

## EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES EN COMUNICACIÓN DURANTE LA ENTREVISTA NUTRICIONISTA-PACIENTE: DESARROLLO DEL CUESTIONARIO HCENP COMO HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACIÓN

### *EVALUATION OF SKILLS IN COMMUNICATION DURING THE NUTRITIONIST-PATIENT INTERVIEW: DEVELOPMENT OF THE HCENP QUESTIONNAIRE AS SELF-ASSESSMENT TOOL*

Mercedes Pico<sup>1</sup>, Betiana Soto Montesano<sup>1</sup>, Sandra N Blasi<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Área de Alimentación Hospital de Pediatría SAMIC Prof. Dr. Juan P. Garrahan

Correspondencia: Mercedes Pico

E-mail: mercpico60@gmail.com

Presentado: 16/01/17. Aceptado: 08/05/17

Conflictos de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

#### RESUMEN

**Introducción:** las habilidades en comunicación (HC) son esenciales en toda entrevista porque permiten establecer una relación que influye en la calidad de atención.

**Objetivos:** desarrollar e implementar un cuestionario como instrumento de autoevaluación para nutricionistas sobre HC en la entrevista con el paciente o con su cuidador/a (HCENP) y describir las características de la población estudiada.

**Materiales y métodos:** estudio descriptivo, prospectivo, transversal. Incluyó nutricionistas graduados con experiencia mayor a seis meses que asisten a pacientes ambulatorios en instituciones de salud y un observador externo. La investigación se llevó a cabo en tres etapas: elaboración del cuestionario, evaluación de las propiedades psicométricas (validez y confiabilidad), implementación del cuestionario.

**Resultados:** el cuestionario es claro, fácil de entender y muy importante. El alfa de Cronbach (consistencia interna) se consideró aceptable. Para el 91,6% de las (HC) percibidas por el nutricionista y las observadas se obtuvo una concordancia leve ( $Kappa=0,01$  a  $0,2$ ).

**Conclusiones:** el cuestionario desarrollado HCENP es una herramienta necesaria para reflexionar sobre la comunicación nutricionista-paciente y existen habilidades que pueden desarrollarse no siendo percibidas como algo a mejorar.

**Palabras clave:** habilidades, comunicación, nutricionista, paciente, cuestionario, HCENP.

#### ABSTRACT

**Introduction:** communication skills (CS) are essential in interviews as they allow for establishing a relationship improving the quality of care.

**Objectives:** to develop and implement a questionnaire on CS for nutritionists, as a tool for self-assessment in the patient or caregiver interview (CSINP) and describe the characteristics of the studied population.

**Materials and methods:** a prospective descriptive cross-sectional study was conducted. Post-graduate nutritionists with a >6 month experience seeing outpatients at health institutions and an external observer were included. The study was divided into three stages: Development of the questionnaire, evaluation of psychometric properties (validity and reliability), and administration of the questionnaire.

**Results:** the questionnaire is clear, easy to understand, and very useful. Cronbach's alpha (measuring internal consistency) was considered acceptable. For 91.6% of the CS perceived by the nutritionist and those observed a slight concordance was found ( $Kappa=0.01-0.2$ ).

**Conclusions:** the questionnaire CSINP is a necessary tool to evaluate nutritionist-patient communication and certain skills that are not perceived may be developed to improve interaction.

**Key words:** skills, communication, nutritionist, patient, questionnaire, CSINP.

## INTRODUCCIÓN

La comunicación entre las personas es el resultado de una compleja interacción entre factores neurofisiológicos, psicológicos y socioculturales<sup>1</sup>. Es decir, el significado del mensaje depende del interjuego entre su contenido y las relaciones entre los participantes<sup>2</sup>.

La comunicación se expresa en varias dimensiones, una verbal a través de las palabras y otra mediante señales no verbales<sup>3-1</sup>.

Podrían distinguirse como indicadores no verbales: los modificadores fónicos (esquemas entonativos y tipos de voz), los sonidos característicos de reacciones fisiológicas o emocionales (risa, suspiro, bostezo, etc. emitidos antes del discurso verbal, después o durante), los elementos cuasi-léxicos, pausas y silencios, como así también indicadores o marcadores quinésicos como gestos faciales y posturas corporales<sup>4-1</sup>.

En los centros asistenciales es escasa la evidencia sobre el impacto de la comunicación no verbal<sup>5-3</sup>.

La capacitación para dotar al personal de salud de las competencias y habilidades en comunicación (HC) necesarias para la interacción correcta con los pacientes se identificaron como una prioridad por el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) en el año 2007 y se ha puesto mayor énfasis en el año 2012 (2010b; Niza, 2012)<sup>5</sup> y por el National Health Service (NHS) (CG138)<sup>6</sup>.

