

UN ENFOQUE SOBRE LA ALIMENTACIÓN INTRAHOSPITALARIA DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO

POLISCHER, Gabriela; BALESTRIERI, M. Cecilia; GÓMEZ, Sofía; LÓPEZ PAIVA, A. Rosa; MONDINI, M. Candelaria; PEREIRA DUARTE, Julieta; MIGUEL, Luciana.

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Escuela de Nutrición, Buenos Aires, Argentina

I.RESUMEN

Introducción: Existen antecedentes de investigaciones que señalan la deshumanización a la falta de adecuación de las dietas en pacientes institucionalizados.

Objetivo: Determinar el funcionamiento de la distribución de los alimentos en las instituciones de salud de C.A.B.A. Se analizarán las modalidades tomando como base la propuesta de N. Garrote (1995), considerando la perspectiva del usuario. Se indagará sobre las causas de la malnutrición intrahospitalaria.

Métodos y procedimientos: Se trata de una investigación cualitativa que tuvo como muestra a 50 usuarios de distintas instituciones de salud de la ciudad de Buenos Aires, a los cuales se les realizó una entrevista en profundidad, de forma anónima, no estructurada. También se utilizó la observación participante y fuentes secundarias.

Resultados: El estudio demuestra que el principal factor que afecta al consumo de la dieta servida en los usuarios es la falta de adecuación a sus hábitos, gustos

y preferencias, debido a la escasa comunicación entre los diferentes actores que obstaculiza una adecuada y eficaz trazabilidad.

Conclusión: Teniendo en cuenta lo mencionado en el texto de Nora Garrote, el equipo de investigación determina la existencia de una nueva modalidad llamada “*Dieta deseada*”, la cual hace referencia a la adecuación de la dieta intrahospitalaria a cada usuario, teniendo en cuenta los factores antes mencionados.

Palabras claves: Nutrición intrahospitalaria; dieta ofrecida, servida e ingerida; dieta deseada; percepción del usuario.

ABSTRACT

Introduction: Research backgrounds highlight the issue of malnutrition inside institutions from a humanistic point of view. They suggest that lack of adequacy is a factor which directly affects patients' health inside hospitals.

Objective: To determine the functioning food distribution the health institutions of CABA. Practices such as N.Garrote's proposal (1995), and the user's perspective will be analyzed. The causes of intrahospital malnutrition will be investigated.

Methods and procedures: This is a qualitative research that takes as sample, in diverse institutions in Buenos Aires City, 50 users who were interviewed in an anonymous and not structured way. Participant observation and secondary sources were also used.

Results: The research shows that the main factor affecting served diet consumption is lack of adequacy to the patient's habits, tastes and preferences, due to lack of communication between the involved actors that obstructs an adequate and efficient traceability.

Conclusion: Bearing in mind what Nora Garrote mentions, the researching team determines the existing of a new modality called "*Wanted Diet*", which refers to the adequacy of the hospital diet to each user as per the factors above mentioned.

Keywords: Hospital nutrition, offered, served and ingested diet, wanted diet, user's perception.

II.INTRODUCCIÓN

La nutrición intrahospitalaria es considerada uno de los pilares fundamentales en el cuidado del usuario internado, ya que es una función vital para la supervivencia humana y condición esencial para la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud de las personas.

Existen varios factores que desencadenan una malnutrición dentro de las instituciones. Waitzberg, D y cols. (1) en su literatura, nombra que estos pueden deberse a los ayunos prolongados para distintos estudios, falta de apetito, cambios en el gusto, la patología de base y sus síntomas, como así también la falta de adecuación a las preferencias y hábitos del usuario. Todo esto puede llevar al aumento del tiempo de estadía hospitalaria y como consecuencia agravar su estado nutricional.

Además, se decide analizar la capacidad comunicacional de los profesionales de la salud hacia los usuarios, ya que, una ausencia o deficiencia de comunicación puede estar influyendo en alguno de los factores anteriormente mencionados, y, por ende, afectando el estado de salud de los internados.

Otro de los problemas a considerar sobre la comida de hospital es la consecuencia de las acciones de atención nutricional, ya que podría beneficiar a los usuarios si se considerara la comida atractiva para asegurar el consumo adecuado, según Demario (2) y Diez García (3).

Por lo expuesto, se plantea como objetivo determinar los principales factores que afectan a la alimentación intrahospitalaria desde la percepción del usuario internado, tomando diferentes modalidades alimentarias asociadas a distintas creencias, valores, gustos y prácticas de distintas instituciones de salud, tanto públicas como privadas, teniendo como base el texto de Nora Garrote, “El itinerario social del alimento” (4).

III.MARCO TEÓRICO

En la ciudad de Buenos Aires (5) residen más de tres millones de habitantes distribuidos en distintos barrios, de los cuales se puede observar que el porcentaje de población internada crece según aumenta la edad. En cuanto a las diferencias por sexo, las mujeres de 20 a 59 años superan a los varones de la misma edad, pero los varones de 60 años y más utilizan este servicio más que las mujeres.

El 81,3% de la población de la Ciudad está afiliada a algún sistema de atención de la salud: el 42,1% a obras sociales, el 21,6% a medicina prepaga o mutual vía obra social, el 11,2% a medicina prepaga por contratación voluntaria, y el 6,4% restante pertenece a alguna mutual y/o sistema de emergencias médicas. El 18,7% de los habitantes sólo tiene acceso al sistema público de salud. Un porcentaje significativo de la población (231.000 habitantes aproximadamente) ha estado internado y por ende ha recibido atención nutricional en el establecimientoⁱ. Esto se puede observar en el *gráfico 1 y 2*.

ⁱ Fuente Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Gráfico 1. Distribución según afiliación a servicios de salud.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2. Distribución de la población de acuerdo a su cobertura médica



Fuente: Elaboración propia.

Según datos recolectados de la Secretaría de Saludⁱⁱ, la Ciudad de Buenos Aires (6), cuenta con un gran número de instituciones estratégicamente distribuidas para cubrir todo el territorio. Existen más de treinta Hospitales y cuarenta Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), además de otros establecimientos que brindan servicios de salud.

Para la recolección de datos del trabajo, se entrevistaron a cincuenta pacientes internados en cuatro instituciones distribuidas en distintos barrios de la Ciudad, que se categorizan en A, B, C y D para preservar su anonimato. Todas especializadas en patologías agudas y con servicio de alimentación tercerizado.

La Institución “A” es de carácter privado. Dispone de cinco nutricionistas para todo el edificio en turno mañana y para el turno tarde cuenta con sólo una nutricionista. Recibe a pacientes de todas las edades, contando con todas las especialidades médicas.

Las Instituciones B, C y D son de carácter público, siendo la “B” especializada en la atención de la población pediátrica y adolescente. Cuenta con un sector de fórmulas infantiles y además dispone de seis nutricionistas en turno mañana y una en el turno tarde para toda la Institución.

