

2019

Prácticas de abordaje de temas de alimentación y  
nutrición dentro y entre consultas de médicos y  
nutriólogos

Carlos Maximiliano Gómez Peña



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Ciencias Naturales

Prácticas de abordaje de temas de alimentación y  
nutrición dentro y entre consultas de médicos y nutriólogos

Tesis

Que como parte de los requisitos para  
obtener el Grado de  
Maestro en Ciencias de la Nutrición Humana

Presenta

Carlos Maximiliano Gómez Peña

Dirigido por:

Dra. Juana Elizabeth Elton Puente

Querétaro, Qro. 4 de octubre del 2019



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Ciencias Naturales  
Maestría en Ciencias de la Nutrición Humana

Prácticas de abordaje de temas de alimentación y nutrición dentro y entre  
consultas de médicos y nutriólogos

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de  
Maestro en Ciencias de la Nutrición Humana

Presenta:

Carlos Maximiliano Gómez Peña

Dirigido por:

Dra. Juana Elizabeth Elton Puente

Dr. Juana Elizabeth Elton Puente  
Presidente

Dr. Sergio Rivera Magos  
Secretario

Dra. Ma. del Carmen Salazar Piñón  
Vocal

Dr. Jorge Luis Chávez Servín  
Suplente

Dr. Roberto Augusto Ferriz Martínez  
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.  
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario julio del 2019  
México

## Resumen

Las prácticas de consultas de médicos y nutriólogos, en situaciones de abordaje de temas de alimentación y nutrición, conforman un encuentro con el paciente y su familia que puede no ser sencillo ni uniforme debido a que el contenido que se comparte u omite es de carácter privado, pudoroso e incluso vergonzoso para el paciente. La manera en cómo se establecen estas relaciones determina el cuidado de la salud que el paciente llevará a su mundo bio-psico-social saliendo de consulta. En este sentido, el trabajo pretende conocer las prácticas de abordaje de temas de alimentación y nutrición de médicos y nutriólogos en su relación con el paciente bajo los modelos de atención centrada en el paciente y de educación interprofesional. Fueron entrevistados 8 profesionistas de salud (4 médicos cirujanos y 4 nutriólogos) que laboran en el ámbito privado de la ciudad de Santiago de Querétaro, Querétaro, México. Se encontró que los médicos buscan desarrollar confianza y fomentar tranquilidad con el paciente mediante la escucha activa del mismo; sin embargo, no tienden a compartir información ajena a la evidencia científica durante la consulta, evitando una relación personal con el paciente. Asimismo, que los nutriólogos utilizan la escucha activa para generar apertura del paciente sobre información privada que puede ser utilizada en consulta. Estos profesionistas promueven el intercambio de información personal con el paciente como apoyo para la toma de decisiones, tales como gustos, preferencias, perspectivas y demás. Respecto a la toma de decisiones, los médicos piden la opinión del paciente acerca de la meta, tratamiento y agenda; a diferencia del nutriólogo que impera sobre la agenda dentro de la consulta. En el ámbito interprofesional, existen muchas diferencias en las redes de profesionistas con los que hacen equipo durante la interconsulta y de regulación por parte de organismos oficiales, profesionales y académicos, debido a la distante posición social que tiene la medicina y la nutrición en sociedad.

(**Palabras clave:** relación médico-paciente, educación interprofesional, atención centrada en el paciente, funcionalismo, teoría del conflicto, utilitarismo, alimentación, nutrición).

Dirección General de Bibliotecas UAQ

## Summary

The practice of food and nutrition approach inside medical and dietitian consultations, settles an encounter with the patient and family that lacks simplicity and uniformity because the content that is shared or omitted is highly private, modest and even embarrassing for the patient. The way in which these relationships are established determines the health care that the patient will take to his bio-psycho-social world, leaving the consultation office. In this sense, this study seeks to know the practices of food and nutrition approach of physicians and dietitians in their relationship with the patient under the models of patient-centered care and interprofessional education. Eight health professionals working in the private sector of the city of Santiago de Querétaro, Querétaro, Mexico, were interviewed; of which 4 were physicians and 4 were dietitians. It has been found that physicians seek to develop confidence and promote tranquility with the patient by actively listening to it; however, they do not tend to share information other than scientific evidence during the consultation, avoiding a personal relationship with the patient. Meanwhile, dietitians use active listening to generate patient openness about private information that can be used in consultation. These professionals promote the exchange of personal information with the patient as support for decision making, such as tastes, preferences, perspectives and others. Regarding decision making, doctors ask for the patient's opinion about the goal, treatment and agenda; unlike the nutritionist that prevails on the agenda within the consultation. In the interprofessional field, there are many differences in the networks of professionals with whom they team during interconsultation and regulation by official, professional and academic bodies, due to the distant social position that medicine and nutrition have in society.

**(Key words:** physician-patient communication, interprofesional education, patient centeredness, espoused theory, funcionalism, conflict theory, utilitarism, feeding, nutrition).

## Dedicatorias

Estoy más feliz y agradecido de Pili y Valentina por apoyarme en mi partida a Querétaro; y por aceptarme de vuelta a casa. Gracias a Carlos Gómez por plantarme la semilla de salir de Tijuana y aventurarme por mi cuenta. Quiero agradecer a Thalía y a Forcas por haber estado a mi lado siempre. Gracias a mis amigos tijuanaenses que me despidieron con tanto apoyo aquella noche de marzo del 2015.

No pude haber tenido una mejor dirección que la de la queridísima y más que estimada Dra. Elton, es un ser humano hermoso con la nobleza y dedicación por un México más educado y alimentado. Ella y su familia son una bendición para este mundo.

Quiero agradecer con toda el alma a Mónica Cruz por su más que grata compañía en mi estancia queretana, al núcleo académico y compañeros interestatales del grupo de la Maestría en Ciencias de la Nutrición Humana y de los posgrados aledaños, al equipo de trabajo que me recibió con los brazos abiertos de la Maestría en Ciencias de la Comunicación y Cultura Digital.

## Agradecimientos

Este trabajo es producto de la interacción y colaboración con académicos de varios niveles e instituciones. Se hace mención y agradecimiento al alumnado, coordinación y núcleo académico de la Maestría en Ciencias de la Nutrición Humana de la Universidad Autónoma de Querétaro por su apoyo y retroalimentación durante el curso; al igual que a la Dra. Carole Orchard y Ana Vlacic de la The University of Western Ontario, en Londres, ON, Canadá por su apoyo durante la estancia realizada bajo su supervisión.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

## Índice

Resumen .....	i
Dedicatorias .....	iv
Agradecimientos.....	v
Índice.....	vi
Índice de cuadros .....	viii
Índice de esquemas .....	i
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO .....	1
2.1. Historia de la medicina y la nutrición en México .....	2
2.2. Relación médico-paciente .....	4
2.3. Atención centrada en el paciente .....	8
2.4. Perspectivas teóricas de la ACP .....	11
2.4.1. Funcionalismo .....	14
2.4.2. Teoría del conflicto .....	20
2.4.3. Utilitarismo.....	22
2.5. Competencias y educación interprofesional.....	24
2.5.1. Valores y ética .....	25
2.5.2. Roles y responsabilidades .....	26
2.5.3. Comunicación interprofesional .....	26
2.5.4. Trabajo en equipo .....	27
2.5. Teoría declarada de Argyris y Schön .....	27
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	1
IV. JUSTIFICACIÓN .....	2
V. SUPUESTOS DE INVESTIGACIÓN .....	6
VI. OBJETIVOS .....	7
6.1. Objetivo general .....	7
6.2. Objetivos específicos .....	7
VII. MATERIALES Y MÉTODOS .....	1
7.1. Sujetos de estudio.....	1
7.2. Criterios de inclusión y eliminación .....	1

7.3 Categorías.....	2
7.4. Instrumento .....	9
7.5. Materiales.....	10
7.6. Métodos.....	10
7.7. Análisis de la información obtenida.....	11
7.7.1. Cuaderno de códigos .....	11
7.7.2. Cuaderno de condensación .....	14
VIII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	1
8.1. Atención centrada en el paciente .....	1
8.2. Propuestas de ACP.....	3
8.3. Educación Interprofesional.....	6
IX. CONCLUSIONES.....	10
XI. ANEXO .....	1
1.1. Guía de entrevista.....	1
2.2. Categorías dentro de la guía de entrevista .....	3
XII. LITERATURA CITADA.....	4

## Índice de cuadros

Cuadro 1 Propuesta de modelos de ACP de Ishikawa et al. (2013) .....	13
Cuadro 2 Conceptos eje, subconjuntos, categorías de análisis e indicadores .....	4
Cuadro 3 Cuaderno de códigos .....	12
Cuadro 4 Códigos .....	12
Cuadro 5 Cuaderno de condensación .....	14
Cuadro 6 Categorías de guía de entrevista .....	3

Dirección General de Bibliotecas UAQ

## Índice de esquemas

Esquema 1 Propuesta de ACP bajo el funcionalismo .....	19
Esquema 2 Propuesta de ACP bajo la teoría del conflicto .....	21
Esquema 3 Propuesta de ACP bajo el utilitarismo.....	24
Esquema 4 Red de ACP .....	3
Esquema 5 Red de Propuestas de ACP .....	6
Esquema 6 Red de IPE .....	9

Dirección General de Bibliotecas UAQ

## I. INTRODUCCIÓN

Irrumpir en responsabilidades de otros profesionistas de salud pone en riesgo a la salud del paciente y el apego a un tratamiento adecuado para él. Dentro de la comunidad médica hay ocasiones donde profesionistas de salud que sin tener las competencias correspondientes se inmiscuyen en temas de alimentación y nutrición prescribiendo planes alimenticios o dando orientación alimentaria. Un trabajo colaborativo por excelencia evita la fragmentación de los profesionistas de salud y realza la calidad y seguridad del servicio brindado; incluso el del mismo sistema de salud tratado (CMA, 2007).

Así como citan De Domingo y López Guzmán (2014) a Díaz Rojo, la salud posee tres dimensiones: la objetiva, la subjetiva y la social. En este sentido, la experiencia de estar enfermo se encuentra en dinámicos individual y social abstractos, llenos de significados y conceptualizaciones y no solamente en la alteración fisiológica del individuo. Un fenómeno social que gira en torno a la relación médico paciente desde hace varios siglos es que la aplicación de las normas dietéticas pretendió sustituir una buena parte de los motivos simbólicos sobre los cuales se articulan la selección y el consumo alimentario por otros de interés médico; esta tendencia se acentuó durante los siglos VXII y XVIII al conceder más atención a las cualidades sanitarias de los alimentos (Gracia-Arnaiz, 2007). Esta normalización dietética busca homogenizar la vida cotidiana, basando sus preceptos en dotar de competencias dietéticas y responsabilizar a los individuos de su estado de salud sin comprender, o cuando menos afrontar, que la vida cotidiana de la ciudadanía es heterogénea *per se* y está articulada por actividades diversificadas y acontecimientos irregulares a menudo incompatibles con la rutina requerida por los apremios dietéticos (Ibid.). El abordaje tradicional de la medicina ha sido centrado en las enfermedades de los pacientes y no se ha hecho provecho de la diversidad cultural de los mismos para mejorar su calidad de

vida. Sin embargo, hay autores que proponen un modelo que gira en torno al paciente como ser holístico, no como un portador de enfermedad.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

## II. MARCO TEÓRICO

La importancia de construir y mantener una comunicación adecuada con el paciente es innegable para cualquier disciplina médica (Hernández-Torres *et al.*, 2006); eso incluye a la nutrición como ciencia de la salud y sus actividades correspondientes. Por un lado, la atención centrada en el paciente ha sido idealizada como la entrevista médica idónea, sin embargo, también concibe prácticas posteriores a la recolección de datos e indicadores clínicos y puede mejorar la satisfacción, el ajuste social y la adherencia al tratamiento del paciente; al igual que puede contribuir a la mejora del estado de salud del mismo (Ishikawa, *et al.*, 2013). Además, a lo largo de la historia de la sociología, diversas teorías han sido influencia para moldear discusiones referentes a la relación médico-paciente al igual que de temas de salud y enfermedad (Ibid.); como son los conceptos de fenómeno normal o patológico de Durkheim o la salud y enfermedad de Parsons.

Por otro lado, dentro de la interacción de profesionistas de la salud y pacientes, puede llegar a requerirse la referencia a profesionistas de salud de diferente especialidad o grado de conocimientos, dependiendo de la situación del paciente y la especialidad del profesionista en consulta. El modo con el que el profesionista de salud interactúe con otros dentro o entre áreas laborales tiene influencia importante en la relación con el paciente, la toma de decisiones respecto a sus opciones de tratamiento y el aprendizaje continuo de los profesionistas de salud en un ámbito escolar o laboral. Es debido a esto, que el concepto de educación interprofesional implica dentro de sus dominios los criterios de atención centrada en el paciente como foco de atención clave en la práctica con pacientes.

## 2.1. Historia de la medicina y la nutrición en México

México es un país basto en tradiciones pre y pos-colombinas, cimientos de una burbuja cultural que implica gastronomía y remedios naturales. Previo a la llegada de los españoles, las civilizaciones que ocupaban el territorio ahora mexicano utilizaban plantas y brebajes naturales como herramientas de medicación. Posterior al descubrimiento de América por náufragos del viejo continente, en el siglo XXVI el español Francisco Hernández observó con detenimiento el uso de plantas medicinales en el área (Viesca, 2010). Tres siglos después, El Dr. Francisco de Asís Flores redactó su tesis en la que analizó la medicina prehispánica hasta el año 1886 (De Asís, 1886).

En esta segunda parte del siglo XIX empiezan a surgir trabajos relacionados con el estado nutricional de población mexicana. En 1870, se registró el cuadro clínico de la desnutrición por un investigador latinoamericano de nombre Hinojosa, pero es considerado pionero en la materia al médico yucateco Alvar Carrillo Gil quien en 1889 y 1896 publicó su tesis y un trabajo acerca de la pelagra (SLAN, s/f). Sin embargo, no fue hasta 1908, que otro médico yucateco, José Patrón Correa, escribió un artículo acerca de la desnutrición infantil, detallando su cuadro clínico y causas alimenticias (Ibid.).