En 1991 se publicó la Declaración del Consenso de Kalamazoo (*Toronto Consensus Statement*). Es un documento que resalta que: "La comunicación médico-paciente efectiva es una función clínica esencial que no puede ser delegada"<sup>3</sup>.

Según la Asociación Británica de Dietética (BDA, sus siglas en inglés), "Las HC son consideradas fundamentales para la labor de los nutricionistas cuya función es evaluar, diagnosticar y tratar problemas de la dieta y la nutrición tanto a nivel de salud individual como colectiva, para promover la buena salud y facilitar un cambio positivo en la elección de alimentos". Whitehead et al., en Reino Unido, realizaron una encuesta en la cual el 98% de los nutricionistas consideró que las HC son importantes para obtener cambios en el comportamiento cuando se trabaja con los pacientes y el 92% afirmó que haría una formación complementaria. En investigaciones realizadas en los EE.UU., Canadá y Australia se llegó a la misma conclusión<sup>2</sup>.

En los últimos años surgió la necesidad de medir la HC mediante instrumentos específicos. En el año 2013 la BDA publicó un instrumento validado de evaluación de las HC para nutricionistas denominado DIET-COMMS<sup>2</sup>.

Dada la evidencia, es necesario contar con un instrumento en español; por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue desarrollar e implementar un cuestionario como instrumento de autoevaluación para nutricionistas sobre HC en la entrevista con el paciente o con su cuidador/a HCENP (habilidades en comunicación en la entrevista nutricionista-paciente) y describir las características de la población estudiada.

Es necesaria la medición de las HC con un instrumento específico para el Lic. en Nutrición, ya que la comunicación con los pacientes y/o familiares resulta clave en la comprensión y adherencia a la dieta.

Se considera que la reflexión, el autoconocimiento y la autoevaluación resultan, entre otros procesos personales, un papel crucial en el aprendizaje y el desarrollo profesional.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño del estudio fue descriptivo, prospectivo y transversal. Constó de tres etapas: desarrollo del cuestionario HCENP y análisis por pares, prueba piloto e implementación de su versión final.

Se incluyeron nutricionistas graduados con experiencia mayor a seis meses, que asistían a pacientes ambulatorios pediátricos y adultos, en instituciones de salud. Los nutricionistas con más de 10 años de experiencia calificaban como expertos. En todos los casos se administró consentimiento informado donde aceptaban participar y ser observados en la consulta por uno de los autores del presente trabajo Lic. en Nutrición (observador externo). El periodo de estudio fue de julio de 2014 a junio de 2015.

## Instrumento

La elaboración del cuestionario HCENP se realizó en tres etapas. En la primera se efectuó un cuestionario con preguntas relacionadas a competencias en comunicación preseleccionadas, basadas en los ítems utilizados en dos herramientas; el Consenso de Kalamazoo y la herramienta DIET-COMMS, que incluyen preguntas que indagan sobre salud, inquietudes, comprensión del paciente; y en las habilidades de relación, si está atento a las señales verbales y no verbales, a las emociones, los silencios y cómo es el cierre del encuentro.

Se seleccionó un conjunto total de 38 ítems que se analizaron en forma independiente por un grupo de 12 nutricionistas expertos de diferentes provincias del país. Se envió por correo electrónico la invitación para evaluar el cuestionario y se solicitó a cada participante el análisis de la importancia de cada ítem

usando una escala tipo Likert (1:no importante a 5:muy importante); adicionalmente se aceptaron sugerencias con respecto a la redacción, interpretación y/o si consideraban algún aspecto faltante o no correspondiente con las HC.

Luego de incorporar las correcciones que surgieron de la opinión de los expertos, comenzó la segunda etapa en la cual se implementó el cuestionario HCENP resultante realizando una prueba piloto con el fin de valorar la aceptación, importancia (mediante escala analógica visual de 0 al 10) y comprensión de cada uno de los ítems con un cuestionario de preguntas abiertas. En la prueba piloto se invitó a participar a nutricionistas (n=10).

A partir de los ajustes de la etapa piloto se obtuvo el cuestionario HCENP final de 24 ítems que comprendía tres dimensiones correspondientes al inicio-desarrollo-final de la consulta, con una escala de respuestas tipo Likert (1: nunca, 2: casi nunca, 3: algunas veces, 4: casi siempre, 5: siempre).