ⁱⁱ Fuente: Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Las Instituciones “C” y “D” brindan atención a pacientes de todas las edades y ofrecen todas las especialidades médicas. La primera cuenta con ocho nutricionistas en el turno mañana y con cuatro en el turno tarde. La segunda, con doce en el turno mañana y dos en el turno tarde.

En Argentina, según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR 2013)ⁱⁱⁱ, existe una alta prevalencia de exceso de peso. En adultos de 18 años o más, el porcentaje es de 57,3%; es decir que 6 de cada 10 adultos presentan esta condición, mientras que, en edad escolar, el 30% de los niños presentan sobrepeso y el 6% obesidad. (7)

Sin embargo, varios estudios a lo largo de los años demuestran que dentro de la internación prevalece la desnutrición sobre la obesidad. Aunque muchos pacientes ingresan al hospital desnutridos. La desnutrición también puede desarrollarse durante el curso de la internación y, con frecuencia, se acentúa con la enfermedad e inclusive con algunos tratamientos médicos. Debido a que los pacientes desnutridos presentan un alto riesgo para el desarrollo de complicaciones y mortalidad, la terapia nutricional debe ser una rutina y formar parte integral del tratamiento médico.

En 1974 Charles Butterworth (8) publicó un artículo que llevaba un título más que sugerente, "El esqueleto en el armario del hospital", a partir del cual el problema de la desnutrición que se produce dentro de las instituciones

ⁱⁱⁱ Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013.

hospitalarias, también conocida como desnutrición iatrogénica, saltó a la consideración de la población médica mundial.

Butterworth puso todas estas piezas en su lugar y armó el rompecabezas de la desnutrición iatrogénica^{iv}, a la que definió lisa y llanamente como la desnutrición que es inducida por los médicos, responsables de que sus pacientes permanezcan hipoalimentados o en inanición por períodos prolongados.

El problema es el resultado de una serie de prácticas no deseables, algunas de las cuales se enumeran a continuación:

- Frecuentes situaciones de ayuno prolongado y semiayuno.
- Supresión de tomas de alimento, por frecuente realización de pruebas diagnósticas.
- Falta de registro del peso y la altura del paciente al momento de internarse.
- Falta de seguimiento de la evolución ponderal.
- Dilución de responsabilidades entre los miembros del equipo terapéutico.
- Uso prolongado de hidratación endovenosa.
- Falla por parte de los médicos en reconocer la cantidad y calidad de la ingesta de los pacientes.
- Falla en reconocer el aumento de los requerimientos nutricionales del paciente asociados a su enfermedad.
- Indicaciones nutricionales insuficientes o inadecuadas.

^{iv}La iatrogenia es un daño en la salud, causado o provocado por un acto médico.

- Comidas mal programadas, presentadas y/o distribuidas (horarios, preparación, temperatura, etc.).
- Administración de medicación o tratamiento que interfieren en el proceso de nutrición.
- Utilización de soporte nutricional (nutrición enteral o parenteral) recién cuando la desnutrición ha llegado a un estado avanzado.
- Disponibilidad escasa o no utilización de estudios para evaluar el estado nutricional del paciente.

Breve reseña de la historia de la nutrición

Para comprender la relevancia del tema a tratar se plantea una breve reseña de la nutrición y su importancia dentro del ámbito hospitalario.

La historia de la alimentación hospitalaria se remonta al Medioevo y finales del S. XVII, donde predominaba la concepción del modelo religioso, cuya vocación se dirigía a acoger a los “pobres enfermos” y ofrecer una alimentación sencilla y poco abundante, con base en aspectos económicos, religiosos y de sanidad del alimento.

Hasta mediados del S. XIX las instituciones de salud funcionaban como asilos, suministrando alimentación principalmente a usuarios de bajos recursos a cargo de religiosas o personal sin conocimiento técnico.

Según Bejarano Roncancio, J. (9) durante las primeras décadas del S. XX se inicia una etapa de descubrimientos de sustancias indispensables para la vida, cuya carencia era causa de enfermedades, surgiendo la dietética como profesión, con la necesidad de planear y realizar dietas especiales como parte del tratamiento médico.

En 1930 surge en América Latina la nutrición como actividad en salud pública de la mano del doctor Pedro Escudero, director del Instituto de Nutrición de Buenos Aires, el cual estableció las 4 leyes de la Alimentación, las que se encuentran relacionadas entre sí a la vez que se complementan:

- 1) Ley de la Cantidad: Todo plan debe cubrir las necesidades calóricas de cada individuo, para ello es necesario tener en cuenta el balance energético.
- 2) Ley de la Calidad: Todo plan debe ser completo en su composición, tanto en macronutrientes (carbohidratos, proteínas, grasas), como en micronutrientes (vitaminas y minerales).
- 3) Ley de la Armonía: Distribución proporcional de los distintos nutrientes.
- 4) Ley de la Adecuación: Se debe adecuar al momento biológico, a los gustos y hábitos de las personas, así como a su situación socioeconómica y a las patologías que presente (10).

Se entiende como una alimentación adecuada a la ingesta de comida diaria que posee todos los requerimientos nutricionales, tanto cuantitativos

(contenido energético) como cualitativos (proteínas, vitaminas y contenido mineral).

El derecho a la alimentación adecuada y digna se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea solo o en común con los otros, tiene acceso físico y económico y en todo momento a la misma, o a los medios necesarios para obtenerla.

Un Estado que ha reconocido el derecho a la alimentación^v adecuada en su derecho interno –como el Estado argentino- se encuentra obligado a respetarlo, protegerlo, realizarlo y a adoptar medidas para hacerlo efectivo.

Para ello, el Estado debe cumplir con las siguientes obligaciones:

- Respetar: No interponer barreras para que las personas o comunidades puedan obtener los alimentos. Que tengan posibilidades de producir sus alimentos o accedan de manera legal, física o económica a los mismos.
- Proteger: Adoptar medidas para velar que las empresas o los particulares no priven a las personas del acceso a una alimentación adecuada, afecten las posibilidades de generaciones futuras de acceder a ella u ofrezcan y publiciten alimentos que puedan ser perjudiciales a la salud y la nutrición adecuada.

^vEn la Reforma de la Constitución Nacional del año 1994, en el artículo 75 Inc. 22, se expresa, en lo relativo a la alimentación, la necesidad de garantizar el bienestar físico y mental de todas las personas, su participación y el acceso a la información, así como el de respetar el interés superior del niño y promover su desarrollo, debiendo el Estado ser garante de este y requiriendo incluso Cooperación Internacional.

- Realizar o facilitar: Llevar a cabo actividades para fortalecer el acceso a los alimentos por parte de la población y, cuando un grupo o una persona sea incapaz, por razones que escapen de su control, de disfrutar el derecho a una alimentación adecuada por los medios a su alcance, hacer efectivo ese derecho directamente.