A inicios del siglo XX, gracias a los efectos de la revolución industrial surgió la creación de aparatos y herramientas médicas, impulsando la medicina como una ciencia y aunado a la evolución de ideas, se desencadenó un modelo de salud pública normativo y regulado en América Latina (Flisser, 2009).

En 1901, se funda el Hospital General de México, el más importante de la época en términos de asistencia, beneficencia y enseñanza médica a nivel

nacional (Ibid.). Es a partir de la Constitución de 1917 que el ámbito de salubridad en México tuvo incidencias importantes debido a la manifestación de demandas sociales básicas de la población y en cuestión de 40 años se construyeron el Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital Central Militar, Hospital de la Raza, Centro Médico Nacional y el Centro Médico 20 de Noviembre; de igual manera se apertura el primer hospital privado en el país, el Hospital Americano British Cowdray (Ibid.).

Es en los años 40s cuando surgen instituciones de ciencias de la nutrición, el Instituto Nacional de Nutriología por parte del Dr. Francisco de Paula Miranda y el Hospital del Niño dirigido por el Dr. Federico Gómez en 1943; el Hospital de Enfermedades de la Nutrición del Dr. Salvador Zubirán en 1946 (SLAN, s/f).

La primera capacitación en temas de nutrición en México acaece en 1934 por parte del Departamento de Salubridad al personal que realizaba investigación en alimentación popular (UATX, 2018). Mas, no es formalizada la asignatura de nutriología hasta la creación de la Escuela de Dietética del Instituto Nacional de Cardiología en 1945 (SLAN, s/f).

Después de 30 años de estudios en nutrición y transformaciones estructurales de las instituciones, en 1972 suceden 3 hechos históricos que impulsa notablemente los estudios de la materia en México:

- el IX Congreso Internacional de Nutrición se lleva a cabo entre diversas instituciones que incluyen al Instituto Nacional de Nutrición y la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología (SLAN, s/f; UATX, 2018);
- se crea la Licenciatura en Nutrición en la Universidad Iberoamericana y en 3 años le proceden 5 programas a lo largo del país (UATX, 2018)

- el joven Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) estableció el Programa Nacional de Alimentación (PRONAL) que catalizó la investigación en nutrición y alimentos.

A partir de aquí, en México ha surgido un incontable número de programas académicos públicos y privados, laboratorios, grupos de investigación y programas gubernamentales enfocados en la nutrición. Cabe mencionar que desde la primer década de los años 1900, se ha tenido un crecimiento poblacional sostenido de alrededor de 100 000 000 habitantes, la economía es cada vez más industrial, digital y sedentaria pero también más educada. Los retos en salud pública tienen brechas distintas al siglo pasado. Por un lado la desnutrición y anemia no se han erradicado pero ya no son el punto rojo más analizado ni en gestión para su corrección. Las enfermedades crónicas y su relación con el estilo de vida de la población es el factor predominante en las estrategias actuales; la prevención es el marco de trabajo que necesita la población mexicana actualmente. Es la educación en salud el determinante en la relación entre el profesionalista clínico y el paciente para aterrizar los problemas actuales que enfrenta el país.

## 2.2. Relación médico-paciente

La interacción es el proceso en el cual un sujeto convive con otro sujeto por un fin determinado. En este proceso, cada individuo asume un rol específico que está dado sin darse cuenta necesariamente. La interacción o relación médico-paciente (RMP) es una relación interpersonal profesional que sirve de base a la gestión de salud ya que trata de la prestación de un servicio de alta significación y donde frecuentemente hay entrega total (Cófreces *et al.*, 2014). La RMP ocurre dentro de la atención a la salud que se realiza durante la consulta de la misma.

El deber de la comunicación en la RMP no solamente es fungir como herramienta para obtener información que se utilice dentro del cumplimiento de sus funciones, sino debe conceptualizarse también como un proceso en el que el paciente se sienta escuchado y pueda comprender en mayor medida el significado de su enfermedad; al igual que se sienta copartícipe de su cuidado (Hernández-Torres *et al.*, 2006).

En el estudio cualitativo de Adams *et al.* (2012) se menciona que el elemento clave de la comunicación médico-paciente es la empatía por parte del profesional de salud porque fomenta la discusión de la aflicción, angustia o agotamiento del paciente y está asociada a la reducción de estrés, al aumento de satisfacción del paciente y a la mejora de resultados clínicos; sin embargo, diversos estudios han demostrado que, frecuentemente, los médicos no responden con empatía a las expresiones de las emociones negativas del paciente. Estos autores categorizaron las respuestas de los médicos por el efecto inmediato sobre la discusión de las emociones del paciente: atención distante, atención neutral y atención hacia la emoción del individuo. A continuación se enlistan los patrones en la comunicación asociados a cada categoría de respuesta del médico.

Distante:

- distanciamiento del médico y el paciente
- creación de una relación antagónica entre ambos individuos.

Neutral:

- suscitación de las perspectivas e intereses del paciente
- entendimiento del apoyo social y espiritual
- clarificación de metas del cuidado de la salud.

Hacia:

- mismos patrones asociados a la atención neutral
- provisión de apoyo emocional
- alineación del médico y el paciente
- aumento del acuerdo al tratamiento.

Dentro de este marco de actitudes ante las emociones del paciente dentro del discurso del médico, no es más importante la cantidad de respuestas neutrales o hacia las emociones del individuo sino cómo son usadas para influenciar el resto de la comunicación en el encuentro. Las respuestas de atención neutral y atención hacia las emociones del individuo pueden ayudar al entendimiento del paciente, a construir la relación, realzar la confianza en el médico y en el sistema de salud e incrementar la adherencia al tratamiento. Aparte, una conducta elemental para obtener estos beneficios en la comunicación en consulta y que probablemente es la de mayor peso, es permitir al paciente hablar acerca de su emoción. Adams *et al.* (2012) sugieren que la respuesta a las emociones negativas del paciente sea un foco de mejora de la comunicación en hospital y otros contextos tales como clínicas, consultorios y programas de salud; además, que estas iniciativas consideren la función de estas respuestas en el encuentro en general.

Ruiz *et al.* (2003) hacen reflexión de la RMP y mencionan los siguientes problemas y paradojas:

- no todos los pacientes quieren el mismo tipo de relación con el médico
- los pacientes que cambian a un rol activo dentro de consulta controlan mejor su enfermedad pero, a su vez, acaban menos satisfechos de los encuentros con sus médicos; sin embargo, es posible que la fricción amigable entre ambos individuos produzca mejores resultados clínicos
- no todos los pacientes desean saber el mismo tipo de información

- algunos pacientes no desean tomar responsabilidad en las decisiones
- se desconoce el grado de incertidumbre que los pacientes desean compartir con el médico
- el mismo paciente puede modificar el estilo de relación deseado según determinadas circunstancias
- existe poca congruencia en cuanto a lo deseos mayoritarios de los pacientes en materia de relación y lo que el médico ofrece
- los estudios sobre la RMP no valoran el papel de la perspectiva histórica de la misma
- probablemente es más difícil cambiar a un médico que a un paciente.

Existen dos modelos de comunicación en la relación médico-paciente que Cofreces *et al.* (2014) citan de Hernández Torres *et al.* que tienen lugar importante en la efectividad de tratamientos y contribuyen a resultados positivos de índole individual o familiar. Uno de ellos es el modelo de las tres funciones del médico; que consiste en recolectar información, responder a las emociones del paciente y educar e influenciar la conducta del mismo para su mejor manejo. Los principios morales de este modelo se asemejan al modelo clínico centrado en el paciente que Balin *et al.* introdujeron como medicina basada en el mismo, contrastando al diagnóstico tradicional centrado en la enfermedad con un diagnóstico holístico (Ishikawa *et al.*, 2013). Cabe mencionar que altos niveles de adherencia a un tratamiento se han asociado con modelos de comunicación que consideran actitudes, creencias y preferencias de los pacientes, permitiendo un proceso de negociación con mayor acuerdo y comprensión (Cofreces *et al.*, 2014); estas cualidades son elementos fundamentales del modelo de Balin y sus colaboradores: atención centrada en el paciente (ACP).

### 2.3. Atención centrada en el paciente

Esta interacción es un proceso de comunicación donde los individuos implicados representan un significado diferente de los elementos que se intercambian en el encuentro dado que la relación se ve particularmente definida por la percepción y la experiencia de cada individuo (Ruiz, *et al.*, 2003). El modelo de comunicación de ACP presupone que la experiencia de estar enfermo se encuentra en niveles más abstractos en los que se necesita comprender el significado de la enfermedad para el paciente y sugiere también una comprensión compartida de éste con el médico acerca de los fundamentos comunes del problema y el manejo del mismo. Dentro de este modelo de comunicación se destaca la escucha activa por parte del médico para el logro de una comunicación efectiva con sus pacientes, al igual que la participación activa del paciente que contribuye a la comprensión de la información y a incrementar su satisfacción y confianza en el médico, resultando positivo para la adherencia y la efectividad de los tratamiento (Cófreces *et. al.*, 2014). La ACP es una sistema de calidad de relaciones personales, profesionales y organizacionales donde se debe considerar la focalización de los pacientes y sus familias; trabajadores y sistemas de salud (Epstein y Street, 2011).

Las implicaciones morales de este modelo están basadas en el vasto respeto a los pacientes como seres vivos únicos y la obligación de tratarlos dentro de sus propios términos (Ibid.). Este modelo de comunicación se alza contra siglos de diálogo dominados por el médico en consulta y fomenta la participación activa de los pacientes en la misma debido a que se orienta a que dimiten del rol pasivo al que se les ha situado desde hace años (Ibid.). Dentro, los pacientes son conceptualizados como personas en el contexto de sus propios mundos sociales que son escuchados, informados, respetados e involucrados en su cuidado de la salud; y sus deseos son valorados siendo cavilados previamente durante su

estancia en el cuidado de su salud ya que a veces lo que los pacientes quieren no es lo que necesitan (Ibid.).

Cuando un profesional de salud cumple con lo que el paciente solicita durante consulta y no resulta en una prescripción reflejada por la necesidad de la salud del mismo, se cumple con la satisfacción del paciente\_ pero no cabe dentro del modelo de ACP. Además, existe una brecha entre la satisfacción del paciente con la atención y el poco entendimiento y participación en consulta; la cual es mayor para aquellos pacientes con poca escolaridad, alfabetización, fluidez en el idioma, discapacidad cognitiva y desventaja social (Epstein y Street, 2011). Al propiciar la participación activa del paciente, hay mayor entrega de información y menos omisión de datos, lo que facilita el diagnóstico, tratamiento y a su vez, las sugerencias terapéuticas en la medida en que coincidan con el estilo de vida del paciente (Rodríguez, 2013).

Usualmente, los pacientes sobrevaloran el grado de información que se les brinda y la comprensión de su estado de salud actual porque las percepciones del encuentro clínico difieren entre los pacientes y los profesionales de salud (Epstein y Street, 2011). Los pacientes pueden declarar haber participado en la toma de decisiones, sin embargo, pudieron no haberse involucrado en ese fenómeno dentro de la consulta. Es necesario, capacitar a los profesionales de salud a ser más atentos, informativos y empáticos para transformar su rol de autoridad a uno que cuente con metas de colaboración, solidaridad y empatía (Ibid.). Un factor coadyuvante de la capacitación sería implementar cambios en los sistemas de salud que resten carga a sus trabajadores de las pesadas tareas impulsadas por la productividad en la medicina y poder mermar la sobrecarga cognitiva y el agotamiento que no suscita la atención ni focalización en el paciente; en este sentido, la organización, gestión y administración del sistema de salud actual en

México no favorece la atención focalizada al paciente por parte del médico que lo atiende en un contexto público de derechohabiente.

Las funciones principales del profesionista de salud en consulta son el diagnóstico y el tratamiento, en las cuales se debe incursionar en tres dimensiones para poder cumplir con las funciones de manera satisfactoria. Estas dimensiones del individuo son la biológica, la psicológica y la social; las cuales obligan al profesionista a internarse en aspectos de elevado contenido afectivo para el paciente. Debido a esto, se requiere de una gran apertura a las necesidades del individuo; al igual que disposición para trabajar en equipo y transmitir experiencias y conocimientos al paciente, familia y equipo de salud (Hernández-Torres *et al.*, 2006). Por un lado, un aspecto de mayor interés para el enfermo es que el médico demuestre estar interesado por él, que utilice palabras inteligibles, que proporcione información sobre el tratamiento, transmita serenidad, asesore al paciente pero que le permita ser él quien decida, que tenga libertad para comentar sus puntos de vista y que el médico considere su opinión acerca del tratamiento. Sin embargo, un paciente que está acostumbrado a tener el rol pasivo en consulta podría estar satisfecho por la prisa del médico (Epstein y Street, 2011). Ante la cuestión «¿Tiene alguna pregunta?» al final de la consulta, el paciente pasivo tiende a responder que no; pues pudo nunca haber experimentado una invitación más activa para involucrarse dentro de la consulta (Ibid.). Un abordaje centrado en el paciente debe hacer más que sólo preguntar por dudas, sino invitar al paciente a participar y la información brindada debe ser dirigida hacia necesidades del paciente para permitir la deliberación y una mente compartida (Ibid.). La falta de intercambio de información, falta de comprensión en el diagnóstico y la incomprensión del tratamiento indicado ocasionan la falta de adherencia al tratamiento del paciente. Al igual que la falta de exploración en las expectativas del paciente culmina en el incumplimiento al tratamiento parecen estar vinculadas a supuestos y conjeturas tanto del médico como del paciente (Hernández-Torres *et al.*, 2006).

