601–1610.
6. Maslellos N, Gunn LH, Felix LM, et al. Transtheoretical model stages of change for dietary and exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2:CD008066.
7. DiClemente RJ, Redding CA, Crosby RA, et al. Stage models for health promotion. In: DiClemente RJ, Salazar LF, Crosby RA, et al. *Health Behavior Theory for Public Health: Principles, Foundations, and Applications*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2013:105–128.
8. Manuvinakurike R, Velicer WF, Bickmore TW. Automated indexing of Internet stories for health behavior change: weight loss attitude pilot study. *J Med Internet Res*. 2014;16:e285.
9. Cunningham E. How can I support my clients in setting realistic weight loss goals. *J Acad Nutr Diet*. 2014;114:176.
10. Haas L, Maryniuk M, Beck J, et al. National standards for diabetes self-management education and support. *Diab Care*. 2014;37:S144–S153.
11. Miller CK, Bauman J. Goal setting: an integral component of effective diabetes care. *Curr Diab Rep*. 2014;14:509.
12. Miller CK, Headings A, Peyrot M, et al. Goal difficulty and goal commitment affect adoption of a lower glycemic index diet in adults with type 2 diabetes. *Patient Educ Couns*. 2012;86:84–90.
13. Rahani E, Stoodly RE, Rhiane C. Updating the dietary guidelines for Americans: status and looking ahead. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:180.
14. Dietary Guidelines for Americans 2015. www.health.gov/dietaryguidelines. Accessed January 28, 2016.
15. Ries AV, Blackman LT, Page RA, et al. Goal setting for health behavior change: evidence from an obesity intervention for rural low-income women. *Rural Remote Health*. 2014;14:2682.
16. Martin LR, Haskard-Zolnieriek KB, DiMatteo MR. *Health Behavior Change and Treatment Adherence: Evidence-Based Guidelines for Improving*

- Healthcare*. New York, NY: Oxford University Press; 2010.
17. Appelhans BM, Whited MC, Schneider KL, et al. Time to abandon the notion of personal choice in dietary counseling for obesity? *J Am Diet Assoc*. 2011;111:1130–1136.
 18. Morris M. *Goal Setting: 10 Easy Steps to Keep Motivated & Master Your Personal Goals*. San Francisco, CA: Globalized Healing; 2014.
 19. Wiggins D. *How to Set Goals*. 2014. <http://www.amazon.in/How-Set-Goals-Personal-Achievement-ebook/dp/B00BOVMRYG>. Accessed October 13, 2016.
 20. Nutrition counseling: behavioral change strategies. <http://www.andeal.org/topic.cfm?cat=3946>. Accessed September 28, 2016.
 21. Scientific Report of the 2015 Dietary Advisory Committee. Part D. Chapter 3. Individual diet and PA behavior change. pp. 13–14. www.nel.gov/topic.cfm?cat=3342. Accessed January 25, 2016.
 22. Nutrition care process. www.andeal.org.ncp. Accessed January 8, 2016.
 23. Hutchesson MJ, Rollo ME, Callister M, et al. Self-monitoring of dietary intake by young women: online food records completed on computer or smartphone are as accurate as paper-based food records but more acceptable. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:87–94.
 24. Kristal AR, Kolar AS, Fisher JL, et al. Evaluation of web-based, self-administered, graphical food frequency questionnaire. *J Acad Nutr Diet*. 2014;114: 613–621.
 25. Boyce B. HIPAA Compliance from a Private Practice Purview. *J Acad Nutr Diet*. 2014;114:1341–1346.
 26. US Department of Health and Human Services. Health information privacy. www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers. Accessed January 28, 2016.
 27. Rollo ME, Hutchesson MJ, Burrows TL, et al. Video consultations and virtual nutrition care for weight management. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:1213–1225.
 28. HIPAA: Health Insurance Portability and Accountability Act. <http://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/FAQ>. Accessed September 28, 2016.
 29. Office for Civil Rights. Health information privacy rights. www.hhs.gov/ocr. Accessed January 28, 2016.

Capítulo 6: Asesoramiento y consejería centrados en la persona

1. Clark NM, Janevic MR. Individual theories. In: Riekert KA, Ockene JK, Pbert L, eds. *The Handbook of Health Behavior Change*. New York, NY: Springer; 2014:3–26.
2. The Editors. Theory, research, and practice in health behavior. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, eds. *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. 5th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015:23–41.
3. Rogers CR. *On Becoming a Person*. Boston, MA: Houghton Mifflin; 1961.
4. Rogers CR. *Client-Centered Therapy. It's Current Practice, Implications and Theory*. London: Constable & Robinson; 2003.
5. Prochaska JO, Norcross JC. *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical*

- Analysis*. 8th ed. Stanford, CT: Cengage Learning; 2014.
6. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behaviors*. New York, NY: Guilford Press; 2008.
 7. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Helping People Change*. 3rd ed. New York, NY: Guilford Press; 2013.
 8. Berger BA, Villaume WA. *Motivational Interviewing for Health Care Professionals: A Sensible Approach*. Washington, DC: American Pharmacists Association; 2013.
 9. Hollis JL, Williams LT, Collins CE, et al. Does motivational interviewing align with international scope of practice, professional competency standards, and best practice guidelines in dietetics practice? *J Acad Nutr Diet*. 2014;114:676–687.
 10. Steinberg MP, Miller WR. *Motivational Interviewing in Diabetes Care*. New York, NY: Guilford Press; 2015.
 11. Clifford D, Curtis L. *Motivational Interviewing in Nutrition and Fitness*. New York, NY: Guilford Press; 2015.
 12. Resnicow K, McMaster F. Motivational interviewing: moving from why to how with autonomy support. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2012;9:19.
 13. Haas L, Maryniuk M, Beck J, et al. National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Care*. 2014;37:S144–S153.
 14. Smart H, Clifford D, Moris MN. Nutrition students gain skills from motivational interviewing curriculum. *J Acad Nutr Diet*. 2014;114:1712–1722.
 15. Hall K, Gibbie T, Lubman DI. Motivational interviewing techniques—facilitating behavior change in the general practice setting. *Aust Fam Physician*. 2012;41:660–667.
 16. Martin LR, Haskard-Zolnieriek KB, DiMatteo MR. *Health Behavior Change and Treatment Adherence: Evidence-Based Guidelines for Improving Healthcare*. New York, NY: Oxford University Press; 2010.
 17. Rollnick S, Butler CC, Kinnnersley P, et al. Motivational interviewing. *BMJ*. 2010;340:c1900.
 18. Spahn JM, Reeves RS, Keim KS, et al. State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change. *J Am Diet Assoc*. 2010;110:879–891.
 19. Resnicow K, McMaster F, Bocian A, et al. Motivational interviewing and dietary counseling for obesity in primary care: an RCT. *Pediatrics*. 2015;135:649–657.
 20. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns*. 2013;93:157–168.
 21. Borelli B, Tooley EM, Scott-Sheldon LA. Motivational interviewing for parent-child health interventions: a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Dent*. 2015;37:254–265.
 22. Crosby RA, Salazar LF, DiClemente RJ. Value expectancy theories. In: DiClemente RJ, Salazar LF, Crosby RA, eds. *Health Behavior Theory for Public Health: Principles, Foundations, and Applications*. Burlington, MA:

- Jones & Bartlett; 2013:65–80.
23. Skinner CS, Tiro J, Champion VL. The health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, eds. *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*, 5th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015:75–94.
 24. Salazar LF, Crosby RA, Noar SM, et al. Models based on threat and fear appeals. In: DiClemente RJ, Salazar LF, Crosby RA, eds. *Health Behavior Theory for Public Health: Principles, Foundations, and Applications*. Burlington, MA: Jones & Bartlett; 2013:83–95.
 25. Freeland-Graves JH, Nitzke S, Academy of Nutrition and Dietetics. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: total diet approach to healthy eating. *J Acad Nutr Diet*. 2013;113:307–317.
 26. Morris, SS, Snell SA, Bohlander GW. *Managing Human Resources*. 17th ed. Mason, OH: South-Western; 2015.
 27. Beebe SA, Beebe SJ, Ivy DK. *Communication: Principles for a Lifetime*. 6th ed. New York, NY: Pearson; 2015.

Capítulo 7: Asesoramiento y consejería para modificación de comportamiento

1. Peltier B. *The Psychology of Executive Coaching: Theory and Application*. 2nd ed. New York, NY: Taylor & Francis Group LLC; 2010.
2. Sarafino EP. *Applied Behavior Analysis: Principles and Procedures for Modifying Behavior*. Hoboken, NJ: Wiley; 2012.
3. Academy of Nutrition and Dietetics. Nutrition terminology reference manual eNCPT: dietetics language for nutrition care. <http://ncpt.webauthor.com>. Accessed November 3, 2015.
4. McLean PS, Wing RR, Davidson T, et al. NIH working group report: innovative research to improve maintenance weight loss. *Obesity*. 2015;23:7–15.
5. Farmer RF, Chapman AL, American Psychological Association. *Behavioral Interventions in Cognitive Behavior Therapy: Practical Guidance for Putting Theory into Action*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2016.
6. Nairne JS. *Psychology*. 6th ed. Belmont, CA: Thomson/Wadsworth; 2012.
7. Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York, NY: WH Freeman; 1997.
8. Cromley T, Neumark-Sztainer D, Story M, et al. Parent and family associations with weight-related behaviors and cognitions among overweight adolescents. *J Adolesc Health*. 2010;47(3):263–269.
9. van der Kruk JJ, Kortekaas F, Lucas C, et al. Obesity: a systematic review on parental involvement in long-term European childhood weight control interventions with a nutritional focus. *Obes Rev*. 2013;14:745–760. doi:10.1111/obr.12046.
10. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, et al. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation*. 2014;129:S76–S99.
11. Wadden T, Butryn M, Hong P, et al. Behavioral treatment of obesity in patients

- encountered in primary care settings. *JAMA*. 2013;312(17):1779–1791.
12. Lin JS, O'Connor E, Whitlock EP, et al. Behavioral counseling to promote physical activity and a healthful diet to prevent cardiovascular disease in adults: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2010;153:736–750.
 13. Di Noia J, Prochaska J. Mediating variables in a transtheoretical model dietary intervention program. *Health Educ Behav*. 2010;37(5):753–762.
 14. Phelan S, Wing RR, Raynor HA, et al. Holiday weight management by successful weight losers and normal weight individuals. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(3):442–448.
 15. Spahn JM, Reeves RS, Keim KS, et al. State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change. *J Am Diet Assoc*. 2010;110(6):879–891.
 16. American Health Information Management Association. The 10 security domains updated. *J AHIMA*. 2012;83(5):48–52.
 17. Burke LE, Wang J, Sevick MA. Self-monitoring in weight loss: a systematic review of the literature. *J Am Diet Assoc*. 2011;111:92–102.
 18. Skinner BF. *Science and Human Behavior*. New York, NY: Macmillan; 1953.
 19. Academy of Nutrition and Dietetics. Interventions for the treatment of obesity and overweight in adults. *J Acad Nutr Diet*. 2016;116:129–147.
 20. Niemeier HM, Phelan S, Fava JL, et al. Internal disinhibition predicts weight regain following weight loss and weight loss maintenance. *Obesity*. 2007;15:2485–2494.
 21. Peterson N, Middleton K, Nackers L, et al. Dietary self-monitoring and long-term success with weight management. *Obesity*. 2014;22(9):1962–1967.
 22. National Weight Control Registry. <http://www.nwcr.ws>. Accessed November 3, 2015.
 23. Donnelly JE, Blair SN, Jakicic JM, et al. American College of Sports Medicine position stand. Appropriate intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Med Sci Sports Exerc*. 2009;41:459–482.
 24. Andrade AM, Coutinho SR, Silva MN, et al. The effect of physical activity on weight loss is mediated by eating self-regulation. *Patient Educ Couns*. 2010;79(3):320–326.
 25. Pearson E. Review: Goal setting as a health behavior change strategy in overweight and obese adults: a systematic literature review examining intervention components. *Patient Educ Couns*. 2012;87:32–42.
 26. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *J Am Coll Cardiol*. 2013;63:2985–3025.
 27. Purnell J, Gernes R, Stein R, et al. A systematic review of financial incentives for dietary behavior change. *J Acad Nutr Diet*. 2014;114(7):1023–1035.
 28. Gregg E, Chen H, Bertoni A, et al. Association of an intensive lifestyle intervention with remission of type 2 diabetes. *JAMA*. 2012;308(23):2489–2496.