Además, el Estado, debería ocuparse de la toma de medidas relacionadas a la salud; ello implica promover modos de vida saludables, lo cual incluye una alimentación sana; establecer sistemas de prevención, detección temprana, tratamiento y seguimiento de los casos de desnutrición aguda y crónica; eliminar la desnutrición y las epidemias y reducir la mortalidad infantil.

Por esto, es necesario el accionar en conjunto de éste y los profesionales de salud.

Relación del hombre con la bioética y la toma de decisiones compartidas

Entendiendo que la salud es un derecho humano y como tal el Estado lo debe garantizar, los trabajadores de la salud deben estar comprometidos con el cumplimiento del mismo. En el ámbito institucional, la bioética, interpela sobre las acciones de los profesionales de la salud y la relación con los pacientes, ya que la relación médico-paciente es la piedra angular de la práctica y ética médicas.

En el texto de Espinosa, C. (11), dichas relaciones sociales están atravesadas por los principios de esta misma ciencia, los cuales son:

No maleficencia: No dañar, tratar con igual consideración y respeto a todas las personas. Respetar la integridad física y psicológica de la vida humana.

Beneficencia: Hacer el bien al paciente, procurándoles el mayor beneficio posible, protegiendo sus intereses y limitando al máximo los riesgos, perjuicios y el mal innecesario.

Autonomía: Considerar que todas las personas son, por principio y mientras no se demuestre lo contrario, capaces de tomar decisiones respecto a la aceptación o no de todo aquello que le afecte, en concordancia con sus intereses, deseos y creencias.

Justicia: Tratar a todas las personas con respeto en el orden social y a no discriminarlas por ningún motivo, estableciendo igualdad de oportunidades. Es decir, entendida la misma como Equidad.

En referencia a la modalidad de atención al usuario, para la toma de decisiones compartidas, la Ley 26.529 define a la instancia de intercambio entre paciente-médico, como:

“... el proceso por el cual un médico (u otro profesional de la salud) brinda información personalizada a un paciente sobre la naturaleza del problema que lo aqueja, las alternativas posibles de intervención o tratamiento, el espectro de

resultados esperables y la incertidumbre circundante; y donde el paciente, por su parte, comunica sus valores y la importancia relativa (en términos de beneficios y daños) que él o ella les otorga a los aspectos discutidos, para posteriormente realizar una elección conjunta junto a su médico....” (Ciapponi A. 2012:2-4). (12)

Un creciente cuerpo de investigación muestra que tanto los usuarios como los profesionales de salud se benefician cuando los primeros estén bien informados y participan activamente en decidir cómo se va a tratar o manejar su propio estado de salud, asociándola a resultados favorables.

Por lo tanto, es de esperar que cuanto más informados estén los usuarios, más van a participar en las decisiones con su profesional de la salud.

Para alcanzar una decisión óptima como se muestra en la *figura 1*, es necesaria la integración de los siguientes elementos: a) la mejor evidencia disponible (sobre riesgo/beneficio); b) la experiencia clínica; y c) las preferencias del paciente.

Figura 1. Elementos para una eficiente toma de decisiones compartidas.



Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo, es evidente la existencia del peligro que corren los usuarios de ser marginados y que se les prive de ejercer estos derechos. Esta situación de rechazo puede llevar a que se les considere personas no competentes, cuando quizás lo que han perdido es la auto valencia, pero sigue prevaleciendo su competencia y su capacidad mental para decidir los aspectos relacionados con su persona. (13)

A los usuarios con plena capacidad de prestar su consentimiento se les debe aplicar las reglas generales relativas al mismo. Estas reglas se centran en asegurar que la voluntad sea consciente y libre, siempre y cuando haya ausencia de impedimentos. Para que el consentimiento sea realmente adecuado debe cumplir con información adecuada, transmitir la información como un proceso continuo y notificar los riesgos previsibles.

Proporcionar información adecuada consiste en brindarla de modo que todos tengan accesibilidad a ella. Para esto se deben considerar todas las limitantes del usuario, entre ellas las visuales y auditivas.

Con el acceso a la información, el usuario puede pensar y/o elegir su preferencia (pensamiento autónomo) y expresarla libremente (autonomía del deseo), para finalmente implementar su voluntad (autonomía en la acción).

Este acceso, será posible, gracias a la existencia de una adecuada comunicación entre los profesionales de salud y el usuario.

Comunicación profesional de la salud-usuario

La comunicación es considerada una de las competencias básicas en la formación médica, es por ello que Menéndez E.L (14), describe en el Modelo Médico Hegemónico^{vi} la existencia de una distribución diferencial de la información entre profesional-usuario, por lo que los profesionales raramente permiten a sus usuarios expresar sus ideas, lo que conlleva a una manipulación de la información por medio del profesional de todo su saber.

^{vi}Se entiende por Modelo Médico Hegemónico, al conjunto de prácticas, saberes y teoría generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.

El profesional generalmente provee escasa información y sobreestima el tiempo que dedica a la explicación y planificación de las estrategias a implementar, resultando una relación que implica el rol pasivo del usuario.

Debido a esta falta de comunicación se termina recurriendo a otras fuentes; vecinos, amigos, familiares, ex usuarios y acompañantes de cama, desvirtuando la información.

El éxito de cualquier tratamiento depende de la calidad de la comunicación entre ambos. Un buen profesional debe hacer efectivas las habilidades comunicacionales.

Una de ellas a destacar es la *empatía*, que según lo expresado por Roche Olivar (15), se la puede definir como:

“...la capacidad de sintonizar emocionalmente con los demás suponiendo una base importante sobre la cual se asientan las relaciones interpersonales positivas...”. Desde este punto de vista se podría afirmar que la empatía sería una disposición emotiva que favorece la calidad de las relaciones sociales.

La precisión diagnóstica se fortalece con la empatía, lo que ofrece la eficacia en términos de adherencia al tratamiento. Se promueve la colaboración entre el profesional de la salud y el usuario, donde el foco de la problemática está en el intercambio de la información entre ambos.

Acorde a lo expresado por Moore, P. (16), la adherencia está asociada a la comunicación y no es simple, ya que la misma se dará en aquellos casos donde la comunicación toma en consideración las actitudes, creencias y preferencias de los usuarios permitiendo un proceso de negociación con un mayor acuerdo y comprensión.

La comunicación efectiva se funda en cinco principios:

- Asegura una interacción en vez de una transición directa: hay intercambio y retroalimentación, oportunidades para intercambiar preguntas y respuestas, aclarar conceptos, etc.
- Reduce la incertidumbre innecesaria: la incertidumbre distrae la atención e interfiere en la precisión, eficacia y la relación.
- Requiere planificación: para los resultados que se quieren conseguir. Se hace efectivo mediante planificación.
- Demuestra dinamismo: el profesional debe reaccionar frente a la conducta del usuario.