Balin *et al.* introdujeron el término de medicina basada en el paciente, contrastando al diagnóstico tradicional centrado en la enfermedad con un diagnóstico holístico. La ACP invita al abordaje médico tradicional para que incluya las perspectivas del paciente y promover la colaboración del profesional de salud y el paciente. Ishikawa *et al.* (2013) citan tres cualidades/valores esenciales del modelo por parte de Epstein *et al.*: (1) la consideración de las necesidades, gustos, perspectivas y experiencias individuales del paciente; (2) la oferta de oportunidades para involucrarlo y participar en su atención; (3) establecer colaboración y comprensión a la relación paciente-médico. A partir de estas cualidades esenciales, se recomienda que la ACP incluya los siguientes elementos: provocar y comprender las perspectivas del paciente, al igual que comprenderlo dentro de su propio contexto psico-social; alcanzar un entendimiento compartido del problema y su tratamiento y que sea acorde a los valores del paciente; y ayudar a los pacientes a compartir el poder y la responsabilidad al involucrarlos en las decisiones al grado en que deseen (Ibid.).

#### 2.4. Perspectivas teóricas de la ACP

Los autores Ishikawa, Hashimoto y Kiuchi (2013) de la Universidad de Tokio hacen revisión de cómo se ha conceptualizado y operacionalizado la comunicación centrada en el paciente y proponen un marco de trabajo con diferentes perspectivas teóricas, de las cuales se toman tres: funcionalismo, teoría del conflicto y utilitarismo.

En la tabla 1 se muestran las categorías principales de cada teoría en referencia al trabajo de Ishikawa *et al.* (2013) y en los siguientes apartados se

describen estas perspectivas teóricas desde diferentes autores pero con mayor énfasis en los autores mencionados.

|

Dirección General de Bibliotecas UAQ

**Cuadro 1 Propuesta de modelos de ACP de Ishikawa et al. (2013)**

	Funcionalismo	Teoría del conflicto	Utilitarismo
RMP	Proveedor-consumidor	Profesional-cliente	Dos expertos
Puntos clave	Roles Sociales División de poderes	Estratificación social Desigualdad de poder	Elección racionalista
Visión de la información y tecnología médica	Comodidad comercializable Servicios comercializados	Propiedad para la autonomía profesional	Evidencias neutrales Evidencia empírica
Rol del médico	Consultor técnico brindando información y servicios para complacer las demandas del paciente	Fijador de meta y agenda como profesional, brindando información a solicitud del paciente	Proveedor de información y opciones para la toma de decisiones, orientando a los pacientes a determinar sus valores
Rol del paciente	Fijador de meta y agenda, responsabilizándose de la toma de decisión	Buscador de información y control	Proveer valores y preferencias; evaluar las opciones brindadas
Valores del paciente	No compartidos con el médico	No compartidos con el médico	Compartidos con el médico
Valores del médico	No deben ser incluidos	No deben ser incluidos	Compartidos con el paciente
Meta	Satisfacción del paciente	Autonomía del paciente	Toma de decisión mutua

#### 2.4.1. Funcionalismo

Esta perspectiva teórica estipula que la sociedad es un sistema complejo en el que diversas piezas trabajan en conjunto para producir estabilidad y solidaridad, de acuerdo a Giddens (Ishikawa *et al.* 2013). Dentro de este sistema suceden fenómenos e interacciones entre sus partes que pueden llamarse hechos sociales. El hecho social es todo lo que se produce en y por la sociedad, al igual que lo que interesa y afecta al grupo de alguna manera. Los fenómenos sociales, pese a no ser materiales, no dejan de ser cosas reales que ameritan estudio. Se entiende que existen de manera definida, tienen una cualidad de ser constante; una naturaleza que no depende de lo arbitrario individual y que de ella derivan relaciones que son necesarias. Un hecho social es normal para un tipo social determinado, considerado en una fase determinada de su desarrollo, cuando se produce en el promedio de las sociedades de esta especie consideradas en la fase correspondiente de su evolución. Fuera de estas condiciones, es un fenómeno patológico (Durkheim, 2001).

De acuerdo con Ishikawa *et al.* (2013), la RMP es un sistema social en el que el paciente y el médico tienen sus respectivas funciones y roles; que en el caso del paciente, la enfermedad es un estado potencial de desviación social que evita la ejecución normal del rol social del individuo dentro de las expectativas y normas.

La práctica médica se orienta a superar las alteraciones de la salud del individuo, intentando restaurar la normalidad. La salud está dentro de las necesidades funcionales del miembro individual de la sociedad; entonces un nivel general demasiado bajo de salud apunta a ser disfuncional debido a que la enfermedad incapacita para desempeñar efectivamente los roles sociales. En la

medida en que sea controlable mediante una acción racional o diferente, es claro que hay un interés funcional de la sociedad en su control: en reducir al mínimo la enfermedad. Esta supondrá de costes y restituciones. Dentro de la práctica médica, las estructuras sociales que son relevantes inmediatamente consisten en: las pautas del rol de la persona enferma y las pautas del rol de médico que practica, perteneciente al tipo general de roles profesionales, que son un subtipo del grupo más amplio de los roles ocupacionales (Parsons, 1999).

Hay cuatro aspectos del sistema de expectativas respecto al rol de enfermo, según Parsons (1999):

1.- la excepción de las responsabilidades normales del rol social; esta requiere legitimación del agente directo, el médico que también sirve de tribunal de apelación

2.- no se puede esperar de la persona enferma que se recupere por un simple acto de decisión o deseo; hay que cuidarla y cambiar su condición

3.- el estado de enfermo es indeseable en sí mismo con la obligación de querer sanar; mientras dure este estado desafortunado, se espera que sea superado por el procedimiento más rápido posible

4.- la obligación de buscar ayuda técnicamente competente y cooperar con él en el proceso de sanar; articulándose con el rol del médico en una estructura de rol complementaria.

El rol ocupacional del médico que practica se institucionaliza en torno al contenido técnico de la función, a la cual da un alto grado de primacía sobre otros determinantes de estatus y de valores adquisitivos; debido a esto la incumbencia del rol debe ser adquirida y los criterios de competencia técnica en su desempeño deben ser prominentes y este puesto se encuentra avanzado en el continuum de

los niveles más altos de competencia técnica exigidos para su desempeño; a causa de la complejidad y sutileza del conocimiento, capacidad y consecuente extensión intensiva en el entrenamiento requeridos (Parsons, 1999).

Entonces, hay una conexión intrínseca entre estatus adquiridos y requisitos de alta competencia técnica que a la vez, gracias a la especialización, constituye una base para la división del trabajo (Ibid.). Esta alta competencia técnica también implica especificidad de la función del médico, ya que no es un sabio en general, sino un especialista cuya superioridad sobre sus semejantes se reduce a la esfera específica de su experiencia y entrenamientos técnicos (Ibid.). Dentro de su actividad de ciencia aplicada, yace una neutralidad afectiva, en la cual se espera que se haga ocupación de un problema en términos objetivos, científicamente justificables (Ibid.). Aparte, es obligación del médico poner al bienestar del paciente por encima de sus intereses personales, considerando simultáneamente al comercialismo como un concepto insidioso con que tiene que enfrentarse (Ibid.). La línea de separación se traza primariamente frente al negocio; en la cual el motivo o ánimo de lucro se supone que se encuentra excluido del mundo médico (Ibid.). Sin embargo, encontramos dos tipos de médico en su relación ocupacional con el complejo instrumental total: uno es el médico particular y el otro es que trabaja dentro de una organización (Ibid.). El primero debe asumir dos responsabilidades más: la del establecimiento de los términos del intercambio con los usuarios de los que depende directamente en lo relativo al pago de sus servicios y la de proporcionar sus propios bienes instrumentales para realizar su función (Ibid.). El segundo tiende a ser relevado de mucha de su responsabilidad y, por tanto, necesariamente de la libertad con sus pacientes en objetos que no sean las de su rol técnico (Ibid.).

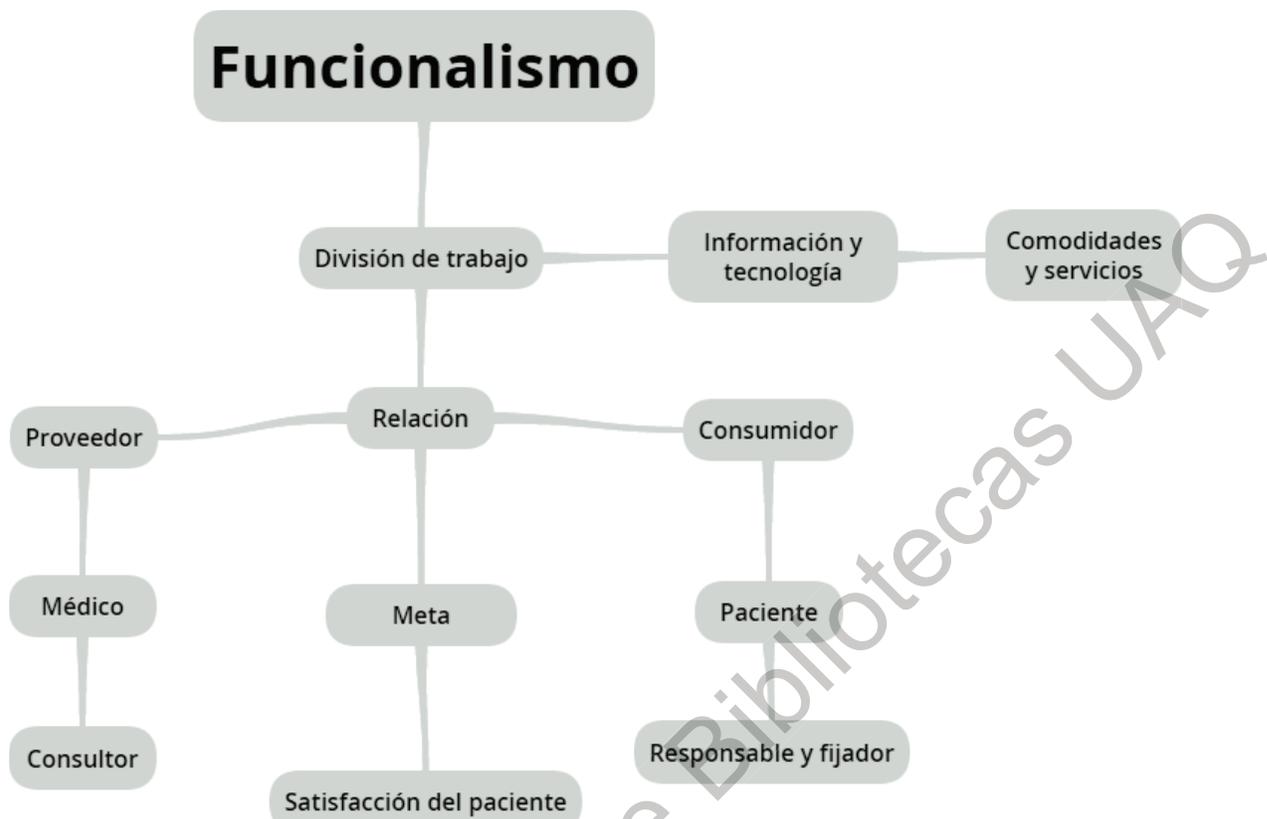
Por un lado, la RMP se encuentra enfocada en que el paciente necesita los servicios técnicos porque ni él ni sus inmediatos asociados o familiares conocen la

cuestión ni lo que hay que hacer para su tratamiento, así como tampoco controla los bienes instrumentales necesarios; y por parte del médico, este es un experto técnico dos virtudes: la de su entrenamiento y experiencia especiales y en virtud de su estatus institucionalmente validado que está calificado para ayudar al paciente en una situación institucionalmente definida como legítima en un sentido relativo, pero como una ayuda necesaria (Parsons, 1999).

Ishikawa *et al.* (2013) citan de Reeder que el concepto de paciente como un consumidor ha sido prominente en la provisión de servicios de salud desde los años 60's, haciendo el cambio de la RMP de profesional-cliente a proveedor-consumidor. Estipulan que en el momento en el que el paciente es visto como un cliente, este sigue dentro del rol de enfermo, como lo describe Parsons, buscando ayuda de un médico que tomará la decisión dentro del servicio brindado. Por otro lado, cuando el paciente es visto como un consumidor, este se transforma del rol de enfermo al de un comprador de servicios que es completamente responsable de las decisiones dentro de consulta. En este sentido, se modifica la segunda expectativa del rol del enfermo de Parsons, debido a que se responsabiliza al paciente de su propio cuidado; que en términos de su alimentación, la gran mayoría de individuos es responsable del consumo de alimentos propio, a veces independiente de lo que otros individuos como miembros de su familia elijan, preparen y sirvan para el consumo del enfermo. Esta perspectiva del rol del paciente encaja con la que Ruiz *et al.* (2003) tratan dentro de un enfoque de RMP llamado informativo-consumista, donde el médico es un técnico experto que informa al paciente de sus opciones para que él mismo las elija; aquí, el paciente basa las decisiones en sus propios valores y es consciente y responsable de ello.

Siguiendo esta postura de Ishikawa, Hashimoto y Kiuchi, la información y tecnología que manejan los médicos son comodidades comerciales y está la expectativa sobre estos individuos de proveer estas comodidades de manera

contingente a las preferencias del paciente (esquema 1). Ante esto, el paciente es quien define la meta y el orden de la visita en la relación; al igual que toma la responsabilidad de las decisiones basadas en la información que le brindó el experto. Entonces, el rol del médico se limita a ser el de un consultor técnico del que sólo hay una contribución legítima que es la transferencia de información. De tal manera la meta de este enfoque es garantizar la satisfacción del paciente, donde ésta es la acción de cumplimiento de requisitos, exigencias, deseos o gustos del individuo, según el concepto de Cofreces et al (2014). Dentro de este enfoque funcionalista de la RMP, los valores del paciente son definidos y fijados por él mismo y no se espera que sean parte del discurso con el médico, de la misma manera sucede con la perspectiva y los valores del éste.



Esquema 1 Propuesta de ACP bajo el funcionalismo

Como resultado de la conceptualización del paciente como un consumidor, éste ha obtenido el potencial de resistir al rol pasivo en la RMP y la oportunidad de evaluar la práctica médica desde su punto de vista propio.