29. American Association of Diabetes Educators. Seven self care behaviors. <http://www.diabeteseducator.org/ProfessionalResources/AADE7/>. Accessed November 4, 2015.
30. Monroe C, Thompson D, Bassett D, et al. Usability of mobile phones in physical activity–related research: a systematic review. *Am J Health Educ.* 2015;464:196–206.
31. National Diabetes Education Program. <http://ndep.nih.gov>. Accessed November 4, 2015.
32. Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, et al. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association’s strategic impact goal through 2020 and beyond. *Circulation.* 2010;121:586–613.
33. Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, et al. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular disease risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2010;122:406–441.
34. Arena R, Guazzi M, Shurney D, et al. Special article: Healthy lifestyle interventions to combat non-communicable disease—a novel nonhierarchical connectivity model for key stakeholders: a policy statement from the American Heart Association, European Society of Cardiology, European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, and American College of Preventive Medicine. *Mayo Clin Proc.* 2015;90:1082–1103.

Capítulo 8: Asesoramiento y consejería para el cambio cognitivo

1. Beck JS. *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011.
2. Writing Group of the Nutrition Care Process/Standardized Language Committee. Nutrition care process and model part 1: the 2008 update. *J Am Diet Assoc.* 2008;108:1113–1117.
3. Burke LE, Froehlich RA, Zhen Y, et al. Current theoretical bases for nutrition intervention and their uses. In: Coulston AM, Boushey CJ, Ferrazzi M, eds. *Nutrition in the Prevention and Treatment of Disease*. 3rd ed. Boston, MA: Elsevier; 2013:141–155.
4. McKay M, Davis M, Fanning P. *Thoughts & Feelings: Taking Control of Your Moods & Your Life*. 4th ed. Oakland, CA: New Harbinger Pub; 2011.
5. Fairburn CG, Bailey-Straebler S, Basden S, et al. A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behavior therapy and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behav Res Ther.* 2015;70:64–71.
6. Position of the American Dietetic Association. Nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *J Am Diet Assoc.* 2011;111:1236–1241.
7. Turner H, Marshall E, Stopa L, et al. Cognitive-behavioural therapy for out-patients with eating disorders: effectiveness for a transdiagnostic group in a routine clinical setting. *Behav Res Ther.* 2015;68:70–75.
8. Dobson KS, Dozois DJA. Historical and philosophical basis of the cognitive-behavioral therapies. In: Dobson KS, ed. *Handbook of Cognitive-Behavioral*

- Therapies*. 3rd ed. New York, NY: Guilford Press; 2010:3–38.
9. The Editors. The scope of health behavior. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, eds. *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. 5th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015:3–22.
 10. Adult weight management: executive summary of recommendations. www.andeal.org/topic.cfm?menu=52760. Accessed December 1, 2015.
 11. Bandura A. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: Bandura A, ed. *Self-Efficacy in Changing Societies*. New York, NY: Cambridge University Press; 1995:1–45.
 12. Yu Z, Sealey-Potts C, Rodriguez J. Dietary self-monitoring in weight management: current evidence on efficacy and adherence. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:1931–1938.
 13. Burke LE, Wang J, Sevvick MA. Self-monitoring in weight loss: a systematic review of the literature. *J Am Diet Assoc*. 2011;111:92–102.
 14. Hoy MK, Winters BL, Chlebowski RT, et al. Implementing a low-fat eating plan in the Women’s Intervention Nutrition Study. *J Am Diet Assoc*. 2009;109:688–696.
 15. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, eds. *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. 5th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015:125–148.
 16. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav*. 2004;31:143–164.
 17. Anderson-ES, Winett RA, Wojcik JR. Social cognitive determinants of nutrition and physical activity among web-health users enrolling in an online intervention: the influence of social support, self-efficacy, outcome expectations, and self regulation. *J Med Internet Res*. 2011;17:13.
 18. Clark NM, Janevic MR. Individual theories. In: Riekert KA, Ockene JK, Pbert L, eds. *The Handbook of Health Behavior Change*. 4th ed. New York, NY: Springer Pub; 2014:3–26.
 19. Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
 20. Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York, NY: WH Freeman; 1997.
 21. Kelder SH, Hoetscher D, Perry CL, et al. How individuals, environments, and health behaviors interact. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, eds. *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. 5th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015:159–181.
 22. Heiss VJ, Petosa FL. Social cognitive theory correlates of moderate-intensity exercise among adults with type 2 diabetes. *Psychol Health Med*. 2015;10:1–10.
 23. Olander EK, Fletcher H, Williams S, et al. What are the most effective techniques in changing obese individuals’ physical activity self-efficacy and behavior: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2013;10:29.
 24. Stacey FG, James EL, Chapman K, et al. A systematic review and meta-analysis

- of social cognitive theory-based physical activity and/or nutrition behavior change interventions for cancer survivors. *J Cancer Surviv*. 2015;9:305–338.
25. Marlatt GA, Witkiewitz K. Relapse prevention for alcohol and drug problems. In: Marlatt GA, Donovan DM, eds. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2005:1–44.
 26. Donovan DM. Assessment of addictive behaviors for relapse prevention. In: Donovan DM, Marlatt GA, eds. *Assessment of Addictive Behaviors*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2005:1–48.
 27. Teixeira PJ, Carraca EV, Marques MM, et al. Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. *BMC Med*. 2015;13:84.
 28. Hendershot CS, Witkiewitz K, George WH, et al. Relapse prevention for addictive behaviors. *Sust Abuse Treat Prev Policy*. 2011;6:17.
 29. Collins RL. Relapse prevention for eating disorders and obesity. In: Marlatt GA, Donovan DM, eds. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2005:249–269.
 30. Prochaska JO, Norcross JC. *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. 8th ed. Stamford, CT: Cengage Learning; 2014.
 31. Witkiewitz K, Marlatt GA. Overview of relapse prevention. In: Witkiewitz K, Marlatt GA, eds. *Therapist's Guide to Evidence-Based Relapse Prevention*. Boston, MA: Elsevier; 2007:3–18.
 32. Witkiewitz K, Marlatt GA. High-risk situations: relapse as a dynamic process. In: Witkiewitz K, Marlatt GA, eds. *Therapist's Guide to Evidence-Based Relapse Prevention*. Boston, MA: Elsevier; 2007:19–35.
 33. Kristeller JL, Wolever RQ. Mindfulness-based eating awareness training for binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eat Disord*. 2011;19:49–61.
 34. Wansink B. Under the influence: how external cues make us overeat. *Nutrition Action Health Letter*. 2011;38:3–7.
 35. Burke LE, Turk MW. Obesity. In: Richert KA, Ockene JK, Pbest L, eds. *The Handbook of Health Behavior Change*. New York, NY: Springer Publishing; 2014:363–378.

Capítulo 9: Asesoramiento y consejería a través de las etapas de la vida

1. Healthy People 2020. <http://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives>. Accessed January 3, 2016.
2. ChooseMyPlate. <http://www.choosemyplate.gov/MyPlate>. Accessed January 3, 2016.
3. Graham DJ, Jeffery RW. Location, location, location: eye-tracking evidence that consumers preferentially view prominently positioned nutrition information. *J Acad Nutr Diet*. 2011;111:1704–1711.
4. Jortberg B, Meyers E, Gigliotti L, et al. Academy of Nutrition and Dietetics: Standards of Practice and Standards for Professional Performance for Registered Dietitians Nutritionists (Competent, Proficient, and Expert) in adult

- weight management. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:609–618.
5. Procter SB, Campbell CG. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:1099–1103.
 6. Berry D, Verbiest S, Hall EG, et al. A postpartum community-based weight management intervention designed for low-income women: feasibility and initial efficacy testing. *J Natl Black Nurses Assoc*. 2015;26:29–39.
 7. Raiten DJ, Steiber AL, Carlson SE, et al. Working group reports: evaluation of the evidence to support practice guidelines for nutritional care of preterm infants-the Pre-B Project. *Am J Clin Nutr*. 2016;103:648S–678S.
 8. Lesson R, Kavanagh K. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: promoting and supporting breastfeeding. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:444–449.
 9. Schwartz R, Ellings A, Baisden A, et al. Washington “steps up”: a 10-step quality improvement initiative to optimize breastfeeding support in community health centers. *J Hum Lact*. 2015;31:651–659.
 10. The American Academy of Pediatrics. Feeding and nutrition. <http://healthychildren.org/English/ages-stages/baby/feeding-nutrition/Pages/default.aspx>. Accessed September 28, 2016.
 11. Hayes D. Getting started on eating right. October 1, 2014. <http://www.eatright.org/resource/food/nutrition/dietary-guidelines-and-myplate/getting-started-on-eating-right>. Accessed September 28, 2016.
 12. Maalouf J, Cogswell ME, Yuan K, et al. Top sources of dietary sodium from birth to age 24 mo, United States, 2003-2010. *Am J Clin Nutr*. 2015;101:1021–1028.
 13. Ogata BN, Hayes D. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: nutrition guidances for healthy children ages 2 to 11 years. *J Acad Nutr Diet*. 2014;114:1257–1276.
 14. Izumi BT, Eckhardt CL, Hallman JA, et al. Harvest for Healthy Kids pilot study: associations between exposure to a farm-to-preschool intervention and willingness to try and liking of target fruits and vegetables among low-income children in Head Start. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:2003–2013.
 15. Wilson B. *First Bite: How We Learn to Eat*. New York, NY: Basic Books; 2015.
 16. Amuta AO, Jacobs W, Idoko EE, et al. Influence of home food environment on children’s fruit and vegetable consumption: a study of rural low-income families. *Health Promot Pract*. 2015;16:689–698.
 17. Hingle MD, Castonquay IS, Ambuel DA, et al. Alignment of children’s food advertising with proposed federal guidelines. *Am J Prev Med*. 2015;48:707–713.
 18. Sharman SJ, Skouteris H, Powell MB, et al. Factors related to the accuracy of self-reported dietary intake of children aged 6 to 12 years elicited with interviews: a systematic review. *J Acad Nutr Diet*. 2016;116:76–114.
 19. Spears-Lanoix EC, McKyer EL, Evans A, et al. Using family-focused garden, nutrition, and physical activity programs to reduce childhood obesity: the Texas! Go! Eat! Grow! pilot study. *Child Obes*. 2015;11:707–714.

20. Briggs M, Fleischhacker S, Mueller CG. Position of the American Dietetic Association, School Nutrition Association, and Society for Nutrition Education: comprehensive school nutrition services. *J Am Diet Assoc.* 2010;110:1738–1749.
21. Brown CL, Halvorson EE, Cohen GM, et al. Addressing childhood obesity: opportunities for prevention. *Pediatr Clin North Am.* 2015;62:1241–1261.
22. Council on Community Pediatrics, Committee on Nutrition, American Academy of Pediatrics. Promoting food security for all children. *Pediatrics.* 2015;136:e1431–e1438.
23. Berge JM, MacLehose RF, Meyer C, et al. He said, she said: examining parental concordance on home environment factors and adolescent health behaviors and weight status. *J Acad Nutr Diet.* 2016;116:45–60.
24. Hoffman JA, Rosenfeld L, Schmidt N, et al. Implementation of competitive food and beverage standards in a sample of Massachusetts schools: the NOURISH study (Nutrition Opportunities to Understand Reforms Involving Student Health). *J Acad Nutr Diet.* 2015;115:1299–1307.
25. Sattler M, Hopkins L, Anderson Steeves E, et al. Characteristics of youth food preparation by low-income, African American homes: associations with healthy eating index scores. *Ecol Food Nutr.* 2015;54:380–396.
26. Society for Adolescent Health and Medicine, Golden NH, Katzman DK, et al. Position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults. *J Adolesc Health.* 2015;56:121–125.
27. Food and Nutrition Information Center, United States Department of Agriculture. Fitness and sports nutrition. <http://fnic.nal.usda.gov/lifecycle-nutrition/fitness-and-sports-nutrition>. Accessed September 28, 2016.
28. Ptorney LT, Willis EA, Honas JJ, et al. Validity of energy intake estimated by digital photography plus recall in overweight and obese young adults. *J Acad Nutr Diet.* 2015;115:1392–1399.
29. Wakabayashi H, Matsushima M. Dysphagia assessed by the 10-item eating assessment toll is associated with nutritional status and activities of daily living in elderly individuals requiring long-term care. *J Nutr Health Aging.* 2016;20:22–27.
30. U.S. Department of Health and Human Services, United States Department of Agriculture. 2015-2020 Dietary guidelines. Executive summary. <http://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines/?platform=hootsuite>. Accessed January 22, 2016.
31. Weaver CM, Alexander DD, Boushey CJ, et al. Calcium plus vitamin D supplementation and risk of fractures: an updated meta-analysis from the National Osteoporosis Foundation. *Osteoporos Int.* 2016;27:367–376.
32. Bernstein M, Munoz N. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: food and nutrition in older adults: promoting health and wellness. *J Acad Nutr Diet.* 2014;112:1255–1277.
33. Forbes SC, Holroyd-Leduc JM, Poulin MJ, et al. Effect of nutrients, dietary supplements and vitamins on cognition: a systematic review and meta-analysis