El significado de comer

Las prácticas alimentarias no responden únicamente a la necesidad biológica de llenar el cuerpo de combustible, sino a las representaciones simbólicas que articulan las relaciones sociales. La relación del ser humano con los alimentos está asociada a lo biológico, a lo cognitivo y social.

De carácter biológico (necesidades nutricionales que inciden -no determinan- sobre aquello que comemos y cuando lo hacemos), lo cognitivo (mecanismos para procesar la información y para representarla) y también social (es la vida en sociedad la que genera las reglas, arbitrarias, pero necesariamente obligatorias). Fischler (17)

Por su parte, Harris (18) se plantea ¿Por qué son tan distintos los hábitos alimentarios de los seres humanos? y trata de explicarlo en su libro “Bueno para comer” donde establece que las personas hacen lo que hacen por razones prácticas.

Comemos lo que comemos no porque sea conveniente, ni porque sea bueno para nosotros, ni porque sea práctico, ni tampoco porque sepa bien. Los alimentos transmiten mensajes o poseen significados simbólicos. Al examinar los distintos simbolismos y representaciones culturales que intervienen en los hábitos alimentarios humanos, la comida tiene poco que ver con la nutrición, por lo que se acepta la existencia de una coherencia intrínseca.

La comida, por así decirlo, debe alimentar la mente colectiva antes de poder pasar a un estómago vacío.

Aún para un omnívoro tiene sentido no comer todas las cosas que se pueden digerir. Los alimentos preferidos reúnen, en general, más energía, proteínas, vitaminas o minerales por unidad que los que no se eligen. Sin embargo, hay otros costos y beneficios que pueden cobrar más importancia que el valor nutritivo de los alimentos, haciéndolos buenos o malos para comer. Por más que algunos alimentos son sumamente nutritivos, la gente los descarta porque no son considerados dentro de sus preferencias individuales. Según este autor las preferencias y rechazos alimentarios surgen a partir de relaciones favorables de costos y beneficios prácticos, pero no afirma que la relación favorable sea compartida de forma equitativa por todos los miembros de la sociedad.

Siguiendo la línea que plantea Harris, podemos establecer una relación con lo dicho por Gracia Arnaiz en "Alimentación y Cultura" (19). Aquí se plantea que la alimentación ofrece un campo de estudio de enorme interés, pues permite analizar meticulosamente las relaciones entre lo natural y lo social, entre el cuerpo y el pensamiento. El hecho de comer está ligado tanto a la naturaleza biológica de la especie humana como a los procesos adaptativos empleados por las personas en función de sus particulares condiciones de existencia, variables, por otra parte, en el espacio y en el tiempo.

Las prácticas alimentarias son una parte integrada de la totalidad cultural. Así pues, el hecho de consumir alimentos, trátase de la comida o de la bebida, trasciende la pura necesidad de alimentarse, en el sentido de nutrirse, pues está tan cargado de significados y de emociones y se encuentra tan ligado a circunstancias y acontecimientos sociales y personales que nada tienen que ver con la estricta necesidad de comer. En definitiva, alimentarse es una práctica que se desarrolla más allá de su propio fin y que sustituye, resume o señala otras prácticas sociales.

Como seres humanos creamos categorías como, comestibles y no comestibles, saludables y no saludables, convenientes y no convenientes, ordinarios y festivos, buenos y malos o femeninos y masculinos y, mediante estas clasificaciones, construimos las combinaciones y las normas que rigen la relación de las personas con dichas categorías. Esto se traduce en un proceso constante de pensar la alimentación, de racionalizarla.

Para Douglas (1973), así como para Sahlins (1976), es válida la idea según la cual las personas primero "piensan" los alimentos y, si son clasificados por su mente y por su código cultural, los ingieren.

Este establecimiento de normas y de reglas se traduce en el *moralismo alimentario*, es decir, en la tendencia muy frecuente, por no decir general, de hacer juicios morales con relación a la alimentación.

Tenemos juicios morales sobre alimentación como individuos, además las instituciones también tienen juicios morales. Arnaiz, sostiene que la interpretación biomédica prioriza los aspectos fisiológicos por sobre los sociales, por esto responde a una lógica que se ha construido al compás de la medicalización de la alimentación, haciendo énfasis en que *“tus alimentos sean tu medicina”*.

El profesional debe reaccionar frente a la conducta del usuario y transmitir un mensaje relacionado con la alimentación. Cuando el profesional en Nutrición comunica un mensaje, es responsable de las *acciones* que las personas realicen en cuanto a su forma de alimentarse.

En el ámbito hospitalario interactúan tanto las pautas alimentarias establecidas en la institución como las costumbres alimentarias de los pacientes, y es de suma importancia lograr un equilibrio entre ambos.

Se vuelve pertinente considerar las modalidades alimentarias que plantea Garrote (4) y que tienen lugar dentro de las instituciones hospitalarias estas son: *Dieta ofrecida, Dieta servida y Dieta ingerida*.

<i>Modalidades Alimentarias</i>	<i>Definición</i>
<i>Dieta Ofrecida</i>	Es organizada por el departamento de alimentación y enviada a las salas para su distribución. Se la reconoce constituida según criterios científicos e idealizada a partir de las necesidades terapéuticas.
<i>Dieta Servida</i>	Surge a partir de la dieta anterior, referida a criterios administrativos y dispuesta durante la circulación o reparto debido a manipulaciones por parte de camareros, mucamas, enfermeras y religiosas.
<i>Dieta Ingerida o comida</i>	La cual es modificada por los usuarios en el momento de la ingestión (pacientes y/o acompañantes).

Fuente: Elaboración propia.

IV.MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

El presente trabajo de investigación, como mencionamos anteriormente, se llevó a cabo en diferentes instituciones de salud, tanto públicas como privadas de la Ciudad de Buenos Aires, desde mediados del mes de agosto hasta mediados del mes de noviembre del año 2018. Estas están representadas con las letras A, B, C y D.

La primera institución es de carácter privado y las tres restantes de carácter público, siendo en todos los casos especializados en patologías agudas.

Es un estudio de caso con abordaje cualitativo, observacional y analítico, que utiliza diferentes técnicas de recolección de datos como: la observación participante, entrevista de profundidad y notas de campo.

Los sujetos se seleccionaron por método ocasional, mediante entrevistas en profundidad semiestructuradas. En cuanto al número de las entrevistas realizadas, se consideró exhaustividad y saturación de los datos, para asegurar una caracterización integral del tema a analizar.

Se tuvieron en cuenta como criterios de inclusión, usuarios internados con un rango de edad de entre cinco y ochenta años (considerando que una de las instituciones se especializa en población pediátrica y adolescente y las tres

restantes en adultos). En cuanto al tiempo de la estadía intrahospitalaria, se consideró igual o mayor a cinco días.