En relación con otras perspectivas teóricas, el funcionalismo tiene un punto de similitud importante con la teoría del conflicto. Este punto se sitúa en la conexión intrínseca de los requisitos de competencia y exigencia altas del rol de médico y el estatus adquirido debido al contenido inherente de su profesión que le brinda al profesional autonomía en sus relaciones interprofesionales y en mayor grado con el paciente.

## 2.4.2. Teoría del conflicto

El conflicto es un fenómeno natural dentro de cualquier sociedad, siendo circunstancial a la vida en ella y, por lo tanto, este fenómeno es atribuido en gran medida al cambio social que determina toda la dinámica de la vida de los seres humanos ya que de no haber antagonismo social no habría transformaciones sociales o sucederían de manera lenta, casi estática (Silva, 2008). Dentro de esta teoría se argumenta que a través de la historia, los grupos sociales de mayor poder imperan sobre sus antagonistas de menor dominio para controlar los recursos económicos, sociales y psicológicos; y la RMP no está exenta de este fenómeno ya que está basada en una relación de aquel poder. Debido a que aquel individuo que tiene el conocimiento y el control de recursos tecnológicos es quien se encuentra en una mejor posición dentro de la interacción y podrá, entonces, dominar y malear la estructura y el contenido del encuentro (Ishikawa *et al.*, 2013). El poder actúa como un órgano de represión sobre los individuos (Arcaya, 1990) ya que este no se tiene, se ejerce (Ávila-Fuenmayor, 2007). En este sentido, el control de la información es considerado como un mecanismo de preservación de dominancia profesional por parte del médico en la RMP (Ishikawa *et al.*, 2013).

Estos autores citan dos conceptos de Mishler sobre la entrevista médica, la cual es un diálogo entre dos maneras alternativas de entendimiento y conversación: la voz del mundo cotidiano y la voz de la medicina. La primera sitúa los problemas dentro del contexto sociocultural y personal del paciente; mientras que la segunda encuadra los problemas dentro de un modelo biomédico técnico y se enfoca en los síntomas, etiología y tratamiento de la enfermedad. Aclaran que estas dos voces se encuentran en conflicto una con la otra; conflicto en el que la voz de la medicina toma el control y domina el discurso, ignorando lo que el paciente tiene por decir y transforma ese contenido dentro del marco biomédico. Desde esta perspectiva, la relación es considerada como profesional-cliente en la que el médico mantiene la autoridad como profesional y dentro de esta relación

hay una incertidumbre inherente para ambos pero que siempre es mayor para el paciente debido a la discrepancia de conocimiento médico por parte de los dos. Esta asimetría en la relación está fundamentada en la distribución estratificada del conocimiento técnico del profesional y se ha sugerido, incluso, que los médicos con mayor necesidad de poder son más propensos a retener información y no compartirla con el paciente (Ishikawa *et al.*, 2013). Los mismos autores proponen que la ACP puede caber dentro de esta perspectiva teórica como una oportunidad de brindarle más poder al paciente brindándole información y el conjunto de rol y responsabilidad en la toma de decisiones dentro del encuentro (esquema 2). En este sentido, la propuesta del modelo aprovecha el poder ejercido por la información del médico para ejercer una educación en salud al paciente; siendo esta un proceso que ayuda a los individuos y a los grupos a tomar conciencia de los problemas que pueden constituir una amenaza a su calidad de vida y los incita a crear y a reivindicar condiciones favorables a su salud (Choque, 2005).



Esquema 2 Propuesta de ACP bajo la teoría del conflicto

### 2.4.3. Utilitarismo

La perspectiva del utilitarismo cimienta a la teoría racionalista que asume que las prácticas humanas se optimizan a través de la ponderación costo-beneficio donde la utilidad y la eficacia son los valores más importantes (Ishikawa *et al.*, 2013). La utilidad es entendida como algo que no ha de contraponerse al placer, sino que es el propio placer junto con la liberación de dolor y por lo tanto lo útil es lo agradable y ornamental (Madrigal, 2009). En este sentido, el fundamento de la moral es la utilidad y establece que las acciones son correctas en la medida que tienden a promover beneficios para la mayor cantidad de individuos dentro de la sociedad y el valor moral proviene de las consecuencias de sus acciones, no de los deberes ni de las acciones en sí mismas (Ibid.). Todo deseo racionalizado tiene en cuenta el bienestar de los otros y en la práctica influye con frecuencia a la toma de decisiones de los individuos (Ibid.).

Ishikawa *et al.* (2013), hablan que el utilitarismo considera que la gente toma decisiones racionalizadas entre sí para alcanzar una mejor condición de vida; entonces, desde esta perspectiva proponen que la ACP tiene como meta la decisión mutua del médico y el paciente acerca del tratamiento y la agenda. Hacen mención del autor Eddy, quien argumenta que el fin máximo de la práctica médica es mantener y mejorar la salud del paciente y que las decisiones deben basarse en resultados que sean valiosos para el paciente. También sugiere dos pasos en el proceso de decisión: el cuestionamiento de hechos (evidencia empírica) y el cuestionamiento de valores y preferencias personales.

Además de esto, el proceso de toma de decisión dentro de este modelo de comunicación debe involucrar al paciente a colaborar con el médico basados en la

división de labores en consulta. Estas no son divisiones sociales estratificadas ni menos divisiones de poder. En este modelo, la labor del rol del médico es el de un experto técnico acerca de varios tratamientos, beneficios y riesgos; el rol del paciente es el de mayor conocedor acerca de cómo estos diferentes tratamientos encajan en su estilo de vida, creencias de salud y estados de salud deseados. Entonces, el médico brinda al paciente evidencias médicas que el paciente evaluará mientras pone en la mesa sus valores y preferencias. En esta relación cada individuo brinda conocimiento específico y perspectivas que pueden ayudar a tomar decisiones óptimas en una situación específica. Para que esto suceda, hay dos expectativas: una referente a que el paciente comparta sus valores y preferencias con el médico y otra en la que se espera que el médico ayude al paciente a dilucidar y articular sus valores y en determinar cuál es la mejor opción de tratamiento que esté más acorde a sus valores específicos. Los mismos autores hacen hincapié en que la medicina basada en evidencia es un ingrediente importante en la ACP basada en esta perspectiva porque asegura la provisión de evidencia médicas y opciones de tratamiento con sustento científico y suscita la toma de decisión óptima.

Ishikawa *et al.* (2013) proponen este modelo de atención centrada en el paciente (esquema 3) donde se busca que la toma de decisión sea mutua en dirección a la utilidad del paciente; siendo esta la mejora de su salud y lo que este proceso implique dentro de su vida. Para lograr esto, los autores citan de Forrow que es necesario que el médico sea capaz de explicar de manera clara y concisa la información médica y debe ser capaz de comprender el intento de comunicación del paciente acerca de sus valores y preferencias. Los mismos autores esperan que al acaecer la toma de decisión mutua, aumente el conocimiento del paciente, precise la percepción de los riesgos y se valore la congruencia de la decisión tomada.



Esquema 3 Propuesta de ACP bajo el utilitarismo

## 2.5. Competencias y educación interprofesional

Las competencias en salud son el conjunto de conocimientos, capacidades clínicas, técnicas y de comunicación; y la habilidad de resolución de problemas a través de juicio clínico (Canadian Interprofesional Health Collaborative, 2007). Teniendo competencias de nutrición comunes entre diversas disciplinas de la salud se podría optimizar la atención de salud interdisciplinaria y proveer mayores beneficios al cuidado de la salud (Kris-Etherton *et al.*, 2014). Las competencias de un profesional de salud se desarrollan gracias a diversos factores como sus experiencias personal y laboral; educación formal, sus hábitos de lectura común y científica; y su educación interprofesional.

A la conducta colaborativa donde dos o más profesionistas aprenden juntos, de y acerca del otro se le conceptualiza como educación interprofesional, abreviada *IPE* por sus siglas en inglés, (Thistlethwaite, 2015). Está acaece en ambientes académicos, al igual que en entornos laborales, mejorando la calidad del servicio de salud y el trabajo en equipo; lo que mejora la satisfacción del paciente y la adherencia terapéutica por ende. En este proceso, los profesionistas de salud desarrollan maneras de practicar su profesión que proveen una respuesta integrada y cohesiva a las necesidades de los clientes, familia y poblaciones; involucrando interacciones continuas y compartiendo conocimiento entre profesionistas organizados para explorar o resolver problemas de educación y atención a la salud mientras fomentan la participación activa del paciente (*Interprofessional Education Collaborative Expert Panel*, 2011). Por otro lado, un contexto profesional que fomente el trabajo colaborativo influirá sobre la construcción de identidad profesional.

La *Interprofessional Education Collaborative Expert Panel* (2011), manifiesta la necesidad de cambiar paradigmas dentro de la práctica de atención a la salud para ejecutar la “interprofesionalidad”. Estos cambios implican modificar conceptos comunes de valores y códigos de conducta entre profesionistas de salud y dentro de la consulta. Los principios se reflejan en cuatro dimensiones (Ibid.): valores y ética; roles y responsabilidades; comunicación interprofesional y trabajo en equipo.

### 2.5.1. Valores y ética

En la primera dimensión de la *IPE*, valores y ética, el cuidado de la salud se centra en el interés del paciente, respeta la dignidad y privacidad de este, se

acepta y aprovecha la diversidad cultural al igual que las diferencias de los pacientes, comunidades y del grupo de trabajo para trabajar en colaboración, en cualidad honesta e íntegra, con todos los mencionados y generar relaciones de confianza; y manejando situaciones bioéticas en equipo, demostrando estándares de conducta ética y manteniendo el trabajo individual competente (Ibid.). Gran parte de esta dimensión está ligada a la atención centrada en el paciente, por la perspectiva holística que se tiene, donde la atención a la salud acaece dentro de la interacción que tiene como perspectiva del paciente a un ser humano, con sus propios valores.

#### 2.5.2. Roles y responsabilidades

La segunda dimensión, roles y responsabilidades, implica la expresión clara de los roles y responsabilidades de cada profesionista a los pacientes, familiares y otros profesionistas; incluyendo reconocimiento de las limitaciones de cada uno. De igual manera, esta dimensión requiere que el profesionista de salud se involucre con expertos y cursos de complementen su trabajo; también que se haga uso de todo el capital humano disponible para proveer un cuidado seguro, a tiempo, eficiente, efectivo y equitativo (Ibid.).

#### 2.5.3. Comunicación interprofesional

La tercera dimensión, comunicación interprofesional, apunta al uso adecuado de las técnicas y herramientas de información con el equipo de trabajo; a la expresión y escucha efectiva que evite o afecte la inteligibilidad hacia y de los pacientes, familiares y otros profesionistas sin olvidar proveer retroalimentación asertiva con un lenguaje respetuoso y correcto a los mismos; siempre reconociendo las competencias de comunicación propias de manera objetiva y

fomentando la generación de ideas y opiniones de parte de los colaboradores (Ibid.). Por último, trata de reforzar la importancia de la colaboración centrada en el paciente o la comunidad.

#### 2.5.4. Trabajo en equipo

La cuarta dimensión, el trabajo en equipo, engloba la homologación de conceptos, posturas éticas y estrategias de mejora para aumentar la efectividad del trabajo interprofesional; integra la aplicación de conocimientos y experiencias de cada uno de los colaboradores mientras toma en cuenta los valores, prioridades y preferencias del paciente; y establece dirección del trabajo por medio de un líder dentro del equipo (Ibid.).

#### 2.5. Teoría declarada de Argyris y Schön

De acuerdo a Bray (2004), Argyris y Schön estipulan que todo comportamiento humano deliberado es determinado por las teorías de acción, de tal manera que puede ser explicado o predicho atribuyéndolo a una de estas teorías. El autor menciona que las teorías de acción son los patrones, marco o conjuntos de reglas que las personas utilizan para diseñar sus acciones y ejecutarlas; de tal manera que son los mecanismos a través de los cuales los individuos conectan sus pensamientos con sus acciones. El diseño de la acción tiene en mira a lograr ciertas consecuencias que son monitoreadas para aprender si cumplen o no con la cualidad de efectividad. Al respecto, los individuos poseen mapas mentales acerca de la planeación, implementación y revisión de sus acciones; sin embargo, pocas personas son conscientes de que los mapas que usan para emprender acciones no son las teorías que adoptan o declaran explícitamente. Hay dos tipos de teorías de la acción principales (Ibid.): las teorías

técnicas que son establecidas como las técnicas específicas que un profesional debe usar en las tareas sustantivas de su práctica; y las teorías humanas o interpersonales de la acción que son establecidas como la manera de interacción de un profesional con sus clientes y otras personas en el curso de su práctica.

De acuerdo al mismo autor, Argyris y Schön plantean la existencia de una teoría consecuente con lo que las personas dicen o afirman creer y una coherente con lo que realmente hacen: *espoused theory* y la *theory-in-use* (teoría en uso). Este conjunto de teorías es llamado *theories of action* (teorías de acción). Este autor hace mención en español de la *espoused theory* como teoría adoptada e igualmente lo hacen Anijovich *et al.* (2007); por otro lado, Loayssa *et al.* (2007) tratan al mismo concepto pero por el nombre de teoría declarada, nombre con el que Perlo y De la Riesta (2005) refieren dentro del aprendizaje organizacional como la constitución de las reglas explícitas de una organización que suele materializarse en reglamentos y organigramas. Esto aparenta que el nombre del concepto de *espoused theory* traducido al español sufre de discrepancia entre autores hispanohablantes, pero siguen rigiéndose en los mismos principios. La teoría declarada incluye la cosmovisión y los valores que la persona dice y cree que fundamentan su conducta, mientras que la teoría en uso abarca la cosmovisión y los valores que su conducta realmente implica, o los mapas que en verdad utiliza para emprender la acción (Bray, 2004). Así, en este sentido, la teoría de acción que gobierna el comportamiento de una persona puede o no ser compatible con la teoría de lo que dice o cree hacer. Dichas teorías tienen la forma: «En la situación S, si usted quiere lograr la consecuencia C, bajo los supuestos a1... an, haga A» (Ibid.). Donde la teoría declarada comprende las palabras expresadas por un individuo acerca de lo que piensa, cree que hace, haría o gustaría que otros individuos crean que hace en una situación determinada y que puede o no ser congruente con lo que en realidad hace. Al existir esta distinción entre ambas teorías, entre lo que el individuo declara y lo que el individuo hace, enfatiza el hecho de que la conducta no es accidental, no sucede

«sólo por suceder» en una manera particular sino que es diseñada y los responsables son los individuos mismos. Óptimamente, la efectividad resultaría del desarrollo de la congruencia entre la teoría en uso y la declarada.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde hace siglos, como dicen Epstein y Street (2011), el médico ha dominado la RMP y ha llevado consigo un rol de superioridad ante otros profesionistas de salud en el que éste practica casi sin límites sobre sus valores que lo hacen competente; adentrándose en temas como la alimentación y nutrición, de los que se ha supuesto no cuenta con la educación formal para poder abordarlos. Aquí se infringe el dominio de la educación interprofesional que manifiesta el reconocimiento de responsabilidades, alcances y límites del profesionista de salud y el respeto a las de sus compañeros de diferentes especialidades y áreas de la salud.