- of randomized controlled trials. *Can Geriatr J.* 2015;18:231–245.
34. American Dietetic Association. Position paper of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *J Am Diet Assoc.* 2011;111:1236–1241.
 35. Baek MH, Heo YR. Evaluation of the efficacy of nutritional screening tools to predict malnutrition in the elderly at a geriatric care hospital. *Nutr Res Pract.* 2015;9:637–643.
 36. Franz MJ, Boucher JL, Rutten-Ramos S, et al. Lifestyle weight-loss interventions outcomes in overweight and obese adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Acad Nutr Diet.* 2015;115:1447–1463.
 37. The MacColl Center. The chronic care model. <http://improvingchroniccare.org/index.php?p=The-Chronic-Care-Model&xs2>. Accessed September 28, 2016.
 38. Kohn JB, Schofield M. Is medical nutrition therapy considered a form of preventive care and is it reimbursable? *J Acad Nutr Diet.* 2015;115:1904.
 39. Yu Z, Sealey-Potts C, Rodriguez J. Dietary self-monitoring in weight management: current evidence on efficacy and adherence. *J Acad Nutr Diet.* 2015;115:1931–1938.
 40. Beto JA, Schury KA, Bansal VK. Strategies to promote adherence to nutritional advice in patients with chronic kidney disease: a narrative review and commentary. *Int J Nephro Renovascular Dis.* 2016;9:1–13.
 41. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, et al. Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: a joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *J Acad Nutr Diet.* 2015;115:1323–1334.
 42. Kent PS, McCarthy MP, Burrowes JD, et al. Academy of Nutrition and Dietetics and National Kidney Foundation: Revised 2014 standards of practice and standards for professional performance for registered dietitian nutritionists (competent, proficient, and expert) in nephrology nutrition. *J Acad Nutr Diet.* 2014;114:1448–1457e45.
 43. Women's Health Initiative. <http://www.nhlbi.nih.gov/whi>. Accessed September 28, 2016.

Capítulo 10: Principios y teorías del aprendizaje

1. Wilson B. *First Bite: How We Learn to Eat*. New York, NY: Basic Books; 2015.
2. Woolfolk AE. *Educational Psychology*. 11th ed. Boston, MA: Pearson/Allyn & Bacon; 2010.
3. Health Canada. Eating well with Canada's food guide. <http://healthycanadians.gc.ca/eating-nutrition/healthy-eating-saine-alimentation/food-guide-aliment/index-eng.php>. Accessed November 15, 2015.
4. United States Department of Agriculture. MyPlate. <http://choosemyplate.gov>. Accessed November 15, 2015.

5. Glanz K, Viswanath K, eds. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 5th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015.
6. Caine RN, Caine G. *Natural Learning for a Connected World. Education, Technology, and the Human Brain*. New York, NY: Teachers' College Press; 2011.
7. Taylor K, Marienau C. *Facilitating Learning with the Adult Brain in Mind*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2016.
8. Scott D. *New Perspectives on Curriculum, Learning and Assessment*. New York, NY: Springer; 2016.
9. Kliveri M. Bridging competence and skills gap in food safety with continuing professional development. *Perspect Public Health*. 2014;134:194–195.
10. Dunn J. How I did it... The CEO of Bolthouse farms on making carrots cool. *Harv Bus Rev*. 2015;93:43–46.
11. Wittner J, Renkl A. How effective are instructional explanations in example-based learning? A meta-analytic review. *Educ Psychol Rev*. 2010;22:393–409.
12. Pleschova G, McAlpine L. Helping teachers to focus on learning and reflect on their teaching: what role does teaching context play? *Stud Educ Eval*. 2016;48:1–9.
13. Knowles MS, Holton EF, Swanson RA. *The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development*. 10th ed. Houston, TX: Gulf Publishing; 2005.
14. Lucas RW. *Energize Your Training: Creative Techniques to Engage Learners*. Alexandria, VA: ASTD Press; 2010.
15. Schunk DH. *Learning Theories: An Educational Perspective*. 7th ed. Old Tappan, NJ: Pearson; 2016.
16. Paolini A. Enhancing teaching effectiveness and student learning outcomes. *J Effective Teaching*. 2015;1:20–33.
17. Halem CJ, Searle NS, Gunderman R, et al. The educational attributes and responsibilities of effective medical educators. *Acad Med*. 2011;86:474–480.
18. Costa A, Kallick B. *Learning and Leading with Habits of Mind: 16 Essential Characteristics for Success*. Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development; 2008.
19. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, eds. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 5th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015.
20. Sawyer K, ed. *The Cambridge Handbook of the Learning Sciences*. 2nd ed. New York, NY: Cambridge University Press; 2014.
21. Quintana C, Zhang M, Kracjick J. A framework for supporting metacognitive aspects of online inquiry through software-based scaffolding. *Educ Psychologist*. 2010;40:235–244.

Capítulo 11: Planeación del aprendizaje

1. Worsford L, Grant BL, Barnhill GD. The essential practice competencies for the Commission on Dietetic Registration's Credentialed Nutrition and Dietetics Practitioner. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:978–984.
2. International Confederation of Dietetics Associations. International definition of

- dietitians, 2010. <http://www.internationaldietetics.org/International-Standards/International-Definition-of-Dietitian.aspx>. Accessed September 28, 2016.
3. The Joint Commission. *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (CAMH)*. Oak Brook, IL: The Joint Commission; 2015.
http://www.jointcommission.org/accreditation/accreditation_main.aspx. Accessed September 28, 2016.
 4. Dali'Oglio I, Nicolo R, Di Ciommo V, et al. A systematic review of hospital food-service patient satisfaction studies. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:567–584.
 5. Gibson S, Dart J, Bone C, et al. Dietetic student preparedness and performance on clinical placements: perspectives of clinical educators. *J Allied Health*. 2015;44:101–107.
 6. Roy R, Kelly B, Rangan A, et al. Food environment intervention to improve the dietary behavior of young adults in a tertiary education setting: a systematic literature review. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:1647–1681.
 7. Wallace R, Lo J, Devine A. Tailored nutrition education in the elderly can lead to sustained dietary behavior change. *J Nutr Health Aging*. 2016;20:8–15.
 8. Olsho LE, Klerman JA, Ritchie L, et al. Increasing child fruit and vegetable intake: findings from the US Department of Agriculture Fresh Fruit and Vegetable Program. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:1283–1290.
 9. Weaver RD, Hemmelgarn BR, Rabi DM, et al. Association between participation in a brief diabetes education programme and glycaemic control in adults with newly diagnosed diabetes. *Diabet Med*. 2014;31:1610–1614.
 10. Kliveri M. Bridging competence and skills gap in food safety with continuing professional development. *Perspect Public Health*. 2014;134:194–195.
 11. Scott D. *New Perspectives on Curriculum, Learning and Assessment*. New York, NY: Springer; 2016.
 12. Caine RN, Caine G. *Natural Learning for a Connected World. Education, Technology, and the Human Brain*. New York, NY: Teachers' College Press; 2011.
 13. Wittwer J, Renkl A. How effective are instructional explanations in example-based learning? A meta-analytic review. *Educ Psychol Rev*. 2010;22:393–409.
 14. Monroe JT. Mindful eating: principles and practice. *Am J Lifestyle Med*. 2015;9:217–220.
 15. Sleddens EF, Kroeze W, Kohl LF, et al. Correlates of dietary behavior in adults: an umbrella review. *Nutr Rev*. 2015;73:477–499.
 16. Harris JE, Gleason PM, Sheean PM, et al. An introduction to qualitative research for food and nutrition professionals. *J Am Diet Assoc*. 2009;109:80–90.
 17. Magids S, Zorfas A, Leemon D. The new science of customer emotions: a better way to drive profit and profitability. *Harv Bus Rev*. 2015;97:68–74.
 18. Graham DJ, Heidrick C, Hodgins K. Nutrition label viewing during food-selection task: Front-of-package labels vs nutrition facts labels. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:1636–1646.
 19. Murphy KE, De Villiers A, Ketterer E, et al. Using formative research to develop a nutrition education resource aimed at assisting low-income

- households in South Africa adopt a healthier diet. *Health Educ Res.* 2015;30:882–896.
20. Mager RF. *Preparing Instructional Objectives: A Critical Tool in the Development of Effective Instruction*. 3rd ed. Atlanta, GA: CEP Press; 1997.
 21. Bloom BS. *Taxonomy of Educational Objectives. Handbook I: Cognitive Domain*. New York, NY: Longman; 1956. (Copyright renewed 1984 by Bloom BS, Krathwohl D.)
 22. Anderson LW, Sosniak LA, eds. *Bloom's Taxonomy: A Forty-Year Retrospective*. Chicago, IL: University of Chicago; 1994.
 23. Anderson LW, Krathwohl D, eds. *A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives*. New York, NY: Longman; 2001.
 24. Krathwohl D, Bloom BS, Masia B. *Taxonomy of Educational Objectives. Handbook II: Affective Domain*. New York, NY: David McKay; 1964.
 25. Simpson E. *The Classification of Educational Objectives in the Psychomotor Domain*. Washington, DC: Gryphon House; 1972.
 26. Harrow A. *A Taxonomy of the Psychomotor Domain*. New York, NY: David McKay; 1972.
 27. Robbins SP, Judge TA. *Essentials of Organizational Behavior*. 16th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 2014.

Capítulo 12: Implementación y evaluación del aprendizaje

1. Lucas RW. *Energize Your Training: Creative Techniques to Engage Learners*. Alexandria, VA: ASTD Press; 2010.
2. Rosciano A. The effectiveness of mind mapping as an active learning strategy among associate degree nursing students. *Teach Learn Nurs.* 2015;10:93–99.
3. Wittwer J, Renkl A. How effective are instructional explanations in example-based learning? A meta-analytic review. *Educ Psychol Rev.* 2010;22:393–409.
4. Scott D. *New Perspectives on Curriculum, Learning and Assessment*. New York, NY: Springer; 2016.
5. Rosas LC, Thiyagarajan S, Goldstein BA, et al. The effectiveness of two community-based weight loss strategies among obese, low-income US Latinos. *J Acad Nutr Diet.* 2015;115:537–550.
6. Ptorney LT, Willis EA, Honas JJ, et al. Validity of energy intake estimated by digital photography plus recall in overweight and obese young adults. *J Acad Nutr Diet.* 2015;115:1392–1399.
7. Caine RN, Caine G. *Natural Learning for a Connected World. Education, Technology, and the Human Brain*. New York, NY: Teachers' College Press; 2011.
8. Beck AM, Christensen AG, Hansen BS, et al. Multidisciplinary nutrition support for undernutrition in nursing home and home care: a cluster randomized controlled trial. *Nutrition.* 2016;32:199–205. doi:10.106/j.nut.2015.08.009.
9. Henry BW, Smith TJ. Evaluation of the FOCUS (feedback on counseling using simulation) instrument for assessment of client-centered nutrition counseling. *J Nutr Educ Behav.* 2010;42:57–62.