Fueron entrevistados usuarios que pueden alimentarse por vía oral exclusiva mediante dieta general o dietas especiales, que tengan la facultad de responder por sus propios medios. En el caso de los menores de once años, se entrevistó al adulto responsable del niño.

Se realizó el estudio con previo consentimiento verbal de los participantes, siendo el mismo de carácter anónimo.

V.RESULTADOS

Dentro de las instituciones estudiadas existe una jerarquía en cuanto al trayecto que lleva la alimentación del usuario. El médico de acuerdo a la patología prescribe el régimen alimentario en un sentido generalizado, se basa en las características fisiopatológicas del individuo, es decir a su patología de base y la adecúa de acuerdo a la capacidad de deglución y de autonomía. El profesional de la nutrición es el encargado de “personalizar” la alimentación a través de la anamnesis realizada, aquí es donde debería hacerse un análisis a fondo de sus preferencias, hábitos, gustos. Luego se informa al servicio de alimentación para el armado de los platos, el cual es llevado a cabo por el plantel de cocina, llegando a cada cama a través de los camareros encargados de la distribución de las bandejas.

Perspectiva del usuario

Según las entrevistas realizadas con relación a la atención brindada por los nutricionistas, la gran mayoría de los usuarios demuestra conformidad respecto a la misma. Éstos resaltan la predisposición por parte de los mismos (profesionales) para adaptar el menú con respecto a su sintomatología, gustos y preferencias. Sin embargo, algunos de ellos reclaman su ausencia en la sala. Dicha situación podría deberse a dos causas; por un lado, a la falta de

nutricionistas en relación con la cantidad de usuarios; y por el otro a la inadecuada organización en las tareas a realizar.

Hemos observado en la Institución “A” la existencia de un sistema de organización en el cual los profesionales de nutrición solo visitan a aquellos usuarios que cuentan con interconsultas o que tienen alimentación enteral o parenteral, excluyendo al resto. Esto se debe a que esta institución cuenta con 600 personas internadas y sólo 5 nutricionistas, es decir que cada 120 pacientes internados hay 1 nutricionista.

En muchas ocasiones los nutricionistas, optan por comunicarse directamente con los familiares; tal situación se da en usuarios de edad avanzada, con dificultad auditiva o en el habla. También puede deberse a que los familiares opten directamente por ser ellos los mediadores entre profesionales y el internado, aun cuando el usuario cuenta con las condiciones necesarias para interpretar la información.

Como consecuencia de esto, los mismos, al momento de entrevistarlos, manifiestan no haber tenido contacto con nutricionistas. Sin embargo, no reflejan quejas sobre su alimentación debido a que en realidad son sus familiares los encargados de mediar por ellos.

Dentro de los factores nombrados en el comienzo de este trabajo, se establece que una de las acciones que influyen en el desarrollo de malnutrición en internación es la falta de valoración nutricional en el momento de internación, esto se pudo corroborar en las instituciones A y B, ya que en ninguna de ellas se realiza mediciones en cada paciente para determinar el estado de nutrición con el que ingresan.

Durante el período de recolección de datos, en la institución A, se llevó a cabo un tamizaje para determinar el porcentaje de internados que se encontraban en riesgo nutricional. Los resultados arrojaron que el 60% de los usuarios se encontraban con desnutrición. Esto puede deberse a otro de los factores nombrados en el inicio, la falta de seguimiento de la evolución ponderal.

Dietas ofrecidas

El Servicio de Alimentación de las instituciones analizadas es de carácter tercerizado y centralizado. En las mismas, existen diferentes *dietas* agrupadas de la siguiente manera: dieta general (establecida para aquellos usuarios que no necesitan modificaciones dietéticas específicas), dietas con adecuación en la consistencia (líquida, blanda, procesada) y dietas especiales (para diabéticos, renales, hiposódica, adecuada gástrica, adecuada intestinal y hepatoprotectora).

Cada institución cuenta con un mosaico^{vii} de menús que cubren de diez a catorce días para evitar que se repitan durante la misma semana, a excepción de la institución “C”, en donde cuentan con un mosaico de menú que abarca solo 7 días. Los profesionales de nutrición son los encargados de modificarlos de acuerdo con la anamnesis realizada a cada usuario, teniendo en cuenta síntomas, hábitos y preferencias.

En la institución “A” que es de carácter privada, los comensales tienen un menú a la carta, el cual les permite elegir su alimentación, y, por ende, reduce la insatisfacción en cuanto a la *dieta ofrecida*. Cabe aclarar, que aquellos usuarios, cuya patología está relacionada directamente a la alimentación, tienen limitada esta opción, y es el nutricionista quién decide cuál será su comida.

^{vii} Mosaico: Está compuesto por una lista de menús de comidas que rotan hasta completar el ciclo.

La Institución “C” cuenta con un piso de Traumatología y Rehabilitación en donde la mayor parte de los usuarios internados permanecen en el hospital por un período de tiempo prolongado y sin requerir una dieta específica. Por lo tanto, las prescripciones médicas suelen permanecer sin modificaciones durante toda o gran parte de su estadía hospitalaria. Sumado a esto, el Servicio de Nutrición no se presenta de manera diaria. Esto hace que la alimentación de ellos se vuelva monótona, con poca variedad, sin tener en cuenta los gustos, hábitos o preferencias de cada usuario.

A pesar de que las prescripciones médicas deberían ser actualizadas diariamente, las experiencias obtenidas demuestran que esto no se cumple, ya que en repetidas situaciones se evidencia que las mismas no coinciden con la evolución o situación del paciente.

Un ejemplo de ello es lo percibido en la Institución “C” donde se observa la cantidad de días en que un usuario puede pasar sin comer por quedar en ayunas al tener que realizarse estudios. Esto ocurre de manera frecuente durante los fines de semana, en donde generalmente sólo está presente la guardia médica y no hay revisión de las prescripciones por parte de ningún profesional de la salud.

Cabe destacar, la importancia que tiene la comunicación entre profesionales también, y no solo entre profesional-usuario, ya que, en muchas

oportunidades son los nutricionistas o incluso enfermeros, los encargados de informar a los médicos que las dietas no han sido evolucionadas como deben.

Tal es el caso que se da en la Institución “D”, donde se indica alimentación enteral a una paciente internada en sala de neurología, siendo sus requerimientos nutricionales notablemente superiores a los prescritos por el médico. Al detectar este error, se solicita al profesional la modificación del mismo. Sin embargo, al día siguiente se evidencia la omisión de dicha solicitud.

