

“MÉTODO PERUZZO”: UNA PROPUESTA INNOVADORA PARA LA ENSEÑANZA DE LOS PLANES ALIMENTARIOS EN EL ÁMBITO DE LA EDUCACIÓN NO FORMAL

“MÉTODO PERUZZO” AN INNOVATIVE TEACHING PROPOSAL OF DIET PLANS IN THE OF NON-FORMAL EDUCATION

Laura M. Peruzzo¹, Ana Clara Monteverde¹

¹ Facultad de Bromatología, Universidad Nacional de Entre Ríos, Entre Ríos, Argentina

Correspondencia: Laura M. Peruzzo

E-mail: laura_peruzzo@yahoo.com.ar

Presentado: 02/10/18. Aceptado: 12/02/19

Conflictos de interés: las autoras declaran no tener conflictos de interés

RESUMEN

Introducción: en este trabajo se presenta y evalúa una herramienta para la enseñanza de los planes alimentarios denominada “Método Peruzzo” (MP) que persigue el compromiso activo del paciente y la optimización de la tarea profesional.

Objetivos: evaluar los resultados obtenidos por los usuarios del MP mediante la medición del tiempo de sostenimiento del tratamiento y el porcentaje de descenso de peso total y mensual. Analizar cualitativamente lo expresado por los usuarios del MP para comprender con mayor profundidad la percepción del paciente en relación a su tratamiento.

Materiales y métodos: se realizó un primer abordaje cuantitativo donde se analizaron 1.998 fichas de seguimiento de pacientes que asistieron a un consultorio de Guaqueguaychú, Entre Ríos, entre 2008 y 2017, cuyo diagnóstico inicial fue sobrepeso u obesidad según índice de masa corporal (IMC). En una segunda etapa se analizó, según el método comparativo constante, lo expresado por los usuarios del MP en las consultas con el fin de analizar la percepción del paciente en relación a esta metodología. Quedó conformada, por criterio de saturación, una muestra de 20 personas con diagnóstico inicial de sobrepeso u obesidad por IMC y alguna experiencia anterior de tratamiento para el descenso de peso.

Resultados: en el análisis cuantitativo se observó un crecimiento acelerado en la cantidad de nuevas consultas por año a partir de la implementación del MP como abordaje del tratamiento nutricional, además de un incremento en el sostenimiento del tratamiento y mejores resultados en cuanto al descenso del peso total. Del análisis cualitativo resultaron cinco categorías recurrentes como características del MP valoradas por sus usuarios y que serían facilitadoras de la adherencia al tratamiento nutricional: autogestión, flexibilidad, practicidad, posibilidad de compensar excesos y elementos para la autoevaluación.

ABSTRACT

Introduction: this paper presents and evaluates a teaching tool, “Método Peruzzo” (MP) to assess food plans that pursues the active commitment of patients and the optimization of the professional’s tasks.

Objectives: to evaluate the results obtained by measuring the supporting time of treatment and decrease in total and monthly weight percentage. To analyze qualitatively what MP users expressed and to understand more deeply their perception related to the treatment.

Materials and methods: a first quantitative approach was performed in 1.998 follow-up records analysis of patients who attended a dietitian office in Guaqueguaychú, Entre Ríos, between 2008 and 2017, with initial diagnosis of overweight or obesity according to body mass index (BMI). In a second approach, we analyzed what was expressed by MP’s users according to the constant comparative method, to considerer patient’s perception in relation to this methodology. Using a saturation criteria, a sample of 20 people was performed with initial diagnosis of overweight or obesity according BMI criterion and some previous experience of weight loss treatments.

Results: an accelerated growth of new consultations number was observed per year since the implementation of the MP as also an approach to nutritional treatment, in addition to an increase in it’s maintenance, better results in terms of the decrease in total weight. Five recurrent categories resulted as MP’s characteristics valued by their users and which would facilitate the adherence to nutritional treatment, self-management, flexibility, practicality, possibility excesses management and elements for self-evaluation.

Conclusiones: se concluye que el MP resulta una valiosa herramienta para lograr el aprendizaje y posterior cambio de conducta en los pacientes. Los resultados de su implementación son altamente satisfactorios y demuestran que es posible innovar en lo que respecta a la enseñanza de los planes alimentarios. Esta propuesta será de utilidad para que los nutricionistas optimicen su tarea en el consultorio y para que los pacientes sean protagonistas de su propio cuidado al ser instrumentados para la toma de decisiones en torno a su tratamiento dietoterápico.

Palabras clave: propuesta didáctica; tratamiento nutricional; adherencia.

Actualización en Nutrición 2019; Vol. 20 (15-23)

Conclusions: it is concluded that MP is a valuable tool to achieve learning and subsequent behavior changes in patients. The results of its implementation are highly satisfactory and show that it is possible to innovate with regard to the teaching of food plans. This proposal will be useful for nutritionists to optimize their tasks at office and for patients to be protagonists of their selfcare as they are been instrumented to make own decisions about their dietary treatment.