10. Monroe JT, Lofgren IE, Sartini BL, et al. The Green Eating Project: web-based intervention to promote environmentally conscious eating behaviours in US university students. *Public Health Nutr.* 2015;18:2368–2378.
11. Baim S. Digital storytelling: conveying the essence of a face-to-face lecture in an on-line learning environment. *J Effective Teaching.* 2015;15:47–58.
12. Holthaus V, Sergais G, Rohrig I, et al. The impact of interprofessional simulation on dietetic student perception of communication, decision-making, roles, and self-efficacy. *Top Clin Nutr.* 2015;30:127–142.
13. Diaz-Cueller AL, Evans SF. Diversity and health education. In: Perez MA, Luquis RR, eds. *Cultural Competence in Health Education and Health Promotion.* 2nd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2014:23–58.
14. Resnicow K, McMaster F, Bocian A, et al. Motivational interviewing and dietary counseling for obesity in primary care. *Pediatrics.* 2015;135:649–657.
15. Castro Y, Fernandez ME, Strong LL, et al. Adaptation of counseling intervention to address multiple cancer risk factors among overweight/obese Latino smokers. *Health Educ Behav.* 2015;42:65–72.
16. Edmondson AC. The kinds of teams health care needs. *Harv Bus Rev.* December 16, 2015. <http://hbr.org/2015/12/the-kinds-of-teams-health-care-needs>. Accessed December 12, 2015.
17. Grote D. *How to be Good at Performance Appraisals: Simple, Effective, Done Right.* Boston, MA: Harvard Business Review; 2011.
18. Mager RF, Beach KM. *Developing Vocational Instruction.* Belmont, CA: Fearon Publishers; 1967.
19. Molinsky A. Employee training needs more than a script. *Harv Bus Rev.* April 24, 2014. <http://hbr.org/2014/04/employee-training-needs-more-than-a-script>. Accessed November 13, 2015.
20. Mager RF. *Analyzing Performance Problems, or, You Really Oughta Wanna.* Belmont, CA: Pitman Management and Training; 1984.
21. Gravelis A, Simpson S. *Planning and Enabling Learning in the Lifelong Learning Sector.* Exeter, UK: Learning Matters; 2010.
22. Derrick JW, Bellini SG, Spelman J. Using the hospital nutrition environment scan to evaluate health initiative in hospital cafeterias. *J Acad Nutr Diet.* 2015;115:1855–1860.
23. National Network of Libraries of Medicine. Define how a program will work – the logic model. <http://nnlm.gov/outreach/community/logicmodel.html>. Accessed September 28, 2016.
24. Knowles MS. *The Adult Learner: A Neglected Species.* 4th ed. Houston, TX: Gulf Publishing; 1990.
25. Marzano RL, Yanoski DC, Paynter DE. *Proficiency Scales for the New Science Standards. A Framework for Science Instruction and Assessment.* Bloomington, IN: Marzano Research; 2015.
26. Pleschova G, McAlpine L. Helping teachers to focus on learning and reflect on their teaching: what role does teaching context play? *Stud Educ Eval.* 2016;48:1–9.
27. Mager RF. *C.R.I.: Criterion-Referenced Instruction: Analysis, Design, and*

- Implementation*. Los Altos Hills, CA: Mager Associates; 1976.
28. Kim H, Hannafin M. Developing situated knowledge about teaching with technology via web-enhanced case-based activity. *Computers Educ.* 2011;57:1378–1388.
 29. Arntfield S, Parlett B, Meston CN, et al. A model of engagement in reflection writing-based portfolios: interactions between points of vulnerability and acts of adaptability. *Med Teach.* 2015;4:1–10.
 30. Cordier R, McAuliffe T, Wilson NJ, et al. The appropriateness and feasibility of an online e-Portfolio for assessment of undergraduate allied health students. *Aust Occup Ther J.* 2016;63:154–163. doi:10.1111/1440-1630.12226.
 31. The Joint Commission. *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (CAMH)*. Oak Brook, IL: The Joint Commission; 2015.
http://www.jointcommission.org/accreditation/accreditation_main.aspx. Accessed September 28, 2016.
 32. Rolio ME, Hutchesson MJ, Burrows TL, et al. Video consultations and virtual nutrition care for weight management. *J Acad Nutr Diet.* 2015;115:1213–1225.
 33. Academy of Nutrition and Dietetics. *International Dietetics and Nutrition Terminology (IDNT): Standardized Language for the Nutrition Care Process*. Chicago, IL: Academy of Nutrition and Dietetics; 2016.
<http://ncpt.webauthor.com>. Accessed September 28, 2016.

Capítulo 13: Presentaciones orales

1. Academy Quality Management Committee, Scope of Practice Subcommittee of Quality Management Committee. Academy of Nutrition and Dietetics: Revised 2012 standards of practice in nutrition care and standards of professional performance for registered dietitians. *J Acad Nutr Diet.* 2015;113:S29–S45.
2. Academy Quality Management Committee, Scope of Practice Subcommittee of Quality Management Committee. Academy of Nutrition and Dietetics: Revised 2012 standards of practice in nutrition care and standards of professional performance for dietetic technicians, registered. *J Acad Nutr Diet.* 2015;113:S56–71.
3. International Confederation of Dietetics Associations. International definition of dietitians, 2010. <http://www.internationaldietetics.org/International-Standards/International-Definition-of-Dietitian.aspx>. Accessed September 28, 2016.
4. Dietitians Association of Australia. National competency standards for entry-level dietitians. <http://www.daa.asn.au/universities-recognition/national-competency-standards>. Accessed November 15, 2015.
5. Dietitians of Canada. Mission, vision, and values. <http://www.dietitians.ca/About-Us/MissionVisionValues.aspx>. Accessed November 15, 2015.
6. DeVito JA. *Essential Elements of Public Speaking*. 5th ed. Boston, MA: Allyn & Bacon; 2015.
7. Beebe SA, Beebe SJ, Ivy DK. *Public Speaking: An Audience-Centered Approach*. 9th ed. Boston, MA: Allyn & Bacon; 2015.

8. Coopman SJ, Lull L. *Public Speaking: The Evolving Art*. 2nd ed. Boston, MA: Wadsworth Cengage Learning; 2012.
9. Verderber RF, Sellnow DD, Verderber KS. *The Challenge of Effective Speaking in a Digital Age*. 16th ed. Boston, MA: Wadsworth Cengage Learning; 2015.
10. Gallo C. *Talk Like TED: The 9 Public-Speaking Secrets of the World's Top Minds*. New York, NY: St. Martin's Press; 2014.
11. Duarte N. *HBR Guide to Persuasive Presentations*. Boston, MA: Harvard Business Review; 2015.
12. Hewlett SA. *Executive Presence: The Missing Link between Merit and Success*. New York, NY: Harper Collins; 2014.
13. Cuddy A. *Presence: Bringing Your Boldest Self to Your Biggest Challenges*. New York, NY: Little, Brown, and Company; 2015.
14. Cant RP. Communication competence within dietetics: dietitians' and clients' views about unspoken dialogue—the impact of personal presentation. *J Hum Nutr Diet*. 2009;22:504–510.
15. Maxey C, O'Connor KE. *Speak Up! A Woman's Guide to Presenting Like a Pro*. New York, NY: St. Martins' Griffin; 2008.
16. Petrilli CM, Mack M, Petrilli JJ, et al. Understanding the role of physician attire on patient perceptions: a systematic review of the literature—targeting attire to improve likelihood of rapport (TAILOR) investigators. *BMJ Open*. 2015;5:e006578. doi:10.1136/bmjopen-2014-006578.
17. Mauruani A, Leger J, Giraudeau B, et al. Effect of physician dress style on patient confidence. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013;27:333–337.
18. Palacios-Gonzalez C, Lawrence DR. Substance over style: is there something wrong with abandoning the white coat? *J Med Ethics*. 2015;41:433–436.

Capítulo 14: Uso de medios para la instrucción

1. Beebe SA, Beebe SJ, Ivy DJ. *Communications: Principles for a Lifetime*. 6th ed. Upper Saddle river, NJ: Pearson; 2015.
2. O'Neil J, Marsick VJ. *Understanding Adult Action Learning*. New York, NY: American Management Association; 2007.
3. Tufte E. *The Visual Display of Quantitative Information*. 2nd ed. Cheshire, CT: Graphics Press; 2001.
4. Smaldino SE, Lowther DL, Russell JD. *Instructional Media and Technologies for Learning*. 10th ed. Englewood Cliffs, NJ: Allyn and Bacon; 2012.
5. Tufte E. *Envisioning Information*. Cheshire, CT: Graphics Press; 2004.
6. Furio J. Being objective. *San Francisco Mag*. 2012;59:42–43.
7. Arthur D. *Recruiting, Interviewing, Selecting and Orienting New Employees*. 5th ed. New York, NY: American Management Association; 2012.
8. Potter J. *Introduction to Media Literature*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2015.
9. Mytton G, Diem P, Van Dam PH. *Media Audience Research: A Guide for Professionals*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2016.
10. <http://www.ChooseMyPlate.gov/multiple-language>. Accessed February 1, 2016.
11. Benavides S, Polen HH, Goncz CE, et al. A systematic evaluation of paediatric

- medicines information content in clinical decision support tools on smartphones and mobile devices. *Inform Prim Care*. 2011;19:39–46.
12. Kan TW, Teng CH, Chen MY. QR code-based augmented reality applications. In: Borko F, ed. *Handbook of Augmented Reality*. New York, NY: Springer; 2011:339–354.
 13. McCaffrey T, Pearson J. Find innovation where you least expect it. *Harv Bus Rev*. 2015;93:82–89.
 14. Gallo C. *Talk Like TED: The 9 Public-Speaking Secrets of the World's Top Minds*. New York, NY: St. Martin's Press; 2014.
 15. Stein K. Remote nutrition counseling: considerations in a new channel for client communication. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:1561–1576.
 16. Myerholtz L, Schirmer J, Carling M. Sailing smooth across the cultural divide: constructing effective behavioral science presentations for medical audiences. *Int J Psychiatry Med*. 2015;50:115–127.
 17. IMS Institute for Healthcare Informatics. Engaging patients through social media: is the healthcare industry ready for empowered and digitally demanding patients? January 2014. <http://www.imshealth.com>. Accessed June 5, 2015.
 18. Rollo ME, Hutchesson MJ, Burrows TL, et al. Video consultations and virtual nutrition care for weight management. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:1213–1225.
 19. James K, Albrecht JA, Litchfield R, et al. Social marketing campaigns: comparison of social and traditional media. *J Am Diet Assoc*. 2011;111(suppl):abstract.
 20. Center for Medicare Services. Toolkit for making written material clear and effective. www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/WrittenMaterialsToolkit/index.html?redirect=/writtenmaterialstoolkit. Accessed September 28, 2016.
 21. Ethomed. Patient education. <http://ethnomed.org/patient-education>. Accessed February 1, 2016.
 22. U. S. Census Bureau. American Community Survey data. <http://www.census.gov/newsroom/press-releases/2015/cb15-185.html>. Accessed February 1, 2016.
 23. Little D, Felten P, Berry C. *Looking and Learning: Visual Literacy across the Disciplines*. Philadelphia, PA: Jossey-Bass; 2015.
 24. Hutchesson MJ, Rollo ME, Callister R, et al. Self-monitoring of dietary intake by young women: online food records completed on computer or smartphone are as accurate as paper-based food records but more acceptable. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:87–94.
 25. Flynn L, Jalali A, Moreau KA. Learning theory and its application to the use of social media in medical education. *Postgrad Med J*. 2015;91:556–560.
 26. <http://www.usda.gov>. Accessed February 1, 2016.