Dieta servida

En cuanto a la *dieta servida*, en las distintas instituciones existen diferentes maneras de administrarse. En la institución “A” las bandejas se preparan en la cocina ubicada en el último piso y en la institución “C” en el subsuelo, y las mismas se distribuyen a los pisos por ascensor con la ayuda de camareros. Además, cada piso cuenta con un horno microondas que permite calentar la comida en caso de que fuera necesario. Sin embargo, según las entrevistas realizadas, la temperatura de los platos es una de las quejas más frecuentes por parte de los usuarios.

Según las Normas de Organización y Funcionamiento de las Áreas de Alimentación y Dietoterapia de los Establecimientos Asistenciales, la Resolución 168/1997 de Dirección de Calidad de los Servicios de Salud, *el rol del camarero es el de efectuar el correcto servicio de la comida al paciente internado y al personal autorizado.*

En las cuatro instituciones estudiadas, el camarero no está autorizado a dejar la bandeja con la comida si el usuario no se encuentra en la cama. Esta debe ser devuelta al servicio de Alimentación. Algunos ejemplos observados son, en casos de estudios por imágenes, interconsultas con otros profesionales, o incluso cuando salen de la habitación para caminar por la instalación.

Según la manipulación que refiere Nora Garrote respecto a la *dieta servida*, se obtiene un claro ejemplo en la Institución “B”, donde un niño con

osteosarcoma (cáncer óseo) recibe de forma diaria un suplemento nutricional que contribuye a aportar los nutrientes necesarios para combatir las deficiencias. Dicho suplemento no llega a la sala siendo el camarero el encargado de la distribución. Al recibir el reclamo por parte de un familiar se corrobora en la planilla de alimentación que el pedido del mismo está indicado correctamente.

Otro caso contemplado en el área de Cirugía plástica y quemados de la misma Institución es un niño de 1 año y 7 meses de edad acompañado por la madre, el cual comenzaba a manifestar tolerancia a la comida mediante una dieta procesada, a raíz de un postoperatorio por una fisura de labio leporino. Al día siguiente, se constata que el niño no había cenado al no recibir el menú adaptado a su situación, como consecuencia de un incorrecto proceder por parte de la Nutricionista.

Los resultados obtenidos en cuanto a la población pediátrica y adolescente (de cinco a veintiún años) demuestran que el factor principal que predispone a la falta de ingesta es la inadecuada presentación de dicha dieta.

En varias ocasiones la presentación se ve afectada por el hecho de que aquellos usuarios que cuentan con dieta para *inmunosuprimidos*, por ejemplo, reciben los alimentos cubiertos en papel film, lo cual visualmente, provoca un efecto negativo.

En cuanto a la población adulta (de veintiún a sesenta y cuatro años) el factor principal es el *horario* de la distribución de la comida, especialmente en la cena, la cual suele adelantarse respecto al horario habitual de los usuarios. Nuevamente aquí, se hace hincapié a la importancia de la adecuación, ya que en las instituciones suelen realizarse las comidas mucho más temprano de lo que los usuarios están habituados.

Otro factor a destacar es la *temperatura* a la que reciben la comida, ya que la misma, debido a la falta de carros térmicos y a las distancias que existen entre el servicio de alimentación y las distintas salas, suele llegar al paciente a bajas temperaturas.

En la población de adultos mayores (mayores de sesenta y cinco años), ya sea por trastornos en la deglución, carencia de piezas dentales o por la patología de base, el factor principal es la falta de adecuación en la consistencia, requiriéndose líquida, procesada o blanda para dichas situaciones.

En cuanto a la comida más criticada en todas las Instituciones es la que contiene pescado, y aquellas carentes de sabor y gusto. Esto se debe principalmente a dos cuestiones que se repiten nuevamente; falta de adecuación a los hábitos y preferencias de las personas. Con respecto a la cantidad y calidad es considerada la correcta. Empero, la variedad es considerada monótona.

En cuanto a la atención del personal (camareros, enfermeras, nutricionistas, médicos), la gran mayoría demostró conformidad con la misma.

Dieta ingerida

Con respecto a la dieta ingerida, se observa que, en las cuatro instituciones examinadas, es modificada según el menú ofrecido.

Según Garrote, en la alimentación hospitalaria se dejan al margen los gustos personales, el deseo real y ganas de los usuarios. Que no se pueda pedir más está sostenido por la idea de que se les trae todo lo que se tiene que comer. Sin embargo, los usuarios reaccionan de dos maneras diferentes. Por un lado, están aquellos que aceptan comer lo que se les da; estos son los que están solos, sin acompañantes, carecen de vínculos amistosos dentro de la sala. Por otro lado, están los que arman sus propias dietas, implementando dos modalidades: introducen alimentos extras (consiste en recibir la comida fuera de la Institución) o combinan alimentos del servicio (intercambio de los alimentos dados por la institución entre compañeros de salas y/o acompañantes autorizados).

Las instituciones analizadas cuentan con un reglamento que prohíbe el ingreso con alimentos, además de carteles en cada piso que lo recuerdan. (*Anexo 3 y 4*).

Como ejemplo de la primera modalidad, se observa un caso en la Institución "D" en donde por cuestiones religiosas, un usuario no acepta la comida que le brinda el servicio. Por lo que recibe a través de su acompañante, un menú elaborado de forma casera.

Otro caso observado es en la Institución “B”, donde un niño de 5 años con diagnóstico reciente de leucemia (tipo de cáncer que afecta a las células blancas de la sangre), se encuentra internado en la unidad de infectología para su control y tratamiento. Al realizar la recorrida por la sala, se percibe la poca aptitud que este niño presenta a la hora de comer. Cabe destacar que la propia patología y el mismo tratamiento podría contribuir de manera negativa a ello. Pero, mediante un registro alimentario se detecta el consumo de varios alimentos comprados por fuera de la institución, como carne asada, papas fritas, sándwiches de fiambre y queso, jugos industriales, etc. Por lo que se le consulta a la madre a qué se debe ello, la que refiere que a su hijo no le gusta la comida del hospital, por más que se la adapte a sus gustos con los recursos alimenticios disponibles.

También se evidencia en la Institución “A”, al momento de rotar por el piso de pediatría, que una madre ingresa a la habitación de su hijo hipertenso internado con unas galletitas con alto contenido en sodio. Al momento de indagar, la madre refiere que eran para su propio consumo y no para el niño, aunque se observa al niño consumiéndolas.

Con respecto a la segunda modalidad, se constata lo ocurrido en la institución “D” en la cual los usuarios intercambian un salero de marca comercial refiriendo que el menú es carente de sabor.

Dieta deseada

Mediante las diversas experiencias durante las prácticas asistenciales de 5to año de la carrera de Licenciatura en Nutrición, las alumnas autoras del presente trabajo, determinan la existencia de una cuarta modalidad que podría incorporarse a las anteriormente mencionadas, la cual se adaptaría a los *gustos, hábitos y preferencias del usuario*.