Key words: didactic proposal; nutritional treatment; adherence.

Actualización en Nutrición 2019; Vol. 20 (15-23)

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se presenta y evalúa una herramienta para la enseñanza de los planes alimentarios denominada "Método Peruzzo" (MP) que conjuga dos campos disciplinarios: la nutrición y la educación¹. Está fundamentada teóricamente en los lineamientos para el cuidado nutricional tanto en personas sanas como enfermas^{2,5,16}, y se encuentra inscripta en el Registro Nacional de Propiedad Intelectual bajo expediente N° 5217972, lo que justifica su originalidad y condición de innovación.

En los últimos 300 años, y en forma acelerada en los últimos 100, la humanidad produjo los cambios más significativos en sus patrones alimentarios y estilos de vida desde la era paleolítica¹². Así como el hambre y la desnutrición fueron por mucho tiempo el principal foco de preocupación de las políticas alimentarias, hoy lo son las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que representan el 60% del total de las muertes a escala global, mientras que el 40% de la carga de morbilidad es atribuible a las ECNT, varias de ellas derivadas de la obesidad. Esta situación condujo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a proponer en todo el mundo un enfoque estratégico basado en el mejoramiento de la dieta y la promoción de la actividad física^{7,11}. A pesar de la actual posibilidad de acceso a la información no se alcanzan las metas terapéuticas; la falta de adherencia al tratamiento se ha convertido en la gran protagonista de este fracaso^{6,8}.

El MP tiene como fin colaborar con la adherencia al tratamiento nutricional de las patologías crónicas asociadas a la nutrición y busca aportar estrategias al individuo que le permitan comprometerse activamente con su propio cuidado, y al profesional para optimizar su tarea en el consultorio. Está diseñado fundamental-

mente para la enseñanza de los planes alimentarios individuales tanto de personas sanas como enfermas, lo que representa una de sus principales ventajas frente a las Guías Alimentarias que aportan consejos generales destinados a personas sanas³.

A pesar que la educación alimentaria cumple un papel fundamental dentro del tratamiento de las ECNT, los profesionales de la salud que se dedican a educar a los pacientes a menudo carecen de una metodología educativa que les permita acceder al individuo en su totalidad^{9,14}. En la práctica generalmente se emplean métodos de carácter totalmente biologicista, de tipo verticalista, unidireccional y carente de diálogo donde el "paciente", como su nombre lo indica, recibe la información en forma "pasiva"¹⁵.

Las nuevas tendencias en el campo educativo, a diferencia del modelo tradicional directivo y lineal, proponen la aplicación de metodologías basadas en estrategias que traten de identificar las necesidades más importantes del individuo a través del diálogo. Se postula un modelo de educación interactivo y recíproco donde el educador participa como facilitador del proceso de enseñanza y aprendizaje con un enfoque que tiene en cuenta tanto las características individuales como la interacción social^{4,10}.

El MP surge como metodología alternativa a los tradicionales planes alimentarios (carpeta o consejos escritos) que busca adaptarse a las necesidades de las personas que hoy deben seguir un plan alimentario, sin poder separarse de sus obligaciones domésticas y laborales que cada vez les insumen más tiempo. Se espera que el individuo adquiera mayor autonomía en su plan alimentario y aprenda a manejarlo en situaciones cotidianas, sin tener la sensación de "transgresión", situación que habitualmente se da cuando la dieta es impuesta.

Descripción del Método Peruzzo

El MP es un sistema de tarjetas que permite al paciente aprender de forma fácil y práctica las características de su plan alimentario personal desde una primera entrevista con el profesional. Es una herramienta diseñada para la educación individual, aunque también puede utilizarse en la educación colectiva.

Permite enseñar lo más relevante al principio del tratamiento y está diseñado para avanzar en conceptos más específicos como contenido calórico, reemplazos de porciones, conteo de carbohidratos, índice glucémico o compensación de excesos, entre otros, según la patología.

Se entrega al paciente su plan alimentario en forma de un *kit* que consta de: tarjetas con opciones de porciones de alimentos para cada grupo (a), dos tarjeteros con imán (b), un instructivo para el uso del método (c), un manual con opciones para almuerzos y cenas (d), un esquema para registro alimentario (e) y un vasito medidor de porciones (f).

a) Tarjetas con opciones de porciones de alimentos

Las tarjetas son de diferentes colores: rojas, amarillas, verdes, celestes, marrones y violetas, según el grupo alimentario al que pertenecen. El rojo indica el grupo crítico al que hay que prestarle mayor atención porque incluye los alimentos que generalmente los argentinos más se exceden. El amarillo significa precaución en un semáforo, y en las tarjetas representa a aquellos alimentos cuyo exceso en la ingesta no representaría problemas significativos en la mayoría de los casos, aunque no son de libre consumo. El verde remite al grupo de alimentos indicados como libre consumo en la mayoría de los casos. Las tarjetas celestes representan el grupo de lácteos, las marrones a las carnes y las violetas a las grasas, sin tener estos colores otro significado más que su identificación como grupos diferentes.