Capítulo 15: Facilitación del aprendizaje en grupo

1. Harris TE, Sherblom JC. *Small Group and Team Communication*. 5th ed. Boston, MA: Pearson; 2010.
2. Robbins SP, Judge TA. *Essentials of Organizational Behavior*. 12th ed. Upper

- Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2013.
3. Academy Quality Management Committee, Scope of Practice Subcommittee of Quality Management Committee. Academy of Nutrition and Dietetics: Revised 2012 standards of practice in nutrition care and standards of professional performance for registered dietitians. *J Acad Nutr Diet*. 2015;113:S29–S45.
 4. Academy Quality Management Committee, Scope of Practice Subcommittee of Quality Management Committee. Academy of Nutrition and Dietetics: Revised 2012 standards of practice in nutrition care and standards of professional performance for dietetic technicians, registered. *J Acad Nutr Diet*. 2015;113:S56–S71.
 5. Academy of Nutrition and Dietetics. *International Dietetics and Nutrition Terminology (IDNT): Standardized Language for the Nutrition Care Process*. Chicago, IL: Academy of Nutrition and Dietetics; 2016.
<http://ncpt.webauthor.com>. Accessed September 28, 2016.
 6. Fanzo JC, Graziose MM, Kraemer K, et al. Educating and training a work-force for nutrition in a post-2015 world. *Adv Nutr*. 2015;6:639–647.
 7. Jortberg B, Myers E, Gigliotti L, et al. Academy of Nutrition and Dietetics: Standards of practice and standards of professional performance for registered dietitian nutritionists (competent, proficient, and expert) in adult weight management. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:609–618.
 8. Berthelsen RM, Barkley WC, Oliver PM, et al. Academy of Nutrition and Dietetics: Standards of practice and standards of professional performance for registered dietitian nutritionists in management of food and nutrition systems. *J Acad Nutr Diet*. 2014;114:1104–1112.
 9. Eliot KA, Kolasa KM. The value in interprofessional, collaborative-ready nutrition and dietetics practitioners. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:1578–1588.
 10. Chang S, Gavey E. SuperTracker groups: connecting registered dietitian nutritionists with clients. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115:1755–1763.
 11. Torrington D, Hall L, Taylor S, et al. *Human Resource Management*. 9th ed. Philadelphia, PA: Transatlantic Publications; 2014.
 12. Beebe SA, Beebe SJ, Ivy DK. *Communication Principles for a Lifetime*. 6th ed. Boston, MA: Allyn & Bacon; 2015.
 13. Myers SA, Anderson CM. *The Fundamentals of Small Group Communication*. Los Angeles, CA: Sage; 2008.
 14. Jacobs EE, Masson RL, Harvill RL, et al. *Group Counseling: Strategies and Skills*. 7th ed. Belmont, CA: Brooks/Cole; 2012.
 15. Neeley T. Global teams that work: a framework for bridging social distance. *Harv Bus Rev*. 2015;93:75–81.
 16. Kniffin IM, Wansink B, Devine CM, et al. Eating together at the firehouse: how workplace commensality relates to the performance of firefighters. *Hum Perform*. 2015;4:281–306.
 17. Fertman CI. *Workplace Health Promotion Programs: Planning, Implementation, and Evaluation*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015.
 18. Saunders EG. Do you really need to hold that meeting? *Harv Bus Rev*. March 20, 2015. <http://hbr.org/2015/03/do-you-really-need-to-hold-that-meeting>.

Accessed November 15, 2015.

19. HBR Press Toolkit. *HBR Tools: Better Meetings. Digital Monograph TLBMS1-ZIPENG*. Boston, MA: Harvard Business Review; 2015.

ÍNDICE

A

Abordaje(s)

- centrado en el aprendiz, [269](#)
- centrado en el maestro, [269](#)
- cognitivo, [193](#), [256](#)
- conductista, [171](#)
- de fijación de metas, [123](#)
- de resolución de problemas, [305](#)

Academy Evidence Analysis Library, [19](#)

Academy of Nutrition and Dietetics (AND), [4](#), [11](#), [25](#), [82](#), [186](#), [227](#), [238](#), [240](#), [331](#), [375](#), [385](#)

Accreditation Council of Education in Nutrition and Dietetics, [11](#)

Acción, etapa de, [116](#)

ACEND. *Véase* Accreditation Council of Education in Nutrition and Dietetics

Aceptación

- cultural, [89](#)
- del valor, [292](#)

Acrónimo

- DARN, [150](#)
- FRAMES, [154](#)
- OARS, [145](#)
- RULE, [144](#)

Actitud

- centrada en la persona, [42](#)
- de competencia multicultural, [100](#)

Actividad física y ejercicio, [50](#)

Actividades

- cognitivas, [118](#)
- conductuales, [118](#)
- de aprendizaje activo, [229](#), [260](#)

Aculturación, [86](#)

- alimentaria, [86](#)

Adaptación, [296](#)

Adolescentes embarazadas, [233](#)

Agrupamiento

- por contenido general de aprendizaje, [298](#)
- por necesidades de aprendizaje, [298](#)

AHA. *Véase* American Heart Association

Alcohólicos Anónimos, [217](#)

- Alfabetismo
 - en salud, [26](#)
 - nutricional, [104](#)
 - herramientas de evaluación de, [104](#)
- Alimentación
 - de los infantes, [222](#)
 - occidental, globalización de la, [86](#)
- Alimentos bajos en densidad nutricional, [231](#), [238](#)
- Alivio drástico, [118](#)
- Almacenamiento en la nube, [375](#)
- Ambiente
 - confortable, [57](#)
 - de apoyo, [30](#)
 - defensivo, [30](#)
- Ámbito de práctica de la nutrición, [5](#)
- Ambivalencia
 - concepto de, [141](#)
 - del paciente, [141](#), [144](#)
- American Academy of Pediatrics, [223](#)
- American Association of Diabetes Educators, [187](#)
- American College of Sports Medicine, [186](#)
- American Diabetes Association, [375](#)
- American Heart Association (AHA), [172](#), [188](#), [375](#)
- American Medical Association, [133](#)
- Analfabetismo, técnicas para identificar, [104](#)
- Análisis, [289](#)
 - cognitivo del conocimiento, [258](#)
 - de la audiencia, [336](#)
 - de la meta, [127](#)
 - de tareas, [309](#)
 - del programa, [336](#)
- AND. *Véase* Academy of Nutrition and Dietetics
- Andragogía, [249](#), [263](#)
- Antecedentes del comportamiento, [173](#)
- Antídoto para el estrés, [216](#)
- Apariencia personal, [37](#)
- Apertura de la entrevista, [60](#)
- Aplicación, [289](#)
- Apoyo(s)
 - verbal, [402](#)
 - visuales, [343](#)
- Aprendices
 - auditivos, [267](#)
 - de hacer, [267](#)
 - de sensibilidad, [267](#)
 - táctiles/kinésicos, [267](#)
 - visuales, [267](#)
- Aprendizaje
 - adulto, [249](#)
 - asincrónico, [364](#)
 - autodirigido, [305](#)
 - basado en el reforzamiento o recompensa, [170](#)
 - basado en la asociación, [168](#)
 - de descubrimiento, [256](#)
 - en grupos, [297](#)

- indirecto, [255](#)
- individual, [297](#)
- interactivo, [373](#)
- observacional, [171](#), [208](#)
- por modelado, [171](#)
- sincrónico, [364](#)
- Aprendizaje en el dominio
 - afectivo, [308](#)
 - cognitivo, [307](#)
 - psicomotor, [308](#)
- Asesoramiento
 - de empleados, [158](#)
 - de grupos con diversidad cultural, [102](#)
 - directivo, [138](#), [158-162](#)
 - exitoso, resultado de un, [162](#)
 - multicultural, habilidades de, [100](#)
 - no directivo, [138](#), [161](#)
 - para modificación de comportamiento, [167](#)
 - rogeriano, [138](#)
 - uno a uno, [233](#)
- Asesoramiento centrado en
 - el paciente, [138](#)
 - la persona, [138](#)
- Asesoramiento nutricional, [18](#), [137](#)
 - familiar, [234](#)
 - multicultural, habilidades del, [102](#)
- Asociación de colaboración, [142](#)
- Atuendo profesional, [350](#)
- Autenticidad, [140](#)
 - dentro de la relación, [139](#)
- Autocharla, [195](#), [196](#)
 - disfuncional, [214](#)
 - negativa, [200](#), [202](#)
 - positiva, [201](#), [215](#)
- Autoconcepto en la persona madura, [264](#)
- Autocontrol, [184](#)
- Autoeficacia, [122](#), [157](#)
 - alta, [209](#)
 - baja, [209](#)
 - concepto de, [122](#), [203](#)
 - formas de elevar la, [204](#)
 - percibida, [196](#)
- Autoevaluación, [327](#)
- Autoliberación, [118](#), [120](#)
- Automanejo, [184](#)
 - conductual, técnicas de, [184](#)
- Autorreevaluación, [118](#), [120](#)
- Autorreportes, [327](#)
- Autovigilancia, [183](#), [327](#)
 - de la ingesta alimentaria, [130](#)
 - técnicas de, [184](#)
- Avances de tecnologías de la información, [240](#)
- Ayuno intermitente, [96](#)

B

BAA. *Véase* Convenio de asociado de negocios

Baby boomers, [40](#)

Bandura, Albert, [171](#), [196](#), [204](#), [254](#)

Barreras

- a la comunicación, [30](#)

- del idioma, [88](#)

- en el manejo de los planes de tratamiento, [240](#)

- en la entrevista, [57](#)

- percibidas, [157](#)

- relacionadas con una mala escucha, [42](#)

Base

- de la planeación educacional, [279](#)

- del diagnóstico nutricional, [48](#)

BCAT. *Véase* Herramienta breve de valoración de calcio

Beneficios

- para una organización con diversidad, [88](#)

- percibidos, [157](#)

Brief Calcium Assessment Tool. *Véase* Herramienta breve de valoración de calcio

Boletines, [366](#)

Business Associate Agreement. *Véase* Convenio de asociado de negocios

C

Cadena de comer demasiado rápido, [178](#)

Caída, [211](#)

Caja de Skinner, [170](#)

Calidad de los elementos de aprendizaje, [319](#)

Canada's Food Guide, [249](#)

Capacidades de facilitación de grupos, [397](#)

Capacitación

- basada en la tecnología, [376](#)

- en el puesto, [307](#), [310](#)

Características

- adquiridas, [166](#)

- heredadas, [166](#)

Caracterización, [293](#)

Castigo(s), [170](#), [250](#), [252](#)

Catarsis, [118](#)

Categorías

- de intervención nutricional, [18](#)

- de resultados en la vigilancia y la evaluación nutricionales, [19](#)

- del diagnóstico nutricional, [16](#)

Causas

- por las que la gente come, [6](#)

- principales de muerte entre los estadounidenses, [93](#)

CDR. *Véase* Commission on Dietetic Registration

Center for Medicare Services (CMS), [20](#), [240](#)

ChooseMyPlate, [221](#), [225](#), [227](#), [229](#), [236](#), [256](#), [260](#), [370](#), [371](#)

Cierre de la entrevista, [76](#)

Clases de grupo, [249](#)

- Clasificación de las preguntas, [65-70](#)
- Clima
 - de apoyo, [388](#)
 - psicológico para el aprendizaje, [277](#)
- Coaching*, [308](#)
- Códigos de respuesta rápida, [370](#)
- Cogniciones, [194](#), [195](#)
- Cohesión en un equipo, [391](#)
- Combinar colores, [363](#)
- Comedores compulsivos, [1510](#)
- Comida, influencia cultural de la, [83](#)
- Commission on Dietetic Registration, [12](#)
- Compenetración, [56](#), [61](#)
- Compensaciones, [403](#)
- Competencia
 - comunicacional, [38](#), [41](#)
 - cultural, [40](#), [83](#), [91](#), [95](#), [99](#)
- Competencia multicultural
 - actitud de, [100](#)
 - prácticas de, [100](#)
- Componente(s)
 - afectivo, [213](#)
 - cognitivo, [213](#)
 - de condiciones, [284](#)
 - de criterio, [284](#)
 - de la entrevista motivacional, [142](#)
 - del desempeño de un objetivo, [284](#)
 - del entorno educacional, [277](#)
- Comportamiento(s)
 - alimentario, [178](#)
 - inapropiados, [188](#)
 - autoseleccionados, [188](#)
 - complejos, [166](#)
 - de los empleados, [188](#)
 - modificación de, [166](#)
 - negativo, [403](#)
 - no verbal, [97](#)
 - positivo, [403](#)
 - verbales, [98](#)
- Comprensión, [288](#)
 - empática, [143](#), [151](#)
- Comprometerse en forma voluntaria, [292](#)
- Comunicación
 - barreras a la, [28](#)
 - cara a cara, [28](#)
 - cultural, [82](#)
 - efectiva, [26](#)
 - escrita, [28](#)
 - formal, [387](#)
 - habilidades de, [25](#)
 - interpersonal, [29](#)
 - no verbal, [37](#)
 - verbal, [30](#)
- Concepto de
 - alfabetismo, [377](#)

- ambivalencia, [141](#)
- aritmética, [377](#)
- autoeficacia, [122](#), [203](#)
- cultura, [83](#), [85](#)
- educación, [276](#)
- empatía, [34](#)
- enseñanza, [276](#)
- escuchar, [41](#)
- estatus, [390](#)
- norma, [389](#)
- nutricionista, [4](#)
- Conciencia
 - emocional, [118](#)
 - multicultural, [83](#), [99](#)
- Conclusión, [341](#)
- Condicionamiento
 - clásico, [168](#), [250](#)
 - instrumental, [170](#)
 - operante, [169](#), [250](#)
- Condiciones necesarias en la relación con el paciente, [139](#)
- Conductas
 - alimentarias, [5](#)
 - indeseables, [167](#)
 - no saludables, [167](#)
- Conexión con la audiencia, [342](#)
- Conferencia(s), [364](#)
 - web, [376](#)
- Confiabilidad, [328](#)
- Conocimiento, [288](#)
 - cultural, [91](#)
 - nutricional, [167](#)
 - previo, [256](#)
 - sobre nutrición y salud, [50](#)
- Consecuencias
 - de comer, [178](#)
 - del comportamiento, [250](#)
 - desagradables, [252](#)
 - negativas, [178](#)
 - positivas, [178](#)
- Consenso de opiniones expertas, [392](#)
- Consumo de alimentos, [50](#)
 - frecuencia de, [51](#), [53](#)
 - fuera de casa, [5](#)
- Contacto
 - corporal, [38](#), [41](#)
 - visual, [38](#), [41](#), [350](#)
- Contemplación, etapa de, [115](#)
- Contenido
 - de la presentación, [337](#)
 - del plan de aprendizaje, [297](#)
- Contextos personales, [58](#)
- Contracondicionamiento, [119](#)
- Contrato de comportamiento, [180](#), [206](#)
- Control del
 - ambiente, [346](#)