Un claro relato es el de un padre acompañante de un usuario internado en clínica general de la Institución “B”. El mismo refiere al nutricionista de sala que su hijo recibe el mismo menú desde hace varios días con un alimento que no es de su preferencia, habiendo dado aviso previamente. A lo que indignado refiere *“a estos platos les falta más dedicación, y sobre todo mucho amor”, “... ¿sabes por qué te digo? Porque yo soy cocinero, y sé que se puede hacer la comida con los mismos ingredientes que se usan acá pero más ricos y con buenos condimentos”*.

La alimentación, para muchos usuarios internados, forma la parte más positiva de su jornada, ya que les permite mantener algo de la cotidianeidad de sus vidas fuera de la institución, o incluso les provee una alimentación mejorada a la que tienen en sus hogares. Comer, como ya se mencionó anteriormente, no sólo es algo fisiológico, sino que también engloba actos sociales y culturales. Esto hace que algunos usuarios lo tomen de manera positiva y otros negativamente, lo cual se da cuando existe una falta de familiaridad con el plato, ya que los aleja más aún de su vida cotidiana.

Un ejemplo positivo es la de un niño de 4 años internado en Neurocirugía de la Institución “B”, oriundo de la provincia de Misiones, quienes acuden derivados del hospital Posadas para cirugía y tratamiento de un tumor cerebral. Se establece una conversación con la madre, la cual refiere estar sumamente agradecida al hospital por todo lo que le brindan: “...*allá en Misiones uno come lo que hay, mira si voy a reclamar algo, para mí todo está muy bien lo que le traen tanto a mi hijo como a mí... “ él se come todo, le gusta todo, salvo que esté molesto un día, pero es porque le duele la cabeza nomas...”*”

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos, se puede corroborar que gran parte de los factores nombrados por Waitzberg, D y Butterworth son verdaderamente influyentes en el estado nutricional de los usuarios.

La falta de actualización constante del plan alimentario por parte del médico, el inadecuado aporte nutricional, y las características físicas y organolépticas del plato resultan factores relevantes que inciden en el estado nutricional del usuario.

También hay que resaltar que estos actos junto a los ayunos prolongados por diferentes estudios estarían incumpliendo el “Principio de Beneficencia” establecida en el Informe de Belmont, ya que en muchas ocasiones estas acciones aumentan el riesgo de deficiencias nutricionales e inclusive el riesgo de desnutrición.

Luego de un análisis exhaustivo de los datos recolectados, se puede concluir que los principales factores que afectan la alimentación intrahospitalaria, y, por ende, el estado nutricional de los usuarios, visto desde la *mirada del usuario*, son la falta de adecuación a los gustos, hábitos y preferencias. Y por otro lado la falla en la comunicación entre los diferentes participantes en la cadena de alimentación de las instituciones.

El horario en el que se entregan los alimentos en los establecimientos o los que no se encuentran dentro de la dieta habitual y/o que aumentan la sintomatología, son ejemplos del primer factor. Esto conlleva a determinar, también que, en la alimentación intrahospitalaria, en muchas oportunidades, no se cumple con dos de las Leyes de la alimentación: la de “Adecuación”, que tiene en cuenta gustos, hábitos y preferencias de las personas, y la de “Armonía”, por la falta de distribución proporcional de los distintos nutrientes.

En cuanto a la cobertura médica, los datos recolectados demuestran que no es el único factor que influye a la hora de calificar la calidad brindada, aunque aumenta la satisfacción en relación con los usuarios que no cuentan con esta.

Con respecto a la comunicación existe aún una brecha tanto entre profesional-usuario como entre profesional-profesional. Esta falla provoca en cierta medida, el riesgo de malnutrición intrahospitalaria.

Debe existir en todo momento una comunicación eficaz entre los diferentes actores, para lograr así, la adecuación en el plan alimentario y como consecuencia, un mejor estado de nutrición.

Consideramos importante señalar el rol del nutricionista, en cuanto a que debe brindar una correcta alimentación y nutrición de la población asistida. Asimismo, debe cumplir con otras funciones tales como: intervenir en la recorrida de las unidades de internación con el equipo de salud; interpretar y realizar las prescripciones dietoterápicas en el sector de internación de acuerdo con las

siguientes etapas: evaluar el estado nutricional de los usuarios, elaborar el plan de alimentación prescrito, incluir la hoja de alimentación en la historia clínica; y confeccionar el plan de alimentación de alta.

Aunque es el nutricionista el encargado de la correcta alimentación en los usuarios internados, éste debe tener la capacidad de poder trabajar en conjunto con los demás profesionales y con el usuario para así brindarle la mayor calidad en salud.

En la labor de las prácticas realizadas durante el último año de la carrera de Licenciatura en Nutrición, en base a las observaciones y entrevistas efectuadas, hallamos una nueva categoría que permite determinar la existencia de otra modalidad, además de las nombradas por N. Garrote, que hemos llamado la "*Dieta deseada*".

Durante la estadía hospitalaria, los usuarios transitan por diferentes cambios alimentarios, de hábitos y de horarios. Por eso, la alimentación debe ser considerada un factor fundamental, debido a que la desnutrición continúa siendo una problemática a tratar según diversas literaturas, como consecuencia de las malas acciones de atención nutricional y de profesionales de salud en general. Esto suele suceder, debido al rol pasivo que desarrolla el usuario ("paciente"), en el momento de tomas de decisiones con respecto a su tratamiento, por lo que se plantea, en este trabajo, considerarlo como el actor principal en esta tarea para lograr un resultado más efectivo.

Debe existir una adecuada comunicación entre los diversos actores pertenecientes al servicio de alimentación (cocineros, camareros), los profesionales de salud (médicos, enfermeros y nutricionistas) y el consumidor. Ésta debe cumplirse de forma completa, debiendo ser bidireccional y llegar a un acuerdo entre todos. La falta de esta hará que se vea modificada la “*dieta servida*” con respecto a la “*dieta deseada*”, ocasionando la disminución de la ingesta por parte del usuario y por ende al aumento de la estadía hospitalaria.

En conclusión, consideramos que es de vital importancia “*humanizar la comida*”, asociándola a la “*dieta deseada*” para que sea un momento agradable del día y represente un elemento confortable en la vida hospitalaria del usuario, pudiendo convertirse en uno de los pocos placeres durante su estadía siendo además fundamental para la evolución óptima del tratamiento.

VII.AGRADECIMIENTOS

- A la Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, por brindarnos el espacio físico y la posibilidad de formación y crecimiento, tanto académico como profesional.
- A la escuela de Nutrición, docentes, ayudantes y a todo el personal que nos acompañó e hizo posible este proceso de formación.
- A nuestras tutoras, Miguel Luciana y Polischer Gabriela por guiarnos continuamente en esta última etapa.
- A todas las personas que nos acompañaron en estos últimos años: familia, amigos y compañeros de trabajo, que nos ayudaron a recorrer este tramo del camino de nuestra vocación.