En el anverso de cada una figura el nombre del grupo expresado en un lenguaje coloquial, por ejemplo se expresa "Pan, tostadas, galletitas y otras opciones" en lugar de "Cereales", también se lee una leyenda breve acerca del beneficio de su consumo y/o recomendaciones importantes. Al reverso figura un listado de aproximadamente 10 opciones de lo que podría significar una porción de ese grupo, expresadas en equivalencias a medidas caseras o en unidades y tamaños. También figura la expresión en gramos o mililitros para aquellos aficionados en pesar y medir cada porción.

La cantidad de tarjetas correspondientes al plan alimentario de cada individuo representa lo que el

paciente tiene disponible para comer en un día, sin indicar esto que deba consumirlas todas obligatoriamente. En la mayoría de los casos no se establecen horarios ni distribución del consumo de las tarjetas a lo largo del día.

El sistema de tarjetas permite hacer las adaptaciones necesarias según el caso. Actualmente se cuenta con estos anexos para diabetes, hipertensión, enfermedad renal, hiperuricemia, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, gastritis, síndrome de intestino irritable, diarreas, constipación, reflujo gastroesofágico, vegetarianos y personas que deseen aumentar de peso.

b) Dos tarjeteros con imán

Los tarjeteros están especialmente diseñados para pegarlos uno al lado del otro en la heladera u otro lugar donde el paciente pueda tenerlos siempre a la vista. Al comenzar el día todas las tarjetas deberán estar colocadas en el tarjetero de la izquierda, y a medida que la persona "consume" tarjetas deberá pasarlas hacia el tarjetero de la derecha. De esta forma se guiará acerca de "lo que comió" y lo que le "falta comer" ese día, y cada mañana deberá regresar al tarjetero de la izquierda las tarjetas que se encuentren en el de la derecha y todo vuelve a empezar.

c) Un instructivo para el uso del método

En el instructivo, además de la información acerca del uso del método, figuran opciones para hacer reemplazos/intercambios que brindan mayor flexibilidad al plan alimentario, con el fin de afianzar la autonomía del paciente en la toma de decisiones, aunque no todas son válidas para cualquier persona, por lo tanto cada paciente recibe la indicación personal acerca de cuál/es de ellas puede utilizar.

d) Un manual con opciones de menú para almuerzos y cenas

Este manual ofrece opciones para almuerzos y cenas; es un anexo que no necesariamente requiere usarse en este método, pero si así lo hicieran, está diseñado con dos características que lo hacen complementario del sistema de tarjetas:

- Está calculado que cada porción de cualquiera de los 32 menús que allí figuran equivale al consumo de las siguientes tres tarjetas: una tarjeta verduras + una tarjeta aceites + una tarjeta carnes o una tarjeta cereales. Es decir que por almorzar y cenar del menú se consumen seis tarjetas; éstas tienen una terminación diferente (están cortadas al bies en el vértice superior derecho) para que puedan ser fácilmente identificadas y pasadas al tarjetero correspondiente por aquellos que decidan utilizar recetas del menú.

- Los ingredientes de cada menú, además de ser alimentos de consumo habitual en la población, están escritos con diferentes colores que indican a qué grupo alimentario (o color de tarjeta) pertenecen. De este modo el paciente puede utilizarlo para hacer diferentes reemplazos de los ingredientes ya sea por gusto, disponibilidad u otras razones. Por ejemplo, un alimento que en el menú aparezca escrito con verde puede ser reemplazado por cualquier otro que figure en la tarjeta de color verde, y así se podrá proceder para cada uno de los colores y tarjetas.

El uso de este manual no requiere de una cronología ni orden semanal; el paciente puede elegir el menú que quiera y repetirlo las veces por semana que desee, no es necesario que siga el orden ni que pruebe todos. Cada menú rinde para dos o más porciones y es fundamental que siempre se respete consumir una sola porción por comida. El hecho de que la mayoría de los menús rinda dos porciones está pensado para que una persona pueda almorzar y cenar habiendo cocinado una sola vez en el día.

e) Un esquema para registro alimentario

Esta herramienta es de utilidad tanto para el paciente como para el Lic. en Nutrición prescriptor de la dieta. Al paciente le sirve como un instrumento de autoevaluación diaria y como insumo para aprender en las consultas- controles, junto con el profesional, acerca de canjes, reemplazos y compensación de excesos. Mientras que al profesional le sirve para evaluar ajustes al plan alimentario prescripto en la primera consulta, para acordar objetivos a corto y largo plazo, detectar errores tanto de la comprensión del método como de la implementación del mismo, entre muchas otras funciones.