Al inicio de la consulta se consideró cómo se recibe al paciente (saludo, presentación, cortesía), el clima de confianza que se genera y el vínculo que se crea desde la primera aproximación al paciente, la forma de introducir el tema de la consulta y cómo se establecen los motivos que se desarrollarán en la misma.

Luego se valoraron las habilidades durante el desarrollo de la consulta: la información de cómo se relaciona la comida con su condición de salud, metodología didáctica como herramienta educativa, el espacio que se le da al paciente para expresar los problemas relacionados a su condición de salud, y las emociones y puntos de vista con respecto a la dieta, la actitud de no juzgar, la habilidad y predisposición

frente al tratamiento, el lenguaje adaptado al paciente, incluso la identificación de señales no verbales (gestos faciales, posturas del cuerpo, silencios, etc.).

Asimismo se consideró el trabajo en conjunto con el paciente para los cambios a realizar, incentivarlo a hacer preguntas, remarcar lo positivo ante lo negativo, implementar diferentes estrategias frente a un paciente conflictivo o difícil, la explicación de las consecuencias si no cumple el tratamiento y la entrega de información por escrito.

Al finalizar la consulta se incluyeron ítems sobre el compromiso del paciente a seguir el tratamiento, si se establece un acuerdo para las próximas etapas, si informa que la entrevista está llegando a su fin, la síntesis de los puntos más relevantes de la consulta y el registro del desarrollo de la misma como puede ser la historia clínica.

La tercera etapa fue la implementación del cuestionario HCENP final donde se incluyeron Lic. en Nutrición de seis instituciones de salud.

Se registraron los siguientes datos de la población: años de experiencia del nutricionista, lugar de trabajo (hospital/consultorio), tipo de consulta (instrucción o control), datos del paciente como patología, edad, y se tomó el tiempo de la consulta.

De cada consulta se obtuvieron dos respuestas del cuestionario de HC, uno fue completado por el observador externo mientras se desarrollaba la consulta y respondiendo sí/no según se cumpla o no cada ítem, y otro por el Lic. en Nutrición observado al finalizar la misma según como creía que había implementado sus habilidades en comunicación respondiendo con la escala de Likert de 5 puntos para las respuestas.

Cuestionario HCENP					
	1	2	3	4	5
<b>Al inicio de la consulta</b>					
1) Tengo en cuenta cómo recibo al paciente (saludo, presentación, cortesía)					
2) Establezco los motivos de la consulta					
3) Genero un clima de confianza en la consulta					
<b>Durante el desarrollo de la consulta</b>					
4) Ofrezco información de cómo se relaciona la comida con su condición de salud					
5) Tengo en cuenta algún tipo de metodología didáctica					
6) Evito interrumpir al paciente antes que exponga su problema					
7) Mantengo la actitud de no juzgar					
8) Tomo en cuenta la habilidad del paciente para seguir indicaciones					
9) Evalúo la predisposición del paciente para seguir indicaciones					
10) Uso un lenguaje adecuado a la condición del paciente					
11) Tengo en cuenta las emociones y puntos de vista del paciente con respecto a la dieta					
12) Identifico las señales no verbales (gestos faciales, posturas del cuerpo, silencios, etc.)					

Cuestionario HCENP					
	1	2	3	4	5
<b>Durante el desarrollo de la consulta</b>					
13) Trabajo en conjunto con el paciente para realizar posibles cambios en la dieta e identificar barreras					
14) Incentivo al paciente a hacer preguntas					
15) Remarco lo positivo ante lo negativo					
16) Estimulo a que el paciente se transforme de pasivo a activo					
17) Implemento diferentes acciones con el paciente conflictivo, quejoso, difícil					
18) Explico las consecuencias de cumplir o no con la dieta					
19) Ofrezco información por escrito para reforzar lo verbal					
<b>Al finalizar la consulta</b>					
20) Tengo en cuenta si el paciente se compromete a seguir el tratamiento					
21) Me pongo de acuerdo con el paciente para establecer las próximas etapas					
22) Informo que la entrevista está terminando					
23) Realizo una síntesis apropiada de la consulta					
24) Registro el desarrollo de la consulta en el historial del paciente					

Al momento de completar el cuestionario tener en cuenta la siguiente escala de respuestas:

1) nunca; 2) casi nunca; 3) algunas veces; 4) casi siempre; 5) siempre.

**Tabla 1:** Cuestionario HCENP.

### Procesamiento y análisis de datos

Se realizó una descripción de las características de la población estudiada mediante tablas de frecuencia y medidas de resumen y dispersión.