Esta situación puede ser aunada con la desigualdad de poder e incluso suceder dos fenómenos: se ejerce una consulta de nutrición centrada en la enfermedad, sin tomar en cuenta al paciente como individuo holístico, y se afecta al espacio, desempeño y colaboración de profesionistas de la nutrición en diversos contextos académicos y laborales ya que se merma el respeto a los roles y responsabilidades del nutriólogo por parte del médico en diferentes ámbitos laborales en México, comprometiendo el correcto abordaje de pacientes en hospitales, clínicas, consultorios o programas de salud. Estos fenómenos sociales tienen la cualidad de ser un patrón en México, pero no han sido reportados explícitamente dentro de ninguna ciencia y por lo tanto no ha sido posible explorar ni intervenir de manera formal a estos hechos sociales.

#### IV. JUSTIFICACIÓN

Las emociones que evocan la atención y comprensión en el paciente, el entendimiento de lo que sucede con su salud y la decisión de seguir la prescripción son, en mayor medida, dependientes de la relación y confianza que se hayan establecido entre él y su médico incluso más que en los conocimientos empleados por el profesional (Ruiz *et al.*, 2003). Este caso también aplica para la relación del paciente y el nutriólogo al que acude a consulta. En el momento que el médico y el nutriólogo no consideren al paciente como un ser holístico y focalicen su atención en la enfermedad meramente, es probable que el paciente no se adhiera al tratamiento y que además cree un impacto negativo en el concepto de una alimentación equilibrada. Este tipo de prácticas junto con otros temas de salud y enfermedad han sido puntos de discusión influenciados por diversas teorías sociológicas (Ishikawa, *et al.* 2013).

Dentro de la comunidad médica hay ocasiones donde profesionistas de salud, que sin tener las competencias correspondientes, se inmiscuyen en temas de alimentación y nutrición prescribiendo planes alimenticios o dando orientación alimentaria. No es la obligación de ellos ser expertos en nutrición, pero es inevitable que pacientes con dudas sobre su alimentación les realicen preguntas sobre lo que deberían comer y lo que posiblemente podría hacerles daño. Es probable que basen su respuesta en la experiencia profesional, en la información de dominio público, incluyendo mitos y recomendaciones que no cuentan con un sustento científicamente válido, y pocas veces apoyado por alguna lectura de un artículo científico, libro de dietoterapia o investigación de campo; pero el hecho que aborden temas de alimentación y nutrición sin las debidas competencias falta al respeto del rol y la responsabilidad de profesionistas de esa área, de los expertos en esos temas. Teniendo competencias de nutrición comunes entre diversas disciplinas de la salud se podría optimizar la atención de salud interdisciplinaria y proveer mayores beneficios al cuidado de la salud (Kris-Etherton *et al.*, 2014). Sin embargo, comentarios de colegas a lo largo del país

refieren que la situación socio-profesional en la que se encuentra el nutriólogo en México se ha visto afectada negativamente por el trato laboral de otros profesionistas de salud que no le han dado el completo espacio para desenvolver sus actividades clínicas de una manera óptima. Una parte de esta situación se debe a que profesionistas como el médico se han inmiscuido en la recomendación y prohibición de alimentos sin tener, necesariamente, un entrenamiento en el ámbito de la nutrición; además de que las prácticas de abordaje al paciente tienden a ser carentes de atención al individuo de manera holística, centrando el encuentro dentro de consulta alrededor de la enfermedad. La misma necesidad de atender problemas de salud exige el reconocimiento de los límites de las destrezas profesionales y la necesidad de cooperación, coordinación y colaboración de las diferentes profesiones de salud a fin de promover la salud y tratar la enfermedad (*Interprofessional Education Collaborative Expert Panel*, 2011). La falta de coordinación y comunicación inadecuada entre los proveedores atención a la salud e inaceptables números de errores médicos han llevado a resultados pobres en salud, según reportes del *Institute of Medicine (IOM)* de Estados Unidos de América. Gracias a estos datos, el *IOM* recomienda replantear el sistema de salud tomando en cuenta que todos los profesionales de la salud deben ser educados para brindar atención centrada en el cliente como miembros de un equipo interdisciplinario (Eliot, K, Kolasa, K., 2015).

Bleich *et al.* (2014), mencionan en una cita que los médicos de atención primaria estadounidenses prefieren tener un rol periférico en el tratamiento de obesidad, lo cual promueve la utilización de programas interdisciplinarios para combatirla, pero advierte que los profesionistas involucrados, que no son médicos, podrían no estar capacitados apropiadamente para asistir en un modelo colaborativo de atención y que todos los profesionistas de salud podrían prepararse más en el tema del estigma social de la obesidad. No puede asegurarse que un médico en México tome esa postura ante un caso que requiere de atención interprofesional debido a que la posición social en la que se sitúa difiere con la postura de un homólogo extranjero en su propio sistema de salud. Se

denotan, también, actitudes egocéntricas, provenientes de la desigualdad de poder en la que ellos dominan de acuerdo a la teoría del conflicto, que ponen en riesgo el correcto y también necesario tratamiento interprofesional del paciente y no fomentan el desarrollo efectivo de otros profesionistas de la salud. Estos profesionistas, quienes son responsables sanitarios de la promoción de la misma, deben trabajar conjuntamente, de manera interprofesional, por la consecución de un sistema de protección de la salud (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986). Este tipo de desarrollo requiere la realineación de la medicina familiar y los médicos familiares dentro de organizaciones clínicas basadas en colaboración en equipo y, aparentemente, el factor clave para implementar el trabajo interprofesional en atención primaria es la existencia de un liderazgo claro y explícito en esa dirección (Drummond *et al.*, 2012). Además, el rigor de una formación científica debería equilibrarse con una formación humanística que ayude al médico a centrarse en la vivencia cotidiana y ofrecer una atención individualizada (Ruiz *et al.*, 2003).

Estudios descriptivos muestran que los médicos en España continúan teniendo con estilos de consulta demasiado prescriptivos, autoritarios y paternalistas en los que no parece que haya cumplimiento de las necesidades expresadas mayormente por lo pacientes (Ruiz *et al.*, 2003). En México no se ha encontrado ningún estudio que busque escudriñar este fenómeno. Tampoco se ha dado suficiente atención a los factores que pueden determinar los comportamientos en consulta (Loayssa *et al.*, 2007) como la perspectiva que tienen los médicos y nutriólogos sobre sus propias prácticas referentes a temas de alimentación y nutrición. Siguiendo la lógica de Anderson (1992), los temas de alimentación y nutrición van de la mano con cambios y transiciones de individuos que son orientados por profesionistas del área de salud que no están exentos de formar parte de un sistema social. Parece relevante, entonces, que estos profesionistas de salud que abordan temas de alimentación y nutrición tengan un entendimiento de cómo su comportamiento en consulta impacta al individuo al que están interviniendo. Dentro de esta interacción hay una bifurcación de su práctica:

la que creen hacer o la que realmente ejecutan. Esta distinción de dos teorías de acción, como las conceptualizan Argyris *et al.* (1985), enfatizan el hecho de que las acciones son diseñadas y no surgen accidentalmente. De tal manera que la creencia que estos profesionistas de salud tengan acerca del abordaje en temas de alimentación y nutrición y acerca de su práctica interprofesional puede determinar, de cierta manera, la ejecución de estas prácticas supuestamente deliberadas.

Actualmente, no hay estudios que describan las prácticas dentro de consulta del médico ni nutriólogo respecto el abordaje de temas de alimentación y nutrición desde un modelo de atención centrada en el paciente desde diferentes perspectivas sociológicas ni de las prácticas entre consulta desde un modelo de educación interprofesional, tampoco se encuentran estudios de la relación nutriólogo-paciente ni trabajos acerca de la evaluación ni implementación de la educación interprofesional en México, elemento clave de sistemas de salud de países de primer mundo.

Este trabajo de investigación podrá desempeñar un marco de referencia para:

- discusiones sociológicas de la ACP y la *IPE* en diversos contextos de salud
- la propuesta del concepto de la relación entre un profesionista de salud y un paciente
- el desarrollo de programas educativos o estrategias dirigidas a estudiantes o profesionistas de salud para la implementación de la educación interprofesional en temas de alimentación y nutrición dentro de escuelas, clínicas, hospitales y consultorios privados.

## V. SUPUESTOS DE INVESTIGACIÓN

Las prácticas del modelo de atención centrada en el paciente sobre el abordaje de médicos coinciden con la atención centrada en el paciente bajo el funcionalismo y/o teoría del conflicto a diferencia del nutriólogo que lo hace bajo el utilitarismo desde la perspectiva del paciente, debido a que el médico no toma en cuenta los valores del paciente.

Las prácticas interprofesionales sobre el abordaje de temas de alimentación y nutrición de médicos no corresponden a las dimensiones de la educación interprofesional, debido a que este no respeta los roles y responsabilidades de nutriólogos ni los propios en ese tema.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

## VI. OBJETIVOS

### 6.1. Objetivo general

Conocer las prácticas de abordaje de temas de alimentación y nutrición de médicos y nutriólogos en su relación con el paciente bajo los modelos de atención centrada en el paciente y de educación interprofesional.

### 6.2. Objetivos específicos

Determinar si la práctica de abordaje de temas de alimentación y nutrición dentro de consulta cumple con los principios de la atención centrada en el paciente.

Tipificar la práctica de abordaje de temas de alimentación y nutrición de médicos y nutriólogos de acuerdo a tres perspectivas teóricas de atención centrada en el paciente que proponen Ishikawa, Hashimoto y Kiuchi (2014): funcionalismo, teoría del conflicto y utilitarismo.

Determinar si la práctica interprofesional del abordaje en temas de alimentación y nutrición por parte de médicos y nutriólogos se refleja en las dimensiones estipuladas de IPE por la *Interprofessional Education Collaborative Expert Panel* (2011).

## VII. MATERIALES Y MÉTODOS

Este trabajo es un estudio observacional y se utilizó el método inductivo con un enfoque cualitativo debido a que la investigación está centrada en los significados que los individuos dan a sus propias prácticas dentro y entre consultas. El diseño del estudio es descriptivo, utilizando técnica de entrevista semi-estructurada.

### 7.1. Sujetos de estudio

La muestra se determinó por el criterio de suficiencia comparativa (Orozco y González, 2012), que dicta que una manera de arribar a conocimientos importantes es a través de comparaciones en la búsqueda de lo distinto y distinguir entre los procesos; y en el que el límite está dado por la redundancia informativa sobre lo que se busque. De igual manera, las diferencias a través de las comparaciones radican en un afán de profundidad.

Se previó el abordaje de 20 sujetos de estudio, 10 nutriólogos y 10 médicos de diversas especialidades en medicina interna, gastroenterología, cirugía bariátrica, cardiología, nefrología y endocrinología. Esta cantidad de sujetos de estudio fue prevista debido a que Loayssa *et al.* (2007) consideran que 10 participantes por profesión es suficiente para poder profundizar en los significados de este tipo de categorías.

### 7.2. Criterios de inclusión y eliminación

Los criterios de inclusión de los participantes son: contar con título y cédula de nutrición y/o medicina con especialidad en medicina interna, gastroenterología, cirugía bariátrica, cardiología, nefrología y endocrinología; laborar en consulta de manera habitual y firmar el consentimiento informado.

El criterio de eliminación del estudio es la cancelación de la entrevista por parte del participante.

### 7.3 Categorías

A continuación, se muestran las categorías analizadas con el fin de poder hacer una determinación de la práctica dentro de consulta en el modelo de atención centrada en el paciente.

- Escucha (E)
- Colaboración (C)
- Oportunidades (O)
- Expectativas. (EV)

Para tipificar los elementos de la atención centrada en el paciente dentro de las propuestas teóricas del funcionalismo, teoría del conflicto y utilitarismo, se utilizaron las siguientes categorías. Se omitieron el elemento de tipo de relación médico-paciente y el de palabras clave de la teoría, porque son conceptos abstractos con alta dificultad de ser respondidos por los sujetos de estudio; asumiéndose suficientes los criterios restantes para hacer la tipificación.

Por otro lado, el término “valores” refiere a objetos físicos, sociales y conductuales que tengan gran importancia para el paciente. Por parte del profesionalista, el término refiere a los objetos físicos, sociales y conductuales que preferiría, sugeriría o desearía que haga uso el paciente.

- Información y tecnología (IT)
- Roles ACP (RACP)

- Valores (V)
- Meta de la relación (MR)

Para determinar si la práctica entre consultas se da como un modelo de educación interprofesional, se utilizaron las siguientes categorías dentro de cada subconjunto de dimensiones de la *IPE*.

#### *Valores y ética*

Debido a que los valores como respeto y prácticas éticas requerirían otro tipo de abordaje a los profesionistas de salud como un conjunto, se ha tomado la medida de limitar esta dimensión en las siguientes categorías.