El esquema para registro consta de tres ítems a llenar por día: en "Tarjetas que no comí" se deberá escribir el nombre y cantidad de tarjetas que quedan en el tarjetero de la izquierda al finalizar el día, es decir las que faltaron consumir en esa jornada; en "Excesos" se deberán registrar los alimentos que se consuman sin poder intercambiar por alguna tarjeta, ya sea porque no correspondían a ninguna de las opciones y ya se había agotado el recurso de los comodines o porque se habían consumido todas las tarjetas correspondientes al grupo; y en "Actividad física" se deberá registrar el tiempo y tipo de actividad realizada.

En la hoja del registro el paciente completará una columna por día y presentará este papel en cada consulta/control. En estos encuentros el profesional realizará el análisis leyendo en sentido horizontal la fila que suma los "Excesos" y la que suma las "Tarjetas que no comí" (Figura 1); este análisis consistirá en comparar ambas filas para evaluar si los alimentos que aparecen en "Excesos" equivalen a alguna de las tarjetas que aparecen en "No consumidas" y de esta forma tachar los excesos y explicar al paciente por qué lo hace. De este modo aprenderá a equilibrar su dieta. En este sistema de compensación de excesos por ahorro de tarjetas sólo se tienen en cuenta las de color rojo que representan a un grupo alimentario: el de los almidones. Esto está pensado para garantizar dos aspectos importantes: uno es que no se genere un cambio brusco en el valor calórico total de un día con excesos en comparación de otro día donde el paciente intente ahorrar tarjetas, y otro es asegurar que todos los días se consuman las tarjetas necesarias para cumplir con una dieta suficiente y armónica sabiendo qué tarjetas conviene ahorrar (no comer) para compensar un determinado exceso.

En cada consulta/control el profesional traducirá y resumirá el análisis de los registros, y apuntará en la ficha personal del paciente los siguientes datos:

- Días de registro.
- Cantidad de tarjetas rojas que hayan quedado "a favor" (en la fila de "Tarjetas que no comí") o "en contra" (en fila de "Excesos").
- Total de actividad física realizada.
- Otras observaciones.

Estos datos servirán para comparar el comportamiento del paciente a medida que avanza el tiempo del tratamiento y para hacer ajustes al plan alimentario u ofrecer estrategias posibles de implementar según el caso.

f) Un vasito medidor para porciones

El kit del Método Peruzzo incluye un vasito medidor que sirve para indicar al paciente cantidades del grupo de alimentos peligroso (tarjetas rojas). Sólo se hace hincapié en la medición de este grupo dado que, como se mencionó anteriormente, es el crítico y el que habitualmente se consume en exceso en nuestro país.

El diagrama muestra un registro alimentario con una tabla de 3 filas y 6 columnas. Las columnas están encabezadas por los días de la semana: Lunes, Martes, Miércoles, Jueves y Viernes. Las filas están encabezadas por las categorías: Excesos, Tarjetas que no comí y Actividad física. A la izquierda de la tabla, una flecha vertical apunta hacia abajo con el texto "Sentido de llenado (paciente)". Debajo de la tabla, una flecha horizontal apunta hacia la derecha con el texto "Sentido de lectura para el análisis (profesional)".

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Excesos					
Tarjetas que no comí					
Actividad física					

Figura 1: Ejemplo de registro alimentario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se desarrolló un diseño combinado que tuvo un primer abordaje cuantitativo y una segunda etapa cualitativa.

En la primera etapa del diseño se realizó la medición de algunas variables relacionadas con los resultados obtenidos por los usuarios del MP que se definen a continuación:

- Nuevas consultas por año: cantidad de nuevos pacientes que asistieron por año al consultorio.
- Tiempo de sostenimiento del tratamiento: cantidad de meses en que el paciente asistió a las consultas/controles sin interrupciones mayores a 45 días entre una consulta y la siguiente.
- Porcentaje de descenso de peso total: descenso de peso logrado al momento del alta o de abandono de la asistencia a las consultas/controles por más de 45 días, expresado como porcentaje del peso inicial.
- Porcentaje de descenso de peso por mes: descenso de peso mensual, expresado como porcentaje del peso inicial. Esta variable da cuenta de la velocidad de descenso lograda.

Para evaluar la variable "Cantidad de nuevas consultas por año" se incluyeron como parte del *corpus* empírico todas las fichas pertenecientes a los pacientes que asistieron al consultorio de la Lic. en Nutrición Laura Peruzzo desde el año 2008 a 2017, cuyo diagnóstico inicial fue sobrepeso u obesidad según IMC, sumando un total de 1.998 fichas. Las demás variables se evaluaron sobre una muestra aleatoria de 30 fichas por cada año con el mismo criterio de inclusión (diagnóstico inicial de sobrepeso u obesidad).