VIII.ANEXOS

Anexo 1.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE EL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN DEL HOSPITAL

➤ *Deseamos conocer su opinión sobre el servicio de alimentación.*

Datos generales:

Edad:

Sexo:

Lugar de residencia:

Estudios:

Tipo de institución:

Lineamientos de Preguntas.

1. ¿Cuál es su opinión con respecto a la presentación de la comida?
2. La cantidad servida es:
3. La calidad de la comida le parece:
4. La variedad ofrecida es:
5. La temperatura es:
6. La atención del camarero y enfermeros es:
7. El horario de las comidas es:
8. ¿Lo visitó o visita el/la Nutricionista?

9. El trato que le brinda el/la Nutricionista es:
10. ¿Comprendió lo que el/la nutricionista le dijo con respecto a su alimentación?
11. ¿Por qué considera que le sirven un tipo de comida y no otra?
12. ¿La comida que le llega, fue lo pautado con el/la Nutricionista?
13. ¿Siente que tienen en cuenta sus gustos a la hora de pautar con el/la Nutricionista?
14. ¿El camarero le deja igual la comida si usted en ese momento no se encuentra en la habitación?
15. ¿Alguna vez se ha quedado sin su comida diaria?
16. ¿Suele estar acompañado de algún familiar?
17. ¿En el caso que le dificulta comer solo/a, alguien lo ayuda?
18. ¿Come algún alimento que le traen de afuera de la institución?
19. ¿Eliminaría algún plato? ¿Por qué?
20. Observaciones y sugerencias:

Anexo 2.

Observación sistemática no participativa.

Objetivos:

1. Observar si las personas llevan alimentos/ bebidas de afuera de la institución.
2. Observar y registrar de qué tipo de alimento y/o bebida se trata.
3. Observar si lo que responden en los cuestionarios coincide con la realidad.

Hs	Hechos observados	Impresiones/Sensaciones del observador	Hipótesis Iniciales

Anexo 3.



Anexo 4.



IX.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Waitzberg d. I., Ravacci g. r., Raslan m. Desnutrición hospitalaria. nutr. hosp. [internet]. 2011 abr [citado 2019 ene 26]; 26 (2): 254-264. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0212-16112011000200003&lng=es.
- (2) Demário, Renata Léia, Anete Araújo De Sousa, y Raquel Kuerten de Salles. «Comida de hospital: percepções de pacientes em um hospital público com proposta de atendimento humanizado». ciência&saúdecoletiva 15, n.osuppl 1 (junio de 2010): 1275-82. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000700036>.
- (3) Garcia Rosa Wanda Diez. a dieta hospitalarna perspectiva dos sujeitosenvolidosemsuaprodução e emseuplanejamento. rev.nutr. [internet]. 2006 apr [cited 2019 jan 26]; 19(2): 129-144. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1415-52732006000200001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-52732006000200001>
- (4) Garrote, N (1995). El itinerario social del alimento. Estudio antropológico en un hospital” En: cultura, salud y enfermedad. temas de antropología médica. Instituto nacional de antropología y pensamiento latinoamericano. buenos aires. Alvarez, Marcelo, Victoria Barreda, y salud y medio ambiente. Segundo foro interdisciplinario sobre cultura, eds. cultura, salud y enfermedad: temas en

- antropología médica. Buenos aires: Instituto nacional de antropología y pensamiento latinoamericano, 1995.
- (5) La cobertura de salud y la internación en la Ciudad de Buenos Aires. EAH 2015. Disponible en: https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wpcontent/uploads/2016/09/ir_2016_1046.pdf
- (6) Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/establecimientos>.
- (7) Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf.
- (8) Butterworth, C.E Santana, Porbén, S. El esqueleto en la taquilla del hospital. NutritionToday 1974; 9:4-8. Nutr. Hosp. [Internet]. 2005 Ago 20 (4): 297-307. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112005000600010&lng=es
- (9) Bejarano Roncancio, Astrid Johanna, Cortés Merchán, nutriciones y dietas s.a.s., Olga Lucía Pinzón Espitia, y Universidad Nacional de Colombia. «Alimentación hospitalaria como un criterio para la acreditación en salud». Perspectivas en nutrición humana 18, no 1 (mayo de 2017): 77-93. Disponible en: <https://doi.org/10.17533/udea.penh.v18n1a07>.
- (10) López, Laura Beatriz, y Marta María Suárez. Fundamentos de nutrición normal. Buenos Aires: El Ateneo, 2013.
- (11) Espinosa cv, Menoret V, Puchulu Mb, Seliosmj. Bioética en la relación equipo de salud-paciente. Diaeta [internet]. 2009 sep [citado 2018 dic 08]:27(128):31-36.

Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1852-73372009000300005&lng=es.

- (12) Ciapponi, A. Toma de decisiones compartidas. Evid Act Pract. Ambul. Ene-Mar 2012;15(1):2-4
- (13) Barrantes-Monge, Melba, Eduardo Rodríguez, y Alexis Lama. «RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: DERECHOS DEL ADULTO MAYOR». Acta Bioethica 15, n.º 2 (noviembre de 2009). <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2009000200013>.
- (14) Menéndez E. I. Modelo médico hegemónico y atención primaria. segundas jornadas de atención primaria de la salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. buenos aires. 1988 pág. 451- 464.
- (15) Roche olivar, Robert, universitat autònoma de Barcelona, y evolutiva i del' educació departament de psicologia bàsica. inteligencia prosocial: educación de las emociones y valores: crecimiento personal, educación emocional y armonía entre maestros, padres y niños, en la escuela y en casa: guía práctica para la enseñanza y aprendizaje vital en alumnos de 6 a 11 años. Bellaterra: universitat autònoma de Barcelona, 2004.
- (16) Moore Philippa, Gómez Gricelda, Kurtz Suzanne, Vargas Alex. La comunicación médico paciente: ¿cuáles son las habilidades efectivas?. rev.méd. chile [internet]. 2010 ago [citado 2019 ene 17]; 138 (8): 1047-1054. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-98872010000800016&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872010000800016>.
- (17) Fischler, C. (1995): El (h) omnívoro. Barcelona, Anagrama.
- (18) Harris, Marvin. Bueno para comer. España: Alianza, 2009. Disponible en: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45727041/harris-marvin->

[bueno-para-comer-](#)

[1.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1550704373&Si](#)

[gnature=Tr9mCct7TeagevTobt%2BDZI8kx5s%3D&response-content-](#)

[disposition=inline%3B%20filename%3DBueno_para_comer.pdf](#)

- (19) Gracia-Arnaiz, M. Comer bien, comer mal: La medicalización del comportamiento alimentario. Salud pública méx. 2007 jul [citado 2019 ene 19]; 49 (3): 236-242. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0036-36342007000300009&lng=es.