- Atención centrada en el paciente (ACP)
- Confianza (CN)

#### *Roles y responsabilidades*

- Roles *IPE* (RIPE)
- Responsabilidades (R)
- Alcances y límites (AI)
- Involucramiento interprofesional (II)

#### *Comunicación interprofesional*

- Técnicas y herramientas de información (THI)

*Trabajo en equipo*

- Homologación de conceptos (HC)
- Integración de conocimiento interprofesional (ICI)
- Dirección liderada (DL)

Cada concepto eje está constituido por categorías de análisis y en el caso de la educación interprofesional, subconjuntos estos objetos metodológicos. Las categorías tienen una codificación y cuentan con indicadores que funcionan como criterios sobre cada categoría. Estos indicadores cuentan con un código numérico dentro de la categoría perteneciente para poder ser identificados.

Para el caso de las propuestas de atención centrada en el paciente, los indicadores referentes a cada perspectiva teórica cuentan con una codificación alfa-numérica (F: funcionalismo; TC: teoría del conflicto; U: utilitarismo). Una descripción de cada categoría es manifestada en el cuadro 2.

**Cuadro 2** Conceptos eje, subconjuntos, categorías de análisis e indicadores

Conceptos Eje	Subconjunto	Categorías de análisis	Indicadores
Atención centrada en el paciente		Escucha (E)	Brindar tiempo de escucha a los valores, dudas, y preguntas del paciente. (1)  Utilizar la escucha como

			<p>mecanismo para desarrollar confianza. (2)</p>
		Colaboración (C)	<p>Pide la opinión de su paciente acerca de las opciones de tratamiento, la meta y la agenda. (3)</p> <p>Comparte sus valores con el paciente para la toma de decisión. (4)</p>
		Oportunidades (O)	<p>Proporcionar opciones de tratamiento al paciente, buscando compatibilidad con el estilo de vida y valores del paciente. (5)</p>
		Expectativas (EV)	<p>Explorar las expectativas del paciente sobre su salud, tratamiento, consulta y relación con el profesionalista. (6)</p>
Propuestas de ACP		Información y tecnología (IT)	<p>Conceptualizar la información y tecnología médica/nutricional como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-comodidad o servicio comercializables (F1)</li> <li>-propiedad de autonomía profesional (TC1)</li> <li>-evidencia neutral y</li> </ul>

		evidencia empírica (U1)
	Roles ACP (RACP)	<p>Percepción de roles en consulta como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- proveedor y consumidor (F2)</li> <li>- proveedor o actor que brinda un servicio (F3)</li> <li>- profesionista no responsable de fijar meta de tratamiento ni agenda de las consultas (F4)</li> <li>- paciente responsable de fijar meta de tratamiento y agenda de las consultas (F5)</li> <li>- profesional y cliente (TC2)</li> <li>- profesional que brinda información (TC3)</li> <li>- profesionista responsable de fijar meta de tratamiento y agenda de las consultas (TC4)</li> <li>- paciente que busca información (TC5)</li> <li>- experto biomédico y experto empírico (U2)</li> <li>- responsable de brindar opciones basadas en evidencias neutras (U3)</li> <li>- paciente que brinda datos empíricos y</li> </ul>

			evalúa las opciones brindadas (U4)
		Valores (V)	<p>No permitir que el paciente comparta sus valores. (FTC1)</p> <p>No compartir los valores propios. (FTC2)</p> <p>Permitir que el paciente comparta sus valores. (U5)</p> <p>Compartir los valores propios. (U6)</p>
		Meta de la relación (MR)	<p>Tener como meta de la relación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la satisfacción del paciente (F6)</li> <li>- autonomía del paciente (TC6)</li> <li>- toma de decisión mutua (U7)</li> </ul>
Educación interprofesional (IPE)	Valores y ética	Atención centrada en el paciente (ACPVE)	Cumplir con los criterios de atención centrada en el paciente. (1)
		Confianza (CN)	Fomentar la construcción de confianza con el paciente. (2)
	Roles y responsabilidades	Roles IPE (RIPE)	Reconocer su rol de acuerdo a su especialidad o área de estudio. (3)

			Reconocer los roles ajenos de acuerdo a sus especialidades o áreas de estudio. (4)
		Responsabilidades (R)	Reconocer sus responsabilidades como especialista (5)
		Alcances y límites (AL)	Reconocer los alcances y límites de su labor por su especialidad. (6)
		Involucramiento interprofesional (II)	Colaborar con profesionistas de otras áreas en un proceso educativo. (7)  Involucrarse en procesos educativos de otras ramas, especialidades o áreas de estudio. (8)
	Comunicación interprofesional	Técnicas y herramientas de información (THI)	Ejecutar interacciones con otros profesionistas de salud y pacientes de manera efectiva. (9)  Aprovechar las tecnologías de la información para interactuar con otros profesionistas de salud y pacientes de manera efectiva. (10)
	Trabajo en equipo	Homologación de	Homologar de

		conceptos (HC)	conceptos, posturas éticas y estrategias con otros profesionistas o a partir de grupos o asociaciones de profesionistas. (11)
		Integración de conocimiento interprofesional (ICI)	Aplicar conocimientos o experiencias de alguno de los colaboradores a la consulta. (12)
		Dirección liderada (DL)	Existencia de liderazgo entre los colaboradores. (13)

#### 7.4. Instrumento

La entrevista semi-estructurada (anexo 11.1) tuvo la intención de conocer, explorar, desmenuzar y auscultar las cuatro dimensiones de la educación interprofesional de la *Interprofessional Education Collaborative Expert Panel* (2014) y los elementos de las propuestas teóricas de la atención centrada en el paciente de Ishiwaka, Hashimoto y Kiuchi (2013). Se utilizó de referencia la guía de entrevista del documento *IPE Health Professional Exploration Assignment* de Orchard (s.f.) y el cuestionario *OPTION Observing patient involvement* de Person y Room (2009).

Se elaboró una entrevista piloto para auscultar la práctica interprofesional y la atención centrada en el paciente por parte de un nutriólogo y un médico. Se hizo un análisis de la información obtenida de la primera entrevista con un nutriólogo, buscando empatar los datos con las categorías de la ACP, de las perspectivas teóricas y la *IPE* para hacer modificaciones y realizar una segunda entrevista con un médico, analizar y hacer modificaciones pertinentes para lograr empatar la

información obtenida a las categorías. Una vez satisfecha esta necesidad, se pasó a la ejecución de las entrevistas formales del estudio.

La entrevista semi-estructurada se elaboró en mayor medida bajo el principio de la teoría declarada de Argyris y Schön durante la movilidad interna del tesista a la Maestría en Comunicación y Cultura Digital de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Autónoma de Querétaro. El principio de teoría declarada de Argyris y Schön dicta que se sitúe al entrevistado en una situación específica. Con este principio, al inicio de la entrevista y en repetidas veces a lo largo de la misma se sitúa al profesionalista de salud con un paciente que requiera un abordaje sobre su alimentación.

#### 7.5. Materiales

Se utilizaron materiales de papelería y un teléfono celular para grabar las entrevistas.

#### 7.6. Métodos

Se hizo un sondeo de médicos y nutriólogos en la ciudad de Querétaro a través de visitas a torres médicas y consultorios privados. Se contactó a los médicos y nutriólogos por medio de visitas a sus consultorios, por teléfono y por correo electrónico donde se hizo la invitación a participar en el estudio acerca de la comunicación con los pacientes y la práctica interprofesional. Al aceptar ser parte del estudio, se procedió con la visita al espacio laboral de cada profesionalista para solicitar la firma del consentimiento informado, realizar y grabar la entrevista. Una vez finalizada la entrevista, se agradeció el tiempo a los participantes y el

investigador se retiró del espacio laboral del médico o nutriólogo. Se procedió, entonces, a transcribir la entrevista desde el formato de audio a texto electrónico.

### 7.7. Análisis de la información obtenida

La información registrada de los sujetos fue puesta en pre-análisis desde la aplicación del instrumento, se transcribieron las entrevistas en el software F5 Transcription Free y se trasladó el archivo de texto al software ATLAS.ti 7 donde se categorizaron y codificaron los indicadores para ser condensados en la sección de comentario, crear una red de códigos y citas. Una vez finalizada esa etapa, se conglomeran los resultados de los entrevistados para ser condensados en busca de temas principales.

#### 7.7.1. Cuaderno de códigos

Este formato de análisis está constituido por una tabla con el discurso condensado como elemento de mayor importancia. A partir de él se determina cuál indicador codificará de categorías de análisis (cuadro 4).

En este instrumento de análisis se toma en cuenta las categorías que estaban asociadas a la pregunta del investigador, originalmente, y siguiendo en el mismo criterio que el cuaderno de condensación acerca de la mención de la cuestión. El siguiente elemento a tratar es el resultado de la condensación de cada respuesta del individuo de la que se extraerá el código referente a la categoría que corresponda su contenido.

Para realizar el análisis se hizo una síntesis de códigos de cada categoría e indicador (cuadro 5) previos.

**Cuadro 3 Cuaderno de códigos**

Pregunta	Códigos de la pregunta	Respuesta condensada	Código de la respuesta
<i>Pregunta realizada por el entrevistador</i>	<i>Código correspondiente a la categoría esperada de la pregunta</i>	<i>Respuesta sintetizada del entrevistado</i>	<i>Código-clave correspondiente del contenido de la respuesta condensada</i>

**Cuadro 4 Códigos**

Conceptos eje	Subconjunto	Categorías de análisis	Indicador (clave)	Código-clave
Atención centrada en el paciente		E	1	E-1
			2	E-2
		C	3	C-3
			4	C-4
		O	5	O-5
		EV	6	EV-6
Propuestas de ACP		IT	F1	IT-F1
			TC1	IT-TC1
			U2	IT-U1
		RACP	F2	RACP-F2
			F3	RACP-F3
			F4	RACP-F4

---

			F5	RACP-F5
			TC2	RACP-TC2
			TC3	RACP-TC3
			TC4	RACP-TC4
			TC5	RACP-TC5
			U2	RACP-U2
			U3	RACP-U3
			U4	RACP-U4
		V	FTC1	V-FTC1
			FTC2	V-FTC2
			U5	V-U5
			U6	V-6
		MR	F6	MR-F6
			TC6	MR-TC6
			U7	MR-U7
Educación interprofesional	Valores y ética	ACPVE	1	ACPVE-1
		CN	2	CN-2
	Roles y responsabilidades	RIPE	3	RIPE-3
			4	RIPE-4
		R	5	R-5
		AL	6	AL-6
		II	7	II-7
			8	II-8
	Comunicación interprofesional	THI	9	THI-9
			10	THI-10
		HC	11	HC-11
	Trabajo en equipo	ICI	12	ICI-12
		DL	13	DL-13

---

### 7.7.2. Cuaderno de condensación

El cuaderno de condensación es un formato donde se resume el discurso del entrevistado, obteniendo los elementos que ayuden a empatar alguna categoría de análisis (cuadro 3).

En este formato se menciona el número de pregunta hecha, según el orden del guion o se hace referencia a una pregunta que no fue prevista y se desarrolló dentro de la interacción con el entrevistado. En caso de haber sido así, se escribe la pregunta completa, no su referencia numérica. Una vez resumida la información se hace uso del cuadro de códigos.

Tras anotar la cuestión, se continúa con la transcripción de la respuesta del entrevistado de la que se hará un rescate de ideas principales que se condensarán a enunciados de menor volumen.

**Cuadro 5 Cuaderno de condensación**

Pregunta	Discurso	Síntesis
<i>Pregunta realizada por el entrevistador</i>	<i>Respuesta del entrevistado</i>	<i>Condensación de la respuesta</i>

La verificación de los datos se hizo por medio del análisis de un experto en estudios de comunicación cualitativo, que no participó a la obtención de datos, sobre los archivos de audio de la entrevista y la transcripción de la misma.

## VIII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Una vez realizado el análisis de las entrevistas, se obtuvieron temas principales de cada categoría de análisis de cada profesión, medicina y nutrición. Se hizo una comparación de temas principales entre profesionistas, al igual la discusión correspondiente.

### 8.1. Atención centrada en el paciente

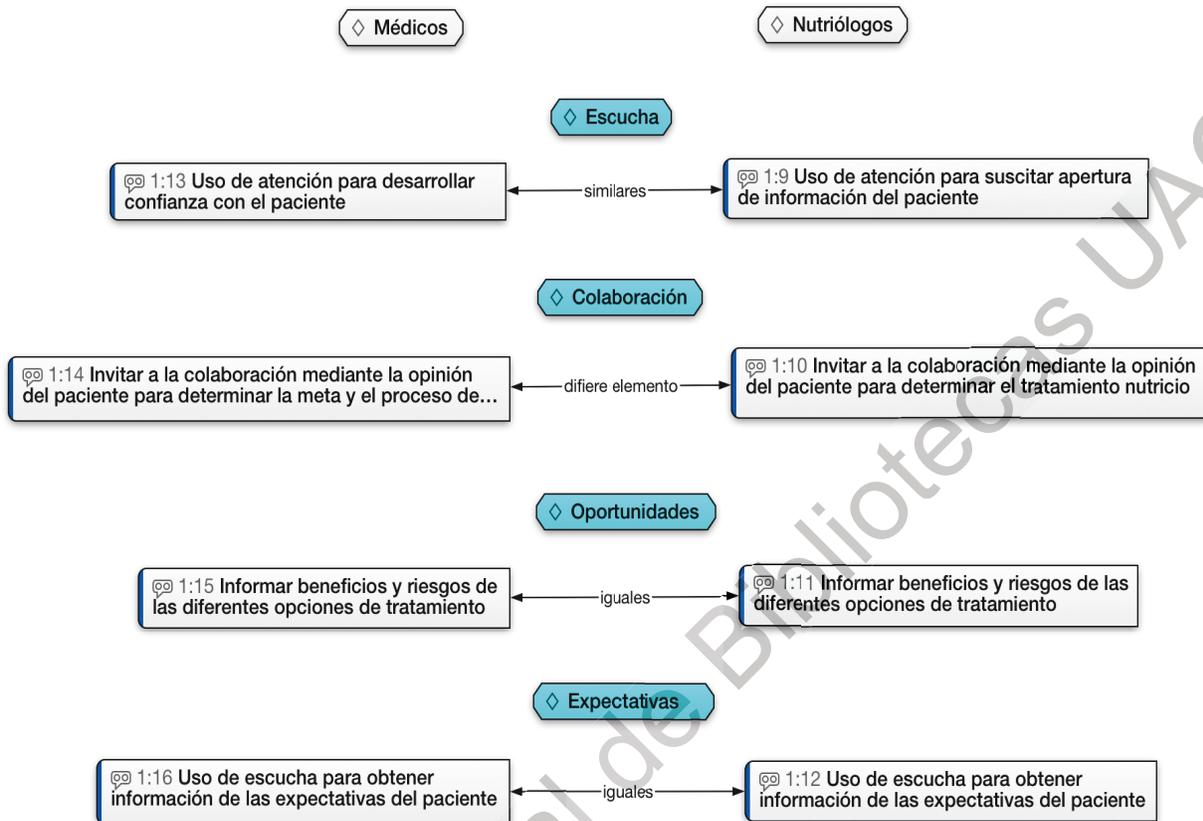
Iniciando por el concepto eje de la ACP, en la categoría de Escucha, el tema principal obtenido de médicos es: «Uso de atención para desarrollar confianza con el paciente». Por otro lado, el tema obtenido de nutriólogos fue: «Uso de atención para suscitar apertura de información del paciente». Estos temas principales tienen ciertas similitudes, ambos aluden a la receptividad del profesionista de salud para fomentar un vínculo con el paciente, del cual se espera obtener información sensible del mismo que pueda ser útil en el cuidado de la salud.