El análisis cualitativo permitió la construcción de

categorías para comprender con mayor profundidad la percepción del paciente en relación a su tratamiento.

El modo de generación conceptual pone énfasis en los procedimientos de construcción de categorías que den cuenta de la descripción y comprensión holística del hecho social investigado. La naturaleza de los resultados buscados son conclusiones en términos de esquemas conceptuales que pretenden ser fértiles teóricamente para describir e interpretar el caso en estudio y ser transferibles a otros casos. Se enfatiza una relación de internalidad e implicancia entre el sujeto que investiga y el objeto investigado que deviene componente de la construcción del dato científico¹³.

Se analizó lo expresado por cada individuo en la primera consulta/control, es decir en el segundo encuentro con el profesional, cuando el paciente ya utilizó el método por 21 días o más. La muestra quedó conformada por aquellos pacientes con diagnóstico inicial de sobrepeso u obesidad que utilizaron esta metodología y tuvieron otras experiencias en tratamientos nutricionales para descender de peso. Previo consentimiento informado, se estudiaron 20 entrevistas por parte del paciente entrevistado definiendo este número por el criterio de saturación; en este sentido se analizaron desgrabaciones de las mismas hasta que una nueva ya no aportó más información que la obtenida hasta el momento. Los datos empíricos se consideraron según el Método Comparativo Constante propuesto por Glaser y Strauss. Tomando en cuenta las particularidades, los relatos y las experiencias se intentaron generar datos diferentes a los que actualmente se conocen en relación a la falta de adherencia al tratamiento (porcentajes de abandono

y causas medidas por variables preestablecidas) que contribuyan a la explicación del problema.

RESULTADOS

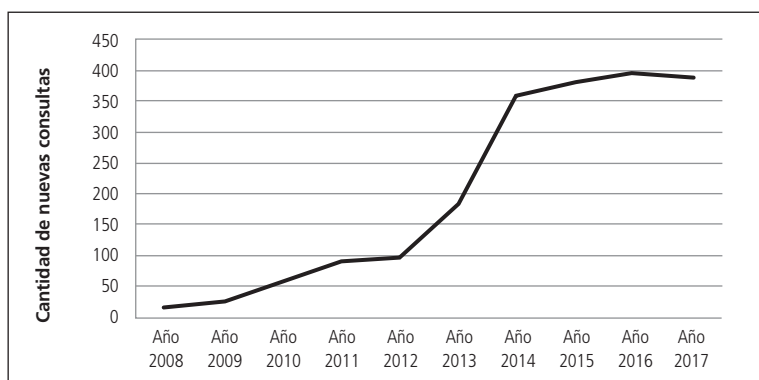
Primera etapa de análisis cuantitativo

En enero de 2013 comenzó a utilizarse el MP como abordaje del tratamiento nutricional y a partir de allí se visualizó un crecimiento acelerado en la cantidad de nuevas consultas por año lo que implicaría un cierto interés por conocer esta nueva metodología.

El sostenimiento de la asistencia a los controles, como muestra el Gráfico 1, se ha incrementado a partir del año de implementación del método, aun-

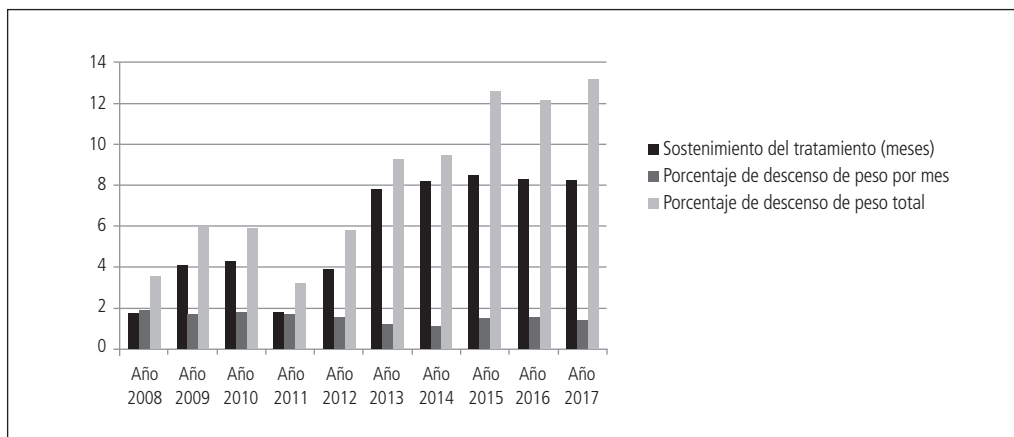
que la definición de esta variable no es sinónimo de adherencia al tratamiento. Es decir, que las personas mantengan por largo tiempo su asistencia a los controles es positivo aunque no da cuenta del cumplimiento del plan alimentario prescripto ni de los resultados obtenidos.