- estímulo, [119](#), [120](#)
- Convenio de asociado de negocios, [133](#)
- Conversación
 - acerca del cambio, [149](#)
 - lateral, [400](#)
- Correo electrónico, [25](#)
- Costumbres sobre trato personal, [97](#)
- Council on Renal Nutrition, [385](#)
- Creación de conciencia, [118](#), [120](#)
- Crecimiento interno, [290](#)
- Creencias culturales del cuidado de la salud, [103](#)
- Criterios
 - externos, [289](#)
 - internos, [289](#)
 - SMOG, [377](#)
- Cuerpo de la
 - entrevista, [62](#)
 - presentación, [340](#)
- Cuestionario(s), [325](#)
 - de frecuencia de consumo de alimentos, [51](#), [132](#)
- Cuidado
 - de la dicción, [349](#)
 - de la salud, creencias culturales del, [103](#)
 - nutricional coordinado, [18](#)
- Cultura
 - de la edad, [88](#)
 - dominante, [86](#)
 - étnica tradicional, [86](#)

D

- Declaración PES, [16](#)
- Déficit(s)
 - cognitivos, [258](#)
 - perceptual, [256](#)
- Definición de
 - alfabetismo en salud, [26](#)
 - aprendizaje, [248](#)
 - cogniciones, [194](#)
 - comunicación, [26](#)
 - entrevista motivacional, [140](#)
 - grupo pequeño, [386](#)
 - inseguridad alimentaria, [228](#)
 - intervención nutricional, [17](#)
 - liderazgo, [394](#)
 - poder, [390](#)
 - recaída, [209](#)
- Demostraciones de alimentos, [373](#)
- Department of Agriculture de Estados Unidos, [8](#), [256](#)
- Department of Health and Human Services (HHS), [9](#), [133](#)
- Desafío para los profesionales de la salud, [83](#)
- Desarrollo
 - de habilidades y capacidades físicas, [293](#)

- de los objetivos de desempeño, [281](#)
- progresivo de conocimientos, [312](#)
- Desempeño
 - abierto o visible, [284](#)
 - cubierto o invisible, [284](#)
 - laboral insatisfactorio, [159](#)
- Deseo cultural, [91](#)
- Desinformación nutricional, [233](#)
- Desventaja de las conferencias, [305](#)
- Desventajas de las preguntas
 - abiertas, [66](#)
 - cerradas, [66](#)
- DGA. *Véase* Dietary Guidelines for Americans
- Diabetes gestacional, [222](#)
- Diagnóstico nutricional, [16](#)
 - categorías del, [16](#)
 - objetivo del, [16](#)
- Diálogo
 - interno, [195](#), [196](#)
 - negociador con el paciente, [30](#)
- Diapositivas, [374](#)
- Dietary Guidelines Advisory Committee, [9](#)
- Dietary Guidelines for Americans (DGA), [123](#), [371](#)
- Dietistas, [4](#)
- Diferencias en el estilo de aprendizaje, [267](#)
- Dimensiones de
 - desempeño profesional, [13](#)
 - espacio personal, [41](#)
- Dinámica de grupo, [389](#)
- Discusión(es)
 - en grupo, [305](#)
 - facilitadas, [305](#)
 - interactiva, [305](#)
- Disponibilidad del alimento, [50](#)
- Disposición
 - del adulto para aprender, [265](#)
 - para realizar una tarea, [295](#)
- Distorsión(es)
 - cognitivas, [197-198](#)
 - de la porción, [52](#)
- Diversidad cultural, [83](#)
 - asesoramiento de grupos con, [102](#)
 - fuerza de trabajo con, [88](#)
- Dominio
 - afectivo, [290](#)
 - cognitivo, [286](#)
 - psicomotor, [293](#)

E

- Eating Well*, [249](#)
- EC. *Véase* Estímulo condicionado
- ECV. *Véase* Enfermedad cardiovascular

EDC. *Véase* Etapas del cambio
EDDP. *Véase* Estándares de desempeño profesional
EDP. *Véase* Estándares de práctica
Educación
 a distancia, [365](#)
 efectiva del paciente, [249](#)
 infantil, [265](#)
 justo a tiempo, [365](#)
 nutricional, [18](#), [129](#), [221](#)
 enfocada en el comportamiento, [226](#)
 para adultos, [265](#)
Educational Foundation of the National Restaurant Association, [375](#)
EE. *Véase* Entidad encubierta
Efecto
 de violación de la abstinencia, [213](#), [215](#)
 “loro”, [74](#), [140](#)
Eficacia percibida, [207](#)
Ejercicios de bandeja de entrada, [306](#)
Elección de alimentos, [5](#)
Elecciones alimentarias de los adolescentes, [231](#)
Elementos del modelo de la comunicación, [27](#)
Elogio, [189](#)
EM. *Véase* Entrevista motivacional
Emisores del mensaje, [27](#)
Empatía, [34](#), [71](#), [139](#)
eNCPT. *Véase* Terminología del proceso de cuidado nutricional
Encuentro cultural, [91](#)
Encuesta de alimentación y salud, [10](#)
Enculturación, [85](#)
Enfermedad cardiovascular (ECV), [167](#), [172](#), [188](#), [239](#)
Enfermedades
 crónicas relacionadas con la alimentación, [239](#)
 prevenibles y crónicas, [9](#)
Enfoque de la educación nutricional, [248](#)
Entendimiento cultural, [40](#)
Entidad encubierta (EE), [132](#)
Entorno
 físico, [15](#), [277](#)
 cognitivo o mental, [15](#)
 social, [15](#)
 de un paciente, [185](#)
Entrega de alimentos o nutrientes (ND), [18](#)
Entrenamiento en habilidades de afrontamiento, [215](#)
Entrevista(s)
 apertura de la, [60](#)
 basadas en el comportamiento, [54](#)
 conductual, [54](#)
 de trabajo, [54](#)
 estructurada, [54](#)
 inicial de valoración nutricional, [49](#)
 propósitos de la, [49](#)
 mediática, [352](#)
 nutricional y alimentaria, [49](#)
 partes de la, [60-77](#)
 situacional, [54](#)

- uno a uno, [325](#)
- Entrevista motivacional (EM), [140](#)
 - componentes de la, [142](#)
 - microhabilidades de la, [145](#)
- Entrevistador efectivo, [49](#)
- Envejecimiento de la población global, [237](#)
- Equilibrio
 - formal, [363](#)
 - informal, [363](#)
 - simétrico, [363](#)
- Equipo(s), [387](#)
 - de alto desempeño, [389](#)
 - de salud multidisciplinarios, [385](#)
 - interdisciplinarios en salud pública, [386](#)
- Escala de calificación, [326](#)
- Escape(s), [250](#)
 - de situaciones desagradables, [251](#)
- Escucha
 - activa, [43](#)
 - empática, [388](#)
 - reflectiva, [140](#), [144](#)
- Escuchar al paciente, [144](#)
- Estado sedentario, [228](#)
- Estándares de
 - desempeño profesional (EDDP), [12](#)
 - práctica (EDP), [12](#)
- Estilo de
 - aprendizaje único, [267](#)
 - enseñanza, [269](#)
- Estímulo
 - condicionado (EC), [169](#)
 - no condicionado, [169](#)
- Estudio de la intervención nutricional en la mujer, [201](#)
- Etapas(s)
 - de acción, [116](#)
 - de ataque, [388](#)
 - de conclusión, [161](#)
 - de contemplación, [115](#)
 - de exploración, [160](#)
 - de formación, [388](#)
 - de involucramiento, [160](#)
 - de mantenimiento, [117](#)
 - de precontemplación, [113](#)
 - de preparación, [116](#)
 - de resolución, [160](#)
 - de retorno, [117](#)
 - de terminación, [117](#)
 - del cambio (EDC), [111](#), [112-117](#)
 - del desarrollo de grupos, [387](#)
 - en el proceso innovación-decisión, [270](#)
 - en la entrevista de asesoramiento, [160-161](#)
- Etiquetado étnico, [89](#)
- Etiquetas, [373](#)
- Etnocentrismo, [95](#)
- European Federation of the Associations of Dietitians, [385](#)

- Evaluación, [289](#)
 - cultural, [92](#)
 - educacional, [314](#)
 - formativa, [316](#)
 - nutricional, [130](#)
 - sumativa, [316](#), [317](#)
- Evocación, [143](#)
- Expectativa(s) de
 - autoeficacia, [209](#)
 - eficacia, [205](#)
 - resultado, [205](#)
- Expediente médico electrónico, [240](#)
- Experiencias expandidas, [264](#)
- Expresión facial, [38](#), [41](#), [350](#)
- Extinción, [250](#)
 - del comportamiento, [251](#)

F

- Facebook, [25](#), [376](#)
- Facilitación efectiva, [397](#)
- Facilitador del aprendizaje, [266](#)
- Factores
 - clave para la modificación conductual, [182](#)
 - involucrados en la elección de alimentos, [5](#)
 - que contribuyen a la epidemia de sobrepeso y obesidad, [9](#)
 - que contribuyen al sobrepeso infantil, [228](#)
 - que influyen en los hábitos alimentarios, [227](#)
- Falta de motivación, [141](#)
- Familias
 - biculturales, [99](#)
 - monoculturales, [99](#)
- FCA. *Véase* Frecuencia de consumo de alimentos
- Filosofía médica centrada en el paciente, [21](#)
- Flujogramas, [363](#), [370](#)
- Foco nutricional primario, [238](#)
- Focus groups*. *Véase* Grupos focales
- Ford, Henry, [193](#)
- Formas de
 - aprender, [268](#)
 - eleva la autoeficacia, [204](#)
- Formato de plática TED, [343](#)
- Fórmulas de legibilidad, [377](#)
- Fotografía(s), [370](#), [373](#)
 - digital, [233](#)
- Fracaso en el aprendizaje, [317](#)
- Frases de sondeo, [74](#)
- Frecuencia
 - de consumo de alimentos (FCA), [51](#), [53](#)
 - de uso del conocimiento, [313](#)
 - del reforzamiento, [253](#)
- Fuente(s) de
 - datos para la vigilancia y la evaluación, [131](#)

información sobre eficacia, [207](#)
problemas de alimentación, [199](#)
Fuerza de trabajo con diversidad cultural, [88](#)

G

Gente etnocéntrica, [95](#)
Globalización de la alimentación occidental, [86](#)
Grabaciones de audio, [375](#)
Gráficas, [367](#)
Gravedad percibida, [157](#)
Grupos
 de aprendizaje, [297](#)
 de discusión, [404](#)
 diversos, [396](#)
 focales, [404](#)
 formales, [387](#)
 homogéneos, [396](#)
 informales, [387](#)
 virtuales en línea, [385](#)
Guía de entrevista, [62](#)
Guías
 alimentarias 2015, [236](#)
 para lograr consenso en los grupos, [392](#)

H

Habilidad
 cultural, [91](#)
 de escucha reflectiva, [144](#)
 de la empatía, [34](#)
 de parafrasear, [35](#)
Habilidades de
 comunicación, [25](#), [151](#)
 escucha, [41](#)
 grupo, [401](#)
Habilidades de asesoramiento
 multicultural, [100](#)
 nutricional multicultural, [102](#)
Hábitos alimentarios de
 las personas, [5](#)
 los niños, [224](#)
Hábitos de la mente, [269](#)
Hazard Analysis Critical Control Points, [306](#)
Health Insurance Portability and Accountability Act. Véase Ley de portabilidad y confiabilidad del seguro médico
Healthy People 2020, [9](#), [26](#), [82](#), [93](#), [221](#)
Herramienta(s)
 breve de valoración de calcio, [53](#)
 de evaluación de alfabetismo, [104](#)