Respecto a la categoría de Colaboración, se obtiene el siguiente tema principal de médicos: «Invitar a la colaboración mediante la opinión del paciente para determinar la meta y el proceso del cuidado». Proveniente de nutriólogos, se obtiene el siguiente tema principal: «Invitar a la colaboración mediante la opinión del paciente para determinar el tratamiento nutricional». La diferencia de estos temas obtenidos es que el médico, al contrario del nutriólogo, pide la opinión del paciente en la fijación de la meta de consulta.

En la tercer categoría, Oportunidades, ambas profesiones arrojaron el siguiente tema principal: «Informar beneficios y riesgos de las diferentes opciones de tratamiento». De tal manera que durante la consulta, ambos profesionistas muestran las opciones de cuidado con toda su información correspondiente.

La última categoría de la ACP, Expectativas, ha arrojado un tema principal consistente entre ambas profesiones: «Uso de escucha para obtener información de las expectativas del paciente». Esto, ya sea por medio de preguntas que abran el tema o al permitir que el paciente comparta información sobre su salud e información ajena a ella. De esa manera, aprovechan el contenido de la conversación para determinar expectativas del paciente en su visita a consulta.

La relación entre cada tema principal de la ACP de médicos y nutriólogos se resume en el Esquema 4.



Esquema 4 Red de ACP

## 8.2. Propuestas de ACP

En la primer categoría de las Propuestas de ACP, Información y Tecnología, se obtuvo un tema principal para ambas profesiones: «Información y conocimientos como elementos de autonomía profesional». Este tema principal acierta en el concepto perteneciente a la teoría del conflicto sobre estos elementos.

Respecto a la segunda categoría, Roles, los médicos han arrojado el siguiente tema principal: «Responsable de toma de decisión de tratamiento, meta y agenda». Mientras que los nutriólogos arrojan el siguiente tema principal: «Responsable de agenda con toma de decisión mutua del tratamiento y metas». Haciendo una comparación de ambas profesiones, respecto a esta categoría, se tipifica a los médicos dentro de la Teoría del conflicto. En el caso de los nutriólogos, se tipifica esta práctica en una combinación de teoría del conflicto con utilitarismo; en la que se excluye la toma de decisión mutua de la agenda, asignándose al profesionista de salud mencionado.

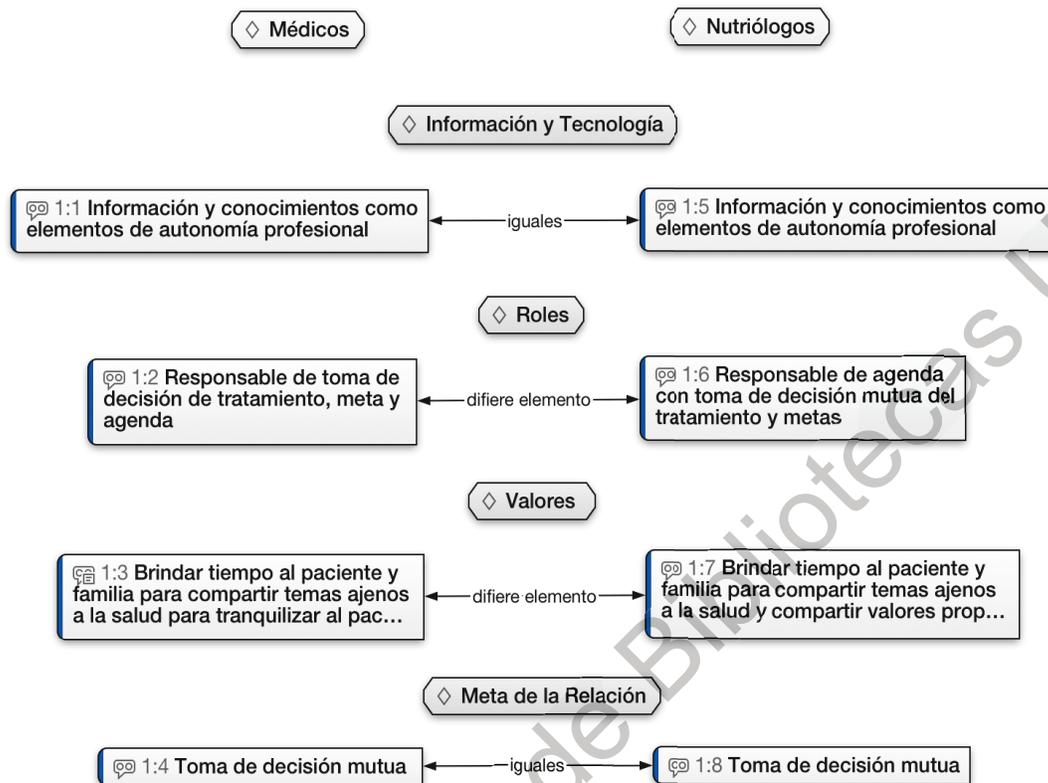
En la categoría de Valores, se obtuvo el siguiente tema principal de médicos: «Brindar tiempo al paciente y familia para compartir temas ajenos a la salud para tranquilizar al paciente». Respecto a los nutriólogos, a continuación se presenta el siguiente tema principal: «Brindar tiempo al paciente y familia para compartir temas ajenos a la salud y compartir valores propios del profesionista como apoyo». En este sentido, mientras el médico busca tranquilizar al paciente en consulta por medio del desahogo, no comparte valores propios con el paciente; esta práctica no cumple con el funcionalismo ni la teoría del conflicto, pero cumple con sólo a la mitad del criterio del utilitarismo referente a los valores, ya que es no hay intercambio de valores entre ambos actores. En caso del nutriólogo, su práctica sí puede tipificarse en el utilitarismo, debido a que hay apertura a compartir valores del profesionista que pueden o no ser estrictamente relacionados a la salud, pero que pueden servir como medio de empatía al paciente e incluso influencia en la toma de decisiones dentro de consulta.

En la cuarta categoría de las Perspectiva teóricas de la ACP, Meta de la Relación, se obtuvo como tema principal, en ambas profesiones: la «Toma de decisión mutua». Tipificándose ambos dentro del utilitarismo.

La relación entre cada tema principal de las Propuestas de ACP de médicos y nutriólogos se resume en el Esquema 5.

|

Dirección General de Bibliotecas UAQ



Esquema 5 Red de Propuestas de ACP

### 8.3. Educación Interprofesional

En el primer subconjunto, Valores y Ética, se obtuvieron los siguientes temas principales: «Individualización de cada paciente como proceso esencial en consulta», por parte de médicos, y «Mostrar atención al paciente durante la interacción», por parte de nutriólogos. En el caso de los médicos, es un principio clave el individualizar la atención en salud de cada paciente; mientras que lo

nutriólogos adjudican bastante valor a la atención brindada al paciente dentro de la interacción, como mantener la mirada a los ojos y mostrarse asertivo al discurso del paciente.

En el segundo subconjunto, Roles y Responsabilidades, se obtuvieron dos temas principales de ambos perfiles de profesionistas.

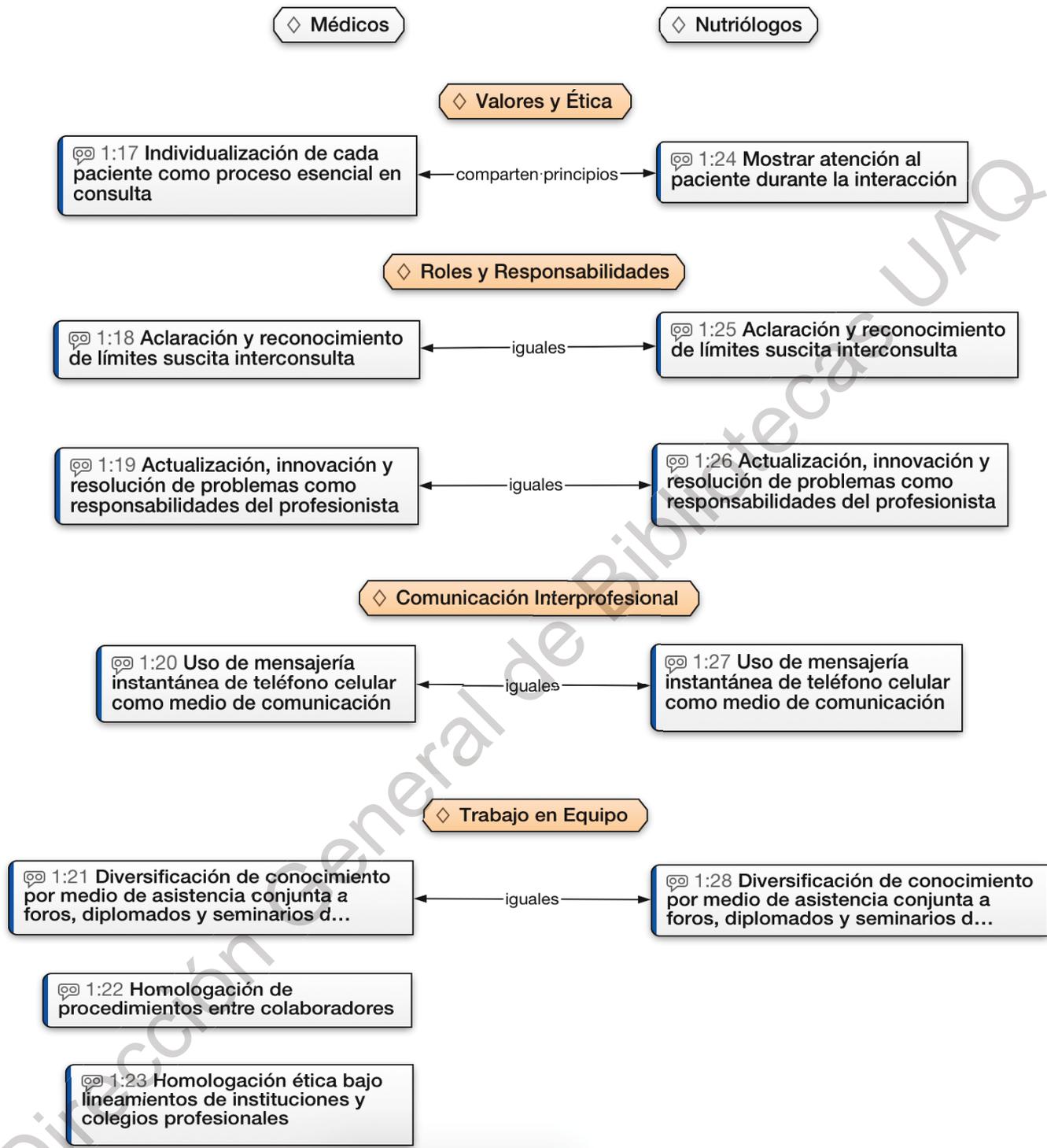
- «Aclaración y reconocimiento de límites suscita interconsulta». Se observó que en el momento que los profesionistas de salud se encuentran ante un tema ajeno a su alcance profesional dentro del abordaje de temas de alimentación y nutrición y cualquier tema derivado o acompañado por este, gestionan la interconsulta con un perfil de especialista correspondiente.
- «Actualización, innovación y resolución de problemas como responsabilidades del profesionista». Estas responsabilidades son asignadas por los mismos profesionistas de salud en sus propias áreas de trabajo.

Respecto al tercer subconjunto, Comunicación Interprofesional, se obtuvo un tema principal por ambas profesiones: «Uso de mensajería instantánea de teléfono celular como medio de comunicación». Esta plataforma es la elegida por los profesionistas de salud para la interacción colaborativa con otros especialistas debido a la sencillez de su uso; ahorrando tiempo de la agenda de cada profesionista.

En el cuarto subconjunto, se obtuvo un tema principal para ambas profesiones y dos temas principales pertenecientes a los médicos, exclusivamente.

- El tema principal de ambos fue «Diversificación de conocimiento por medio de asistencia conjunta a foros, diplomados y seminarios de diferentes áreas de la salud». De tal manera que una parte de la interacción interprofesional de los profesionistas de salud entrevistados es la asistencia a estas actividades educativas multidisciplinarias.
- Exclusivo de los médicos, se obtuvo el siguiente tema principal: «Homologación de procedimientos entre colaboradores». Esta práctica sucede en colaboración con otros profesionistas, donde se individualiza la atención de cada paciente en conjunto y bajo los mismos términos. En los nutriólogos no se pudo obtener referencia alguna de una práctica similar.
- Exclusivo de los médicos, se obtuvo el tema principal de «Homologación ética bajo lineamientos de instituciones y colegios profesionales». Esto debido a la regulación que tiene cada especialidad médica por parte de organismos en diferentes niveles de México. En el caso de los nutriólogos, el alcance y ejercicio de organismos homólogos es corto e insuficiente, de tal manera que no se pudo obtener información que cumpla este subconjunto de la *IPE*.