En el Gráfico 2 también es posible observar mejores resultados en cuanto al descenso de peso a partir de 2013, y esto se asociaría al mayor sostenimiento del tratamiento ya que en la velocidad de descenso no hay variaciones significativas entre los años analizados, previos y posteriores a la implementación del método.



Fuente elaboración propia (n=1.998).

Gráfico 1: Nuevas consultas por año.



Fuente elaboración propia (n=300).

Gráfico 2: Promedio de sostenimiento del tratamiento, porcentaje de descenso de peso mensual y total por año.

Segunda etapa de análisis cualitativo

Del análisis de los registros de las consultas surgieron cinco grandes categorías que fueron recurrentes en los casos analizados y que se resumen a continuación.

La autogestión del plan alimentario

Una de las principales valoraciones que los pacientes hacen de esta metodología es la posibilidad de tomar decisiones a diario. En lo que respecta a la elección de qué comer, les permite tener en cuenta

las posibilidades según las demandas del día, los alimentos que no habían sido consumidos y la elección de colaciones. También lo reconocen autogestivo en cuanto a manejar los tiempos de las ingestas pero, principalmente, refieren que la libertad en el uso de las tarjetas les permite asociar su alimentación a la del resto de la familia sin tener que cocinar aparte.

En palabras de los entrevistados: "Me gustó porque elegís qué hacer según tu día", "Yo iba viendo qué me quedaba para comer y según eso decidía qué hacer cuando me daban ganas de picar algo", "Si me administro bien las tarjetas no tengo que cocinar aparte".

La flexibilidad de la propuesta

Esta característica que los usuarios del MP rescatan como positiva se relaciona con la anterior pero más específicamente con dos aspectos que propone esta metodología: el "sistema de reemplazos/intercambios" y el uso de las tarjetas "comodín". La posibilidad del uso del comodín quita a los pacientes la idea de "alimento prohibido" que genera "culpa", uno de los aspectos que tanto cuesta sostener en las dietas.

Los reemplazos o intercambios resultan útiles al momento de preparar la comida para no estar tan atento a las compras de alimentos muy específicos.

En todas las entrevistas se repitieron frases como: "No siento que estoy a dieta porque no tengo alimentos prohibidos, lo cambio por comodines y listo", "Lo que más me gusta es que no tenés prohibidos, todo va a canje o por comodines", "Lo de los intercambios está buenísimo porque te permite hacer bien la dieta igual aunque no tengas algunas cosas en la heladera", "La verdad que no me privé de nada porque al entender los canjes y los comodines podía comerlos sin culpa, no como en otras dietas".

La posibilidad de "compensar excesos"

Este punto se relaciona con la flexibilidad del plan, pero más específicamente con el "sistema de compensación de excesos" explicado anteriormente.

Es interesante rescatar que los pacientes encuentran en el hecho de "aprender a compensar excesos" una herramienta para no abandonar el plan ante el primer error que cometan. Es común, por ejemplo, que ante un exceso alimentario realizado en un almuerzo, el paciente siga excediéndose sin control el resto del día bajo el pensamiento: "Mañana arranco, total hoy ya arruine la dieta". El aprendizaje de lo que significa o vale cada exceso y la posibilidad de dejarlo sin efecto permite que el indi-

viduo, ante una situación de excesos, no considere perdido el día sino que valore el hecho de detenerse y recomenzar cuanto antes, interpretando que así será posible una compensación y un posterior logro de los objetivos.

La siguiente frase de una paciente, representativa de muchas otras expresiones analizadas, ilustra este punto: "Ahora que aprendí, valoro comer seis empanadas en lugar de nueve, aunque sé que me estoy excediendo, pienso que podré restar comodines otros días para compensarlo. En cambio con las otras dietas, cuando metía la pata, la metía del todo, porque no sabía esto de compensar, no me explicaban nada y la angustia de excederme un poco hacía que al final me exceda del todo o incluso abandone el tratamiento".

La practicidad a la hora de cocinar, pedir comida o comer fuera de casa

En este sentido los usuarios del MP manifestaron su practicidad ya que les permite pedir comida al *delivery*, comprar de paso en rotiserías, comer en el *buffet* del colegio o cocinar algo rápido con lo que se tiene en casa, sin que ello signifique no cumplir con el plan alimentario.

Por otro lado, aquellas personas con una vida social activa valoran que esta metodología les permite asistir a cenas o almuerzos fuera de la casa, tener *break* de cursos y jornadas de trabajo, entre otros eventos, donde la elección del menú está fuera de su alcance, con la posibilidad de comer teniendo la certeza que ello no significará un fracaso en el tratamiento.