MEDFICTS, [53](#)
para la vigilancia y la evaluación, [131](#)
HHS. *Véase* Department of Health and Human Services
HIPAA. *Véase* Ley de portabilidad y confiabilidad del seguro médico
Historia
 alimentaria, [49](#)
 clínica, [50](#)
Human Services Office of Minority Health, [93](#)

I

ICDA. *Véase* International Confederation of Dietetic Associations
Identidad cultural, [83](#)
Identificación de la meta, [125](#)
Imagen corporal negativa, [232](#)
IMC. *Véase* Índice de masa corporal
Importancia de la meta, [127](#)
Inactividad física, [9](#)
Indicadores primordiales de salud, [93](#)
Índice de masa corporal (IMC), [155](#)
Influencias
 culturales, [40](#)
 de la comida, [83](#)
 en los hábitos alimentarios, [224](#)
 sobre las elecciones alimentarias, [6](#)
Información
 de salud privada (ISP), [132](#)
 del paciente, protección de, [133](#)
Ingesta
 alimentaria, vigilancia electrónica de la, [132](#)
 diaria habitual, [51](#)
Inseguridad alimentaria, [237](#)
Instrucciones alimentarias, [167](#)
Interferencia, [28](#)
 psicológica, [29](#)
International Confederation of Dietetic Associations, [4](#)
Internet de alta velocidad, [365](#)
Intervención a corto plazo, [271](#)
Intervención nutricional, [17](#), [129](#)
 categorías de, [18](#)
 definición de, [17](#)
 propósito de la, [17](#)
Intervenciones conductuales, [187](#)
Introducción de la presentación, [339](#)
ISP. *Véase* Información de salud privada
Involucramiento
 activo del paciente, [152](#)
 de la persona en el proceso de aprendizaje, [304](#)

J

Jergas, [98](#)
Joint Commission, [82](#), [131](#), [275](#)
Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, [330](#)

K

Knowles, Malcom, [263](#)

L

Lactancia, [222](#)
Lenguaje
 corporal, [30](#), [349](#)
 eNCPT, [13](#)
 estandarizado del proceso de cuidado nutricional, [167](#)
Ley
 de portabilidad y confiabilidad del seguro médico (HIPAA), [132](#)
 del efecto de Thorndike, [169](#), [170](#)
Liberación social, [119](#)
Licenciados en nutrición, [4](#)
Liderazgo
 compartido, [394](#)
 definición de, [394](#)
 facilitador, [394](#)
Líderes
 del equipo, [387](#)
 del taller, [351](#)
 emergentes, [394](#)
LinkedIn, [376](#)
Listas de verificación, [326](#)
Lluvia de ideas, [372](#), [403](#)
Logros reales de desempeño, [207](#)

M

Manejo
 de la diabetes mellitus, [187](#)
 de problemas en la presentación mediática, [354](#)
 del peso corporal, [185](#)
 del reforzamiento, [119](#), [120](#)
Mantenimiento, etapa de, [117](#)
Marco de
 referencia ABC, [173](#), [181](#)
 trabajo propiciar-proveer-propiciar, [152](#)
Materiales impresos, [370](#)
MCS. *Véase* Modelo de creencias en salud
Medicina
 integrante o complementaria, [96](#)

- narrativa, [21](#)
- Medición del cambio en el comportamiento, [319](#)
- Medios
 - educacionales, [359](#)
 - visuales, [359](#), [366-371](#)
- Memoria, [249](#), [256](#)
 - a corto plazo, [259](#)
 - a largo plazo, [260](#)
 - de trabajo, [259](#)
 - USB, [375](#)
- Mensajería instantánea, [25](#)
- Mensaje, [28](#)
 - no verbal, [28](#), [37](#)
 - verbal real, [28](#)
- Mensajes de texto, [25](#)
- Meta(s)
 - a corto plazo, [127](#)
 - a largo plazo, [127](#)
 - análisis de la, [127](#)
 - del asesoramiento y educación nutricionales, [92](#)
 - del nutricionista, [5](#)
 - distantes o finales, [127](#)
 - específicas, [126](#)
 - hoy, [127](#)
 - importancia de la, [127](#)
 - medibles, [126](#)
 - principal de la enseñanza, [275](#)
- Método(s) de
 - la valoración alimentaria, [50](#)
 - modificación de comportamiento, [168](#)
 - retroalimentación, [104](#)
- Microhabilidades de la entrevista motivacional, [145](#)
- Modelado
 - alimentario, [227](#)
 - conductual, [172](#), [208](#)
 - de comportamiento, [312](#)
- Modelo(s)
 - Campinha-Bacote, [91](#)
 - de alimentos, [373](#)
 - de competencia cultural, [90](#)
 - de creencias en salud (MCS), [157](#)
 - de cuidado crónico, [240](#)
 - de la comunicación, [27](#)
 - de las etapas del cambio, [172](#)
 - de Prochaska, [141](#)
 - de proceso de recaída, [209](#)
 - de recaída de Marlatt, [210](#)
 - del proceso de cuidado nutricional, [5](#)
 - ETHNIC, [90](#)
 - Hand, [91](#)
 - instruccional cognitivo, [256](#)
 - lógicos, [370](#)
 - negativos, [255](#)
 - transteórico (MTT), [111](#)
- Modificación de comportamiento, [166](#)

Modismos, [98](#)
Modulación de voz, [348](#)
Módulos de aprendizaje por computadora, [365](#)
Moldeado, [252](#)
 del comportamiento, [171](#)
Motivación del paciente, [144](#)
Motivadores para los adultos, [266](#)
MTT. *Véase* Modelo transteórico
MyPlate, [101](#), [249](#)

N

National Cancer Institute (NCI), [51](#)
National Cholesterol Education Program, [53](#)
National Dairy Council, [375](#)
National Diabetes Education Program, [187](#)
National Health and Nutrition Evaluation Survey (NHANES). [8](#)
National Kidney Foundation, [385](#)
NCI. *Véase* National Cancer Institute
ND. *Véase* Entrega de alimentos o nutrientes
NHANES. *Véase* National Health and Nutrition Evaluation Survey
Niños en edad escolar, [226](#)
Nivel(es)
 comunitario, [249](#)
 de alfabetismo y aritmética, [377](#)
 de la taxonomía cognitiva, [286-289](#)
 de organización, [292](#)
Notice of Privacy Practices. *Véase* Notificación de Prácticas Privadas
Notificación de Prácticas Privadas, [133](#)
NPP. *Véase* Notificación de Prácticas Privadas, [133](#)
Nutrition Care Process Terminology. *Véase* Terminología del proceso de cuidado nutricional

O

Objetivo(s)
 conductuales, [281](#)
 de desempeño, [281](#), [285](#)
 del diagnóstico nutricional, [16](#)
 del MTT, [111](#)
 medibles, [281](#)
Observación visual, [326](#)
Opinión positiva incondicional, [139](#)
Organización con diversidad, beneficios para una, [88](#)
Organización de Alimentación y Agricultura de Naciones Unidas (FAO), [9](#)
Organización Mundial de la Salud (OMS), [9](#)

P

Paciente(s)
 ambivalencia del, [141](#)
 analfabetos, [103](#)
 condiciones necesarias en la relación con el, [139](#)
 escuchar al, [144](#)
 motivación del, [144](#)
 respetar la autonomía del, [143](#)
 terapia centrada en el, [140](#)
 vulnerabilidad del, [139](#)
Pantalla *touch*, [365](#)
Pánico escénico, [345](#)
Paradoja de la dinámica de grupo, [403](#)
Parafraseo, [35](#), [36](#), [71](#), [147](#)
Parientes
 de extensión, [234](#)
 nucleares, [234](#)
Partes de la entrevista, [60-77](#)
Pasos
 del PCN, [13](#)
 para establecer metas con los pacientes, [125](#)
 para una educación eficaz, [277](#)
Patrones de colación de los adolescentes, [233](#)
Pavlov, Iván, [168](#), [250](#)
PCN. Véase Proceso de cuidado nutricional
Pensamiento(s)
 automáticos, [195](#)
 disfuncionales, [197](#)
 distorsionado, [195](#)
 equivocado de grupo, [393](#)
 inadaptado(s), [197](#), [200](#)
 negativos, [195](#), [196](#), [197](#)
Percepción, [295](#)
Perfil de lípidos negativo, [9](#)
Personal diverso, [88](#)
Persuasión verbal, [208](#)
Pistas para la acción, [157](#)
Pizarras blancas, [371](#)
Plan de la lección, [328](#)
Planeación de programa, [329](#)
Planear con anticipación, [174](#)
Población lésbica, gay, bisexual y transgénero (LGBT), [94](#)
Podcasts, [307](#), [359](#), [375](#)
Porciones
 amorfás, [52](#)
 grandes, [52](#)
 pequeñas, [52](#)
Pósters, [367](#)
Prácticas
 culturales, [85](#)
 de competencia multicultural, [100](#)
 veganás, [232](#)
Precontemplación, etapa de, [113](#)
Preferencias en el estilo de aprendizaje, [267](#)
Preguntas
 abiertas, [65](#), [145](#)

- desventajas de las, [66](#)
- cerradas, [66](#)
 - desventajas de las, [66](#)
- clasificación de las, [65-70](#)
- de secuencia, [69](#)
- de seguimiento, [67](#)
- de sondeo, [68](#)
- dirigidas, [68](#)
- específicas de seguimiento, [67](#)
- neutrales, [68](#)
- para propiciar, [152](#)
- primarias, [67](#)
- secundarias, [67](#)

Prejuicio, [95](#)

Preocupaciones sociales, [398](#)

Preparación, etapa de, [116](#)

Prescripción

- dogmática, [33](#)
- provisoria, [33](#)

Presentación

- con medios electrónicos, [307](#)
- contenido de la, [337](#)
- cuerpo de la, [340](#)
- introducción de la, [339](#)
- mediática, [353](#)
- principales componentes de una, [337](#)
- resumen de la, [341](#)

Prevaloración, [278](#)

- psicológica, [279](#)

Prevención de la recaída, [209](#)

Principales

- componentes de una presentación, [337](#)
- vehículos no verbales, [37](#)

Principios

- de arte y diseño, [361](#)
- guía de la EM, [149](#)

Privacidad de la información de salud identificable, [132](#)

Privacy of Identifiable Health Information. *Véase* Privacidad de la información de salud identificable

Problemas

- de asimilación, [87](#)
- de evaluación, [320](#)
- de reversión de roles, [103](#)
- relacionados con el trabajo, [158](#)

Proceso(s)

- de aprendizaje para el paciente, [117](#)
- de asimilación, [86](#)
- de cambio, [118-121](#)
- de cuidado nutricional (PCN), [5](#), [13](#), [48](#), [130](#)
- de identidad cultural, [86](#)
- de la memoria a largo plazo, [260](#)
- de resolución de problemas, [308](#)
- mental interno activo, [256](#)
- nominal de grupo, [404](#)
- pasivo, [256](#)

Producción, [296](#)

Programa(s)
 ChooseMyPlate, 8
 de actividad nutricional, 229
 de asistencia alimentaria, 238
 de reforzamiento, 180
Propósito
 de la entrevista, 55
 inicial de valoración, 49
 de la intervención nutricional, 17
 de la valoración nutricional, 15
 de la vigilancia y la evaluación nutricional, 19
Propuestas fundamentales de la TCC, 194
Protección de la información del paciente, 133
Proyectores o cañones, 374
Prueba(s)
 de desempeño, 326
 escritas, 324
 Flesch, 377
 FOG, 377
 Fry, 377
 Raygor, 377
 SMOG, 377

R

Radio pasillo, 387
Raíces culturales, 85
Reacciones emocionales negativas, 117
Receptores del mensaje, 27
Recompensas, 119, 251
 extrínsecas, 280
 intrínsecas, 280
Reconocimiento del problema, 199
Recordatorio
 de 24 horas, 51
 electrónico, 240
Recursos para el apoyo a la lactancia, 223
Red(es)
 de información
 social(es), 249, 376
Reemplazo de elecciones alimentarias, 227
Reestructuración cognitiva, 215, 258
Reevaluación del entorno, 118, 120
Reflejo(s)
 complejos, 147
 de corregir, 144, 149
 de resumen, 148
 simples, 147
Reforzadores
 de actividad, 179
 negativos, 251
 positivos, 189, 251
 sociales, 179