La relación entre cada tema principal de la *IPE* de médicos y nutriólogos se resume en el Esquema 6.



Esquema 6 Red de IPE

## IX. CONCLUSIONES

El estudio de las relaciones entre médicos, nutriólogos, pacientes y otros colaboradores en el abordaje de temas de alimentación y nutrición vislumbra una red de prácticas que pueden ser optimizadas gracias a la mejora curricular de las carreras universitarias de medicina, nutrición e incluso otras ciencias de la salud.

Se ha encontrado que los médicos entrevistados buscan desarrollar confianza y facultar tranquilidad con el paciente mediante la escucha activa al mismo; sin embargo, estos profesionistas no tienden a compartir información ajena a la evidencia científica durante la consulta, evitando una relación personal con el paciente. Se encontró también que estos profesionistas toman en cuenta la opinión del paciente en la toma de decisiones de la meta, tratamiento y la agenda de la consulta; pero se adjudican la responsabilidad de las mismas. Además, cargan con las responsabilidades profesionales de la actualización, innovación y resolución de problemas. En el ámbito interprofesional, tienen redes de profesionistas con los que hacen equipo en la interconsulta por medio del teléfono celular y mensajería instantánea, asisten a diversos eventos de educación continua de otras áreas de la salud, homologan posturas y prácticas con otros profesionistas y organizaciones reguladoras.

Respecto a los nutriólogos entrevistados, utilizan la escucha activa para generar apertura del paciente sobre información privada que puede ser utilizada en consulta. Estos profesionistas hacen intercambio de información personal con el paciente como apoyo en la toma de decisiones, tales como gustos, preferencias, perspectivas, ejercicios y demás. También se encontró que estos profesionistas toman en cuenta la opinión del paciente en la toma de decisiones de la meta y tratamiento nutricional pero se adjudican la responsabilidad de la agenda. Interprofesionalmente, no tienden a tener redes de colaboración con otros

especialistas ni homologación por los diferentes gremios profesionales; pues es una carrera relativamente reciente y de poca cohesión entre la comunidad de profesionistas de esta ciencia.

Como propuestas de reflexión, discusión y estudio futuros se proponen las siguientes interrogantes:

- Ejercicio del poder profesional en la educación en nutrición y cuidado de la salud: ¿puede el poder ser aprovechado dentro de un rol de educador, fomentando la autonomía del paciente dentro de su propia salud, o es un ejercicio imperante en toma de decisiones centradas en la enfermedad?
- Comportamiento interprofesional: ¿es obstruida la humildad profesional a partir ejercicio del poder, dominando diálogos y decisiones grupales u organizacionales o es acaso aprovechado como una capacidad potencial de liderazgo?
- Educación en nutrición y medicalización de la conducta alimentaria: ¿qué delimita educar en nutrición y manipular al momento en que el profesionista comparte valores como gustos, tendencias o preferencias de alimentos, gastronómicas o incluso antropométricas con el paciente? ¿En qué momento se irrumpe el límite ético de la diversidad psico-socio-cultural del paciente?
- Opinión, responsabilidad y consenso: ¿cómo surgen la toma de decisión mutua entre el profesionista de salud y el paciente? ¿Qué la condiciona? ¿En qué orden temporal?
- Percepción de alcances y límites profesionales en el abordaje de temas de alimentación y nutrición y otros temas de salud: ¿qué congruencia existe entre las delimitaciones de competencias que cada profesionista percibe de sí y su profesión con las competencias profesionales estipuladas por organismos oficiales, profesionales y académicos?
- ¿Cuál es la diversidad de estudios a los que muestran apertura los profesionistas de salud?

- Desarrollo profesional del nutriólogo en sociedad: ¿cómo el establecen relaciones públicas el profesionista de la nutrición? ¿Qué organismos influyen en su actividad profesional? ¿Qué se necesita para situar al nutriólogo en el liderazgo de la nutrición en México?
- ¿Cómo se puede implementar el modelo de la educación interprofesional en los planes académicos completos de las carreras de salud de México?

La continuidad de estas interrogantes tiene el potencial de apoyar currículums educativos de la nutrición y cualquier carrera de ciencias de la salud.

## XI. ANEXO

### 1.1. Guía de entrevista

Las preguntas 1, 2, 12, 13 y 18 son basadas en la guía de entrevista del documento *IPE Health Professional Exploration Assignment* de Orchard (s.f.) y las números 8 y 10 en el cuestionario *OPTION Observing patient involvement* de Person y Room (2009).

Con estas preguntas se explora la percepción que tiene el profesional de salud acerca de sus prácticas en consulta y en la práctica interprofesional.

1. ¿Qué habilidad es imprescindible para su disciplina?
2. ¿Qué responsabilidades son necesarias para mantener su posición dentro de su área de trabajo y en la consulta?
3. ¿Qué rol tiene usted dentro de sus lugares de trabajo clínico?
4. ¿Cómo determina qué quiere el paciente?
5. ¿Qué roles tienen usted y su paciente en la mejora de hábitos alimenticios del mismo?
6. ¿Qué valor tiene su información, tecnología y técnica de su profesión dentro de la consulta?
7. ¿Qué alcance tiene la información que el paciente brinda dentro de consulta?
8. ¿Quién o quiénes son responsables de la toma de decisión del tratamiento?
9. ¿Proporciona opciones de tratamiento a su paciente? En caso de hacerlo, ¿explica las ventajas y desventajas de cada uno?
10. ¿Quién fija la meta y agenda de las consultas?

11. ¿Invita a su paciente a hacer preguntas o exteriorizar dudas acerca de su condición y tratamiento? ¿En qué momento pide su opinión?
12. ¿Qué meta de manera ajena a la salud tiene con su paciente en consulta?
13. ¿Cómo se desarrolla confianza mutua con el paciente dentro del consultorio?
14. ¿Trabaja junto a otros profesionistas de salud o llega a consultarlos? En caso de hacerlo, ¿cómo lo hace?
15. ¿Qué tipo de actividades ejecuta con otros profesionistas de salud?
16. ¿Homologa conceptos, posturas éticas o estrategias con otros profesionistas de salud con los que colabore o consulte?
17. ¿Hasta qué punto llega su trabajo en el abordaje de temas de alimentación y nutrición?
18. ¿Usted comparte sus gustos, intereses y/o preferencias con su paciente?
19. ¿En qué momento toma en cuenta las emociones, gustos, preferencias e intereses del paciente?
20. ¿Qué hace cuando un paciente desvía la conversación a su forma de sentir su enfermedad?
21. ¿Diversifica sus estudios en otros campos profesionales? ¿Cómo lo hace?
22. ¿Está estandarizada su profesión por un consejo de regulación?
23. ¿Cuáles son los alcances, límites y responsabilidades del nutriólogo? - sólo para médicos-
24. ¿Cuáles son los alcances, límites y responsabilidades del médico? – pregunta sólo para nutriólogos-

Cada pregunta fue desarrollada para buscar respuestas referentes a los indicadores de las categorías de análisis. A continuación se muestran las categorías de análisis que se espera sean contestadas por cada pregunta.

## 2.2. Categorías dentro de la guía de entrevista

Cuadro 6 Categorías de guía de entrevista

Conceptos Eje Subconjuntos Categorías Preguntas	ACP				PACP				VE		IPE				CI	TE			
	E	C	O	EV	IT	RACP	V	MR	ACP	VE	CN	RIPE	R	AL	II	THI	HC	ICI	DL
1															X				
2															X				
3												X							
4				X								X							
5						X						X	X						
6					X														
7						X													
8						X													
9			X			X													
10						X													
11	X	X					X			X	X								
12								X											
13	X									X									
14															X	X			X
15															X	X		X	
16																	X		
17														X					
18			X					X											
19	X	X		X				X		X	X								
20	X	X		X				X		X	X								
21																X			
22															X		X		
23						X						X	X						
24						X						X	X						

Dirección General de Bibliotecas UAO

## XII. LITERATURA CITADA

Anderson, L., 1992. Espoused theories and theories-in-use: bridging the gap (breaking through defensive routines with organization development consultants). Master of Organizational Psychology. University of Queensland.

Anijovich, R., Cappelletti, G., Mora, S. y Sabelli, M., 2007. Formar docentes reflexivos. Una experiencia en la facultad de Derecho de la UBA. *Revista Sobre Enseñanza Del Derecho*, 9, p. 235-249.

Arcaya, O., 1990. Analítica Del Poder: En Torno a Michel Foucault. *Estudios Públicos*, 40, p. 101-134.

Argyris, C., Putman, R. y McLain, D. "Theories of Action" en *Action science* (1985), p. 80-102.

Asociación de Médicos Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (AMINNSZ). "Nuestro Fundador" <http://aminnsz.com.mx/aminnsz/fundador.php>, extraído en octubre del 2018.

Ávila-Fuenmayor, F., 2007. El concepto de poder en Michel Foucault. *A Parte Rei*. *Revista de filosofía*, 53, p. 1-16.

Bray, R., 2004. Teoría, práctica y aprendizaje profesional. *Educación y Educadores*, 7, p. 137-156.

"Historias de la Nutrición en América Latina" Sociedad Latinoamericana de Nutrición (SLAN), Publicación SLAN #1, (s/f).

«Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud» carta emitida en la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Ottawa, noviembre de 1986.

Choque, R., 2005. Comunicación y educación para la promoción de la salud. *Razón y palabra*, p. 1- 18.

Cófreces, P., Obfman S. D. y Stefani, D. 2014. La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud*, 4, p. 19-34.

*“Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice” Interprofessional Education Collaborative (IPEC) Expert Panel, (2011).*

De Asís, F., 1886. *Historia de la Medicina en México desde la Época de los Indios hasta la presente*. México: Oficina tip. de la Secretaría de fomento, p. 1-934.

De Domingo-Bartolomé y M., López-Guzmán, 2014. J. La «medicalización» de los alimentos. *Persona y Bioética*, 18(2), p. 170-183.

Durkheim, E. *Las reglas del método sociológico*. México: Fondo de Cultura Económica, 2009.

Eliot, K. y Kolasa, K., 2015. *The value in interprofesional, collaborative-ready nutrition and dietetics practitioners. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(10), p. 1578-1588.

Epstein, R. y Street, R., 2011. *Shared mind: communication, decision making, and autonomy in serious illness. Annals of Family Medicine*, 9(5), p. 454-461.

Flisser, A., 2009. La medicina en México hacia el siglo XX. *Gaceta Médica de México*, 145(4), p. 353-356.

Gracia-Arnaiz, M. 2007. Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud Pública Mex*, 49, p. 236-242

Hernández-Torres, I., Fernández-Ortega, M., Irigoyen-Coria, A., Hernández-Hernández, M., 2006. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*, 8(2), p. 137-144.

*“Interprofessional education & core competencies”. Canadian Interprofessional Health Collaborative, (2011).*

Ishikawa, H., Hashimoto, H. y Kiuchi, T., 2007. *The evolving concept of “patient-*

*centeredness” in patient-physician communication research. Social Science and Medicine, 96, p. 147-153.*

Kris-Etherton, P., Akabas, S., Bales, C., Bistrain, B., Braun, L., Edwards, M., Laur, C., Lenders, C., Levy, M., Palmer, C., Pratt, C., Ray, S., Rock, C., Saltzman, E., Seidner, D. y Van Horn, L., 2014. The need to advance nutrition education in the training of health care professionals and recommended research to evaluate implementation and effectiveness. *Am J Clin Nutr*, 99, p. 1153-1166.

Loayssa, J., González, F. y Ruiz, R., 2007. Teoría declarada de los médicos de familia sobre la relación con el paciente. *Atención Primaria*, 39 (6), p. 291-297.

“NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.” *Diario Oficial de la Federación*, (2012).

Orchard, C. s.f. *IPE Health Professional Exploration Assignment. Interprofessional Health Education and Research, University of Western Ontario.*

Orozco, Guillermo, y González, Rodrigo. *Una coartada metodológica. Abordajes cualitativos en la investigación en comunicación, medios y audiencias.* México: Productora de Contenidos Culturales Sagahón Repoll, 2012.

Parsons, T. «Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna» en *El sistema social* (1999), p. 275-306.

Perlo, C. y De la Riestra, M. «Enfoques y perspectivas del aprendizaje organizacional. Acerca de las posibilidades de concebir la organización como entidades que aprenden» 2005, *XII Jornadas de investigación y primer encuentro de investigadores en psicología del Mercosur.* Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, dirección estable: <http://www.aacademica.org/000-051/18>, obtenido en febrero de 2016.

Person, A., Room, I. 2009. *OPTION Observing patient involvement. Decision Laboratory, Cardiff University.*

“Putting patients first: patient-centred collaborative care. A discussion paper.”  
Canadian Medical Association, (2007).

Rodríguez, M. «Relación médico-paciente con enfermedad no transmisible» en  
Relación Médico-Paciente (2013), p. 64-67.

Ruiz, R., Rodríguez J. y Epstein, R., 2003. ¿Qué estilo de consulta debería  
emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-  
paciente. Atención Primaria, 23 (10), p. 594-602.

Sanfilippo, J., 2003. Historiografía de la historia de la medicina mexicana. Boletín,  
8(1 y 2), México, p. 209-226.

Silva, G., 2008. La teoría del conflicto. Un marco teórico necesario. Prolegómenos.  
Derechos y Valores, 11(22), p. 29-43.

Thistlethwaite, J. 2015. *Interprofessional education: implications and development  
for medical education*. Educación Médica, 16, p. 68-73.

Universidad Autónoma de Tlaxcala (UATX). “Historia de la Nutrición”  
[http://fcsalud.mx/Nutricion/Informes/Historia\\_nutricion.htm](http://fcsalud.mx/Nutricion/Informes/Historia_nutricion.htm), extraído en octubre  
del 2018.

Viesca, C., 2010. Medicina del México Antiguo. Seminario Sobre Medicina y Salud,  
Facultad de Medicina, Universidad Autónoma Nacional de México, p. 1-45.