El registro alimentario como un instrumento de autocontrol y autoevaluación

Otra característica del MP que fue valorada repetidas veces por los pacientes es el "registro alimentario". Si bien este instrumento se diseñó como una herramienta útil para el profesional, ya que le permite tener todos los elementos necesarios para la toma de decisiones respecto de las modificaciones del plan y para el consenso con el paciente de objetivos a corto plazo, resultó ser un elemento visualizado por los pacientes como un instrumento de apoyo para controlar mejor sus conductas.

Los pacientes que en la primera entrevista entendieron correctamente la lectura que el profesional haría de sus registros (es decir la "lectura horizontal") manifestaron haber hecho un uso estratégico del mismo: al saber qué les convenía registrar en el cuadrante de "Tarjetas que no comí" según lo que

anotaban en el cuadrante "Excesos", es decir, que utilizaron el registro para llevar el control del mecanismo de "compensación de excesos".

Por otro lado, aquellos que no pudieron entender claramente lo que el profesional observaría de sus anotaciones, igualmente hicieron un uso positivo del registro, expresando por ejemplo: "Saber que tenía que anotar los excesos hizo que comiera menos cantidad, no era lo mismo poner que comí tres porciones de torta que tener que anotar una", "Dame de nuevo la hojita para anotar porque yo me obligo a no mentirme así", "Y acá este día me di cuenta que tenía todos los casilleros de actividad física vacíos, así que me puse las pilas para poder anotar que hice algo".

Por último, es importante señalar que el registro resultó ser además un instrumento de balance y autocrítica, que la mayoría de las veces los individuos hacen recién en la sala de espera del consultorio mirando su hoja de registro o cuando lo extienden sobre el escritorio frente al profesional, momento en el que suelen resumir lo realizado en frases como: "Si me fue bien con el peso es un milagro porque este registro es un desastre", "Hice todo bien", "Esta vez estuve peor que lo otra", "Cumplí las 5 horas semanales de actividad pero me comí todo".

Esto resulta muy útil ya que minimiza los sentimientos negativos ante un mal resultado y la proyección de la responsabilidad hacia el profesional, y permite que el paciente reconozca en su escrito los errores y proponga él mismo lo que podría hacer para mejorar la próxima quincena. Se abre así un camino con mayor posibilidad de éxito dado que facilita pautar objetivos de mejora en base a lo que cada individuo está dispuesto a hacer, evitando caer en indicaciones rigurosas del profesional que en la mayoría de las veces suelen estar muy alejadas de lo que el paciente está dispuesto a hacer en ese momento.

DISCUSIÓN

Consideramos que este método realmente adapta la dieta a las necesidades del paciente. Pedro Escudero plantea que una de las leyes que todo plan alimentario debe cumplir es la "ley de adecuación". Si bien ésta hace referencia al valor calórico, distribución de macronutrientes y demás características fisicoquímicas, actualmente una dieta que sea "adecuada" en este sentido pierde valor si no es "adecuada a la vida cotidiana del paciente".

La flexibilidad vale más que la rigidez en lo que respecta al éxito de un plan alimentario, aunque hay

quienes aún adhieren a la postura inversa, y se justifican con los resultados que revela el uso de una dieta rígida y estricta: una importante pérdida de peso en muy poco tiempo. Los resultados mágicos y a corto plazo son lo que la mayoría de las personas pretende. Por eso, aún siguen existiendo todo tipo de "dietas de moda" que en algunos casos resultan muy perjudiciales para la salud.

Defendiendo la postura de la no conveniencia de las "dietas del hambre" para un descenso rápido de peso, se mencionaron dos argumentos: la pérdida de masa magra que se genera con la consecuente disminución del gasto calórico en reposo que actuará como factor favorecedor de la posterior recuperación del peso y la imposibilidad de sostener este tipo de alimentación por largo tiempo.

La mayoría de los pacientes que logra descender de peso con dietas rígidas no las logra sostener por más de tres meses y vuelve a recuperar el peso perdido, superándolo en varias oportunidades. En cambio un plan alimentario flexible, que permita al individuo adaptarse a diferentes situaciones habituales de una vida social es una mejor herramienta para lograr el aprendizaje y un posterior cambio de conducta; además como se observa en el Gráfico 2 del análisis cuantitativo, los resultados en términos de descenso de peso y sostenimiento en el tiempo son más que alentadores.

Al pensar un plan alimentario para cualquier anciano, adulto, joven, adolescente o niño actual debemos ubicarnos en el contexto, tener en cuenta que hoy muchos abuelos están al cuidado de sus nietos largas horas, las mujeres trabajan fuera de casa, los niños y adolescentes asisten a colegios de doble jornada o realizan actividades extra que insuermen su tiempo libre, entre otros aspectos que surgen en la primera entrevista.