- Reforzamiento
 - a cada paso del camino, [251](#)
 - a tiempo, [252](#)
 - continuo, [180](#)
 - intermitente, [180](#)
 - negativo, [250](#)
 - positivo, [119](#), [250](#)
- Refuerzo
 - negativo, [170](#)
 - positivo, [170](#)
- Regla de
 - la mayoría, [403](#)
 - seis, [362](#)
- Relaciones
 - curativas, [30](#)
 - familiares, [99](#)
 - que ayudan, [119](#)
- Resolución de
 - la incertidumbre, [296](#)
 - problemas, [265](#)
- Respetar la autonomía del paciente, [143](#)
- Responsabilidad(es)
 - del cambio, [143](#)
 - del facilitador, [397](#)
 - personal, [154](#)
- Respuesta(s)
 - abierta compleja, [296](#)
 - condicionada, [169](#)
 - de comprensión, [71](#)
 - de confrontación, [75](#)
 - de evaluación, [75](#)
 - de refuerzo, [76](#)
 - de sondeo, [72](#)
 - desinhibidas, [68](#)
 - en cadena, [178](#)
 - enfocada, [354](#)
 - habitual, [296](#)
 - hostil, [75](#)
 - no condicionada, [169](#)
 - reflejo, [146-148](#)
 - superficiales, [73](#)
 - tipos de, [71-76](#)
 - vagas, [73](#)
- Resultado(s)
 - de un asesoramiento exitoso, [162](#)
 - referenciados al criterio, [318](#)
- Resumen de la presentación, [341](#)
- Resúmenes del nutricionista, [148](#)
- Retorno, etapa de, [117](#)
- Retroalimentación, [28](#)
 - a partir de la evaluación, [315](#)
 - método de, [104](#)
- Revaloraciones
 - afectivas, [118](#), [120](#)
 - cognitivas, [118](#), [120](#)

Reversión de roles, problema de, [103](#)
Rol de liderazgo, [390](#)
Roles
 de tarea, [390](#), [401](#)
 negativos, [402](#)
 sociales, [390](#), [401](#), [402](#)
Rotafolios, [359](#), [372](#), [400](#)
Ruido, [28](#)

S

Secuencia
 de embudo, [69](#)
 invertido, [69](#)
 preguntas de, [69](#)
Selección de las actividades de aprendizaje, [302](#)
Seminarios web, [359](#), [364](#), [376](#)
Sentimientos negativos, [211](#)
Señalador láser, [374](#)
Sesiones
 grupales, [233](#)
 uno a uno, [249](#)
Símbolos QR (*Quick response*), [370](#), [371](#)
Simulaciones de situaciones reales, [306](#)
Síndrome metabólico, [239](#)
Síntesis, [289](#)
Sistema(s)
 de creencias, [58](#)
 de recompensa financiera, [186](#)
 SMART, [126](#)
Skinner, B. F., [250](#)
Sobrepeso
 infantil, [228](#)
 y obesidad, factores que contribuyen a la epidemia de, [9](#)
Sociedad multicultural, [255](#)
Solución(es) de
 compromiso, [403](#)
 problemas, [403](#)
Sondeos no verbales, [74](#)
Subjective Global Assessment. Véase Valoración global subjetiva
Subreporte de ingestas, [52](#)
Sugerencias para el cambio en el grupo, [395](#)
Susceptibilidad percibida, [157](#)

T

Tableros o exhibidos, [366](#)
Tabletas, [271](#)
Talleres en grupo, [351](#)
Tareas de autovigilancia, [239](#)

Tarjetas de memoria, [375](#)

TCC. *Véase* Terapia cognitivo-conductual

Técnica(s)

- de automanejo conductual, [184](#)
- de autovigilancia, [184](#)
- de marco de referencia de andamiaje, [271](#)
- de presentación educacional, [302](#)
- de recolección de datos, [324-327](#)
- de reestructuración cognitiva, [198](#)
- de sondeo, [73](#)
- de transmisión, [344](#)
- para identificar analfabetismo, [104](#)

Tecnología(s)

- como herramienta de aprendizaje, [271](#)
- de la información (TI), [26](#)
- de los medios digitales, [359](#)
- entretenimiento y diseño (TED), [343](#)
- interactiva, [376](#)

TED. *Véase* Tecnología, entretenimiento y diseño

Teléfono(s)

- celular(es), [25](#), [307](#)
- inteligentes, [271](#)

Tentaciones, [122](#)

Teoría(s)

- cognitiva social, [194](#), [249](#), [254-255](#)
- de Bandura, [122](#)
- de cambio conductual, [193](#)
- de la asociación, [250](#)
- de la difusión de innovaciones, [270](#)
- de la variable medidora, [173](#)
- del aprendizaje conductual, [249](#), [250-254](#)
- del comportamiento cognitivo, [193](#)
- del procesamiento de la información, [258](#)

Terapia centrada en el paciente, [140](#)

Terapia cognitivo-conductual (TCC), [193](#)

Terminación, etapa de, [117](#)

Terminología del proceso de cuidado nutricional (eNCPT), [5](#), [13](#)

Thorndike, Edward, [169](#), [250](#)

Tipo(s) de

- familia, [99](#)
- respuesta(s), [71-76](#), [170](#)
- validez, [327](#)

Toma de decisiones, [403](#)

Tour virtual, [372](#)

Transferencia de

- aprendizaje, [249](#), [262](#)
- capacitación, [262](#)

Trastornos (enfermedades)

- alimentarios, [194](#), [201](#)
- graves, [232](#)
- cognitivos, [194](#)

Twitter, [25](#)

U

US Census Bureau, [83](#), [87](#)
US Department of Health, [93](#)
Uso de
 información, [288](#)
 la tecnología, [271](#)
 para reporte de ingestas, [52-53](#)

V

Validez, [327](#)
Valoración
 alimentaria, métodos de la, [50](#)
 de las capacidades de afrontamiento, [213](#)
 de necesidades, [278](#)
 de situaciones de alto riesgo, [213](#)
 nutricional, [15](#), [226](#)
 propósito de la, [15](#)
Valoración global subjetiva, [21](#)
Valoraciones
 afectivas, [118](#), [120](#)
 cognitivas, [118](#)
Variable(s)
 culturales, [41](#)
 mediática, [217](#)
Variación intracultural, [85](#)
Vehículos de comunicación no verbal, [37](#), [38](#)
Videoconferencia, [132](#), [307](#), [364](#)
Videos, [375](#)
 cortos, [375](#), [376](#)
Vigilancia
 electrónica de la ingesta alimentaria, [132](#)
 nutricional, [130](#)
 y evaluación nutricionales, [19](#)
Vulnerabilidad del paciente, [139](#)

W

Weight Watchers, [217](#)
William Miller, [140](#)
WINS. Véase Estudio de la intervención nutricional en la mujer
Women's Health Initiative (WHI), [236](#)
Women's Intervention Nutrition Study, [212](#). Véase también Estudio de la intervención nutricional en la mujer

Índice

Titlepage	2
Copyright	3
Dedication	5
Prefacio	6
Contenido	8
SECCIÓN 1: Habilidades de comunicación	14
Capítulo 1: Expandir el ámbito de la práctica nutricional	15
Introducción	16
Origen de los hábitos o conductas alimentarias	17
Iniciativas gubernamentales de salud pública	20
Resultados de la encuesta de alimentación y salud	23
Marco de referencia del ámbito de práctica	24
Proceso de cuidado nutricional	26
Evolución del ámbito de la práctica nutricional	34
Capítulo 2: Comunicación	38
Introducción	39
Definición de comunicación	40
Modelo de comunicación interpersonal	41
Comunicación verbal y no verbal	44
Diversidad	55
Habilidades de escucha	56
Capítulo 3: Entrevistas	62
Introducción	63
Entrevistas nutricionales	64
Entrevistas de trabajo	69
Condiciones que facilitan las entrevistas	70
Partes de la entrevista	75
Respuestas	87
Cierre de la entrevista	92
Capítulo 4: Comunicación y competencia cultural	96
Introducción	97
Diversidad cultural	98
Procesos culturales	100
Diversidad en el sitio de trabajo	102
Modelos de competencia cultural	105

Competencia cultural en el asesoramiento	107
Alfabetismo limitado	121
SECCIÓN 2: Asesoramiento y consejería para un cambio de comportamiento de salud	125
Capítulo 5: Etapas y procesos del cambio de comportamiento de salud	126
Introducción	127
Modelo transteórico o etapas de cambio	128
Etapas del cambio	131
Procesos de cambio	137
Equilibrio en la decisión	140
Autoeficacia	141
Fijación de metas	142
Intervención nutricional	149
Vigilancia y evaluación nutricionales	150
Documentación	152
Comunicación electrónica	152
Capítulo 6: Asesoramiento y consejería centrados en la persona	157
Introducción	158
Uso de teorías y modelos	158
Asesoramiento no directivo	159
Entrevista motivacional	161
Aplicaciones	177
Motivación	177
Fijación de metas	178
Modelo de creencias en salud	179
Asesoramiento directivo	181
Capítulo 7: Asesoramiento y consejería para modificación de comportamiento	188
Introducción	189
Condicionamiento clásico	191
Condicionamiento operante	192
Modelado	194
Cambio de los comportamientos alimentarios	196
Autovigilancia	207
Automanejo	208
Apoyo social	209
Aplicaciones	209
Capítulo 8: Asesoramiento y consejería para el cambio cognitivo	217

Introducción	218
Terapia cognitivo-conductual	219
Cogniciones	221
Autoeficacia	229
Prevención de recaídas	236
Modelos y teorías del cambio	245
Capítulo 9: Asesoramiento y consejería a través de las etapas de la vida	248
Introducción	249
Mujeres en etapa preconcepcional y embarazadas	249
Infantes hasta dos años de edad	250
Niños preescolares, de dos a cinco años de edad	251
Niños en edad escolar, de seis a 12 años de edad	255
Adolescentes, de los 13 a los 19 años	259
Asesoramiento familiar	264
Adultos, de 20 a 64 años	266
Adultos, de 65 años en adelante	267
Manejo de enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación	270
SECCIÓN 3: Habilidades educativas	275
Capítulo 10: Principios y teorías del aprendizaje	276
Introducción	277
Aprendizaje	277
Teorías de aprendizaje conductual	279
Teoría cognitiva social	284
Teorías cognitivas	285
Memoria	286
Transferencia de aprendizaje	292
Andragogía	293
Estilos de aprendizaje y de enseñanza	297
Difusión de las innovaciones	300
La tecnología como herramienta de aprendizaje	301
Capítulo 11: Planeación del aprendizaje	305
Introducción	306
Entorno para la enseñanza y el aprendizaje	308
Pasos para una educación eficaz	308
Valoración de necesidades	309
Desarrollo de los objetivos de desempeño	312
Dominios de aprendizaje	318
Determinar el contenido de los planes de aprendizaje	329

Organización de grupos de aprendizaje	330
Capítulo 12: Implementación y evaluación del aprendizaje	333
Introducción	334
Selección de técnicas y métodos	334
Técnicas para los distintos dominios de aprendizaje	341
Análisis de tareas	342
Capacitación en el puesto	343
Secuencia de instrucción	346
Evaluación de resultados	348
Tipos de evaluación y resultados	353
Técnicas de recolección de datos	359
Confiabilidad y validez	362
Planes de lección y de programa	363
Documentación	365
Capítulo 13: Presentaciones orales	369
Introducción	370
Preparación de una presentación efectiva	371
Componentes de una presentación efectiva	372
Implementación de una presentación efectiva	377
Métodos de evaluación	386
Adaptaciones	387
Capítulo 14: Uso de medios para la instrucción	393
Introducción	394
Beneficios de los medios visuales	394
Planeación del uso de medios visuales	395
Principios de arte y diseño	396
Aprendizaje asincrónico y sincrónico	399
Tipos de medios visuales	400
Consideraciones de alfabetismo y aritmética	413
Compra de materiales preparados	415
Capítulo 15: Facilitación del aprendizaje en grupo	420
Introducción	421
Definición de grupos y equipos	422
Etapas del desarrollo de grupos	423
Características de la dinámica de grupo y de equipo	426
Pensamiento equivocado de grupo	430
Liderazgo de grupo y equipo	430
Características de un equipo efectivo	431

Manejo de pequeños grupos y equipos	433
Capacidades como facilitador de grupos	434
Roles y funciones del facilitador y del participante	438
La paradoja de la dinámica de grupo	440
Solución de problemas y toma de decisiones	440
Las reuniones como función de la dinámica de grupo	442
APÉNDICE: Referencias	446
Índice	473