De este modo puede afirmarse que existen cinco características fundamentales a tener en cuenta al momento de abordar tratamientos nutricionales en enfermedades crónicas, ya que son los puntos fuertes que los pacientes valoran como positivos y por lo tanto serían facilitadores de la adherencia: autogestión, flexibilidad, practicidad, posibilidad de compensar excesos y elementos para la autoevaluación.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo se desarrolló una propuesta pedagógico-didáctica inédita para la enseñanza de la nutrición en el ámbito no formal de la educación. Se problematizó el trabajo del nutricionista en el con-

sultorio, y se lo visualizó como una práctica docente inmersa en el contexto de los desafíos alimentarios en nuestro país, uno de ellos: prevenir y reducir el sobrepeso y la obesidad creciente y sus comorbilidades.

En la descripción detallada del MP se observa el significado de cada componente y sus múltiples utilidades, dando cuenta de la adecuación del mismo para la enseñanza de diversos planes alimentarios. Se lo presenta como un recurso para dar respuesta a la problemática de la adherencia a los tratamientos nutricionales, puntualizando ventajas y objetivos de su implementación. En esta línea se desarrolla un trabajo de investigación con el fin de evaluar la implementación del método: desde una perspectiva cuantitativa se miden variables como sostenimiento del tratamiento y porcentaje de descenso de peso, y por otro lado se analiza cualitativamente la percepción del paciente en relación al tratamiento con esta metodología.

Los resultados son altamente satisfactorios por lo que se concluye que es posible innovar en lo que respecta a la enseñanza de los planes alimentarios, incluso que esta propuesta será de utilidad para que los nutricionistas optimicen su tarea docente en el consultorio y para que los pacientes sean protagonistas de su propio cuidado al comprender el plan alimentario prescripto y ser instrumentado para la toma de decisiones en torno a su tratamiento dietoterápico.

Se considera ésta una primera evaluación del MP y se deja a juicio de futuras investigaciones continuar y profundizar su evaluación en función de su capacidad para dar respuesta al problema planteado de imposibilidad por parte de los pacientes de cumplir los planes alimentarios actualmente prescritos.

REFERENCIAS

- Bernstein B. El dispositivo pedagógico. Pedagogía, control simbólico e identidad. 1998. Ed. Morata. Madrid.
- Branguinsky J, y col. Obesidad: saberes y conflictos. Un tratado de obesidad. 2007. Editorial El Ateneo.
- Britos M, y col. El método un saber de la experiencia. Método y juego. 2002. EDUNER. Paraná.
- Chevallard Y. La transposición didáctica: del saber sabio al saber enseñado. AIQUE. 1998. Grupo Editor.
- De Girolami D, González-Infantino C. Clínica y terapéutica en la nutrición del adulto. Buenos Aires: 2008. El Ateneo.
- González L, Giraldo N, Estrada A, Muñoz A, Mesa E, Herrera C. La adherencia al tratamiento nutricional y la composición corporal: un estudio transversal en pacientes con obesidad o sobrepeso. Revista Chilena de Nutrición 2007; 34 (001). Disponible en: http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/a7d8567f-a40c-4dd4-b0fd-d7ef01a8e921/2007_La+adherencia+al+tratamiento+nutricional.pdf?MOD=AJPERES.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre diabetes mellitus tipo 1. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes mellitus tipo 1. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-Osteba; 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA n.º 2009/10.
- Hoyos-Duque T, Arteaga-Henao M, Muñoz-Cardona M. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. Investigación y Educación en Enfermería 2011; 29(2): 194-203. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0120-53072011000200004&lng=en&tlng=>.
- Lijferoff G. Asociaciones y grupos de autoayuda para personas con diabetes. En: Ruiz M. Diabetes Mellitus 2010; 781-790. Akadia.
- Márquez I. Educación diabetológica. En: Ruiz M. Diabetes mellitus 2010; 341-356. Editorial Akadia.
- Organización Mundial para la Salud. Nota descriptiva. Enfermedades no transmisibles. 2013. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es>
- Pasca A, Pasca L. Transición nutricional, demográfica y epidemiológica: determinantes subyacentes de las enfermedades cardiovasculares. Insuficiencia cardíaca. 2011; 6(1): 27-29. Recuperado el 12 de abril de 2016. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-38622011000100005&lng=es&tlng=es.
- Rigal L, Sirvent MT. Metodología de la investigación social y educativa: diferentes caminos de producción de conocimiento. Miño y Dávila, Buenos Aires, Argentina, 2018. Manuscrito en vías de revisión.
- Ruiz M. Diabetes mellitus. Buenos Aires 2011, Editorial Akadia.
- Tamburini S. Aspectos psicológicos del tratamiento. En: Branguinsky J. Obesidad: saberes y conflictos, un tratado de obesidad. 2007: 663-670. Acindes Editorial.
- Torresani ME, Somoza MI. Lineamientos para el cuidado nutricional. Editorial Eudeba, 2009.