Respecto del cuestionario, por lo menos el 70% de las preguntas debía estar completa para realizar el cálculo del score total, de lo contrario el cuestionario fue considerado perdido (“missing”).

La factibilidad del uso del instrumento se operacionalizó de acuerdo al porcentaje de cuestionarios perdidos; se aceptó como pérdida máxima un 20%.

Los resultados se midieron de acuerdo a las frecuencias de respuesta de cada ítem. Adicionalmente se operacionalizaron las respuestas de “casi siempre” y “siempre” (como positivas) y el resto como negativas a los fines de alcanzar un puntaje de resultado global como respuestas positivas/total de respuestas contestadas.

Se compararon las respuestas del nutricionista con el observador externo, con la hipótesis de asumir que existe correlación lineal entre ambos puntajes. Asimismo se asumió la hipótesis que existiría correlación entre los resultados obtenidos del mismo operador.

Para evaluar el índice de consistencia interna y para comprobar si el instrumento es fiable se usó alfa de Cronbach y un coeficiente > 0,70 fue considerado aceptable.

Se estableció el coeficiente de Kappa para conocer el grado de concordancia entre las respuestas de

la autoevaluación realizada por el nutricionista con el observador externo. Para el análisis se usó el programa estadístico SPSS11.5 para Windows.

### RESULTADOS

- *Primera etapa.* De los 12 nutricionistas expertos convocados, nueve accedieron a evaluar el nivel de importancia de cada uno de los 38 ítems. Como resultado de esta etapa, según el nivel de importancia y las sugerencias de los expertos, se armó un nuevo cuestionario el HCENP formado por 24 ítems.

- *Segunda etapa.* En la prueba piloto se observó que para la totalidad de los nutricionistas (n=10), las instrucciones de llenado fueron claras y fáciles de entender, y la mayoría coincidió en que es fácil de contestar y que le hizo pensar en cosas que no había reflexionado en relación a su habilidad en comunicación.

En cuanto a la escala analógica visual donde la pregunta era: “¿Le parece que este cuestionario aborda temas importantes a tener en cuenta en el momento de la entrevista con el paciente?”, para el 100% resultó muy importante.

Para la etapa de comprensión del cuestionario se evaluó cada ítem con preguntas abiertas. El 100% las preguntas fue comprendida e interpretada de manera correcta, sin mostrar dificultad al momento de su análisis.

- *Tercera etapa.* Formaron parte del estudio un total de 56 nutricionistas que completaron 56 autoevaluaciones y a quienes se le realizaron 76 ob-

servaciones (primera observación: 73,7% [n=56]; segunda observación: 26,3% [n=20]).

De los 56 nutricionistas observados y autoevaluados, la mayor parte fue realizada en hospitales públicos (94,6%) de los cuales la mayor proporción fue concretada en hospitales de especialidad en Pediatría (55,3%), seguido por hospitales de agudos (28,5%) y de especialidad en Gastroenterología (10,7%), y por último institución privada de especialidad cardiovascular (5,3%).

El 41,1% de los nutricionistas que participaron calificaba como experto ya que tenía más de 10 años de experiencia.

De las 24 patologías tratadas, la mayor proporción de los pacientes (n=76) cursaba con patología de base como obesidad, afectación renal, celiaquía y diabetes. Las mismas se encontraron en mayor proporción no sólo como patología de base sino también asociada a otras comorbilidades. El resto de las patologías que se presentó con menor frecuencia incluyó: alergia a la proteína de leche de vaca, bajo peso, diarrea crónica, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, colecistitis, colon irritable, hiperuricemia, gastritis, pancreatitis, cáncer, dieta cetogénica, enfermedades metabólicas, deporte, embarazo y VIH.

El tiempo de consulta se tomó en 49 observaciones (64,4%). Se clasificaron en corta duración (menor o igual a 35 minutos) y larga (mayor a 36 minutos). El 68,75% de las consultas de corta duración (65,3%) correspondió a consultas de control, mientras que el 53% de las consultas de larga duración (34,7%) a consultas de instrucción o primera vez. El 64,7% de las consultas de larga duración (34,7%) correspondió a pacientes menores de 18 años, mientras que el 53,1% de las consultas de corta duración (65,3%) a pacientes mayores de 18 años. Por lo cual se concluye que las consultas que demandan mayor tiempo son las instrucciones y las realizadas a los pacientes pediátricos.

### **Descripción de las habilidades en comunicación que poseen los nutricionistas durante la entrevista desde su propia perspectiva**

La observación se dividió en el orden de habilidades que debe tenerse en cuenta al inicio de la consulta, durante el desarrollo y al finalizar la misma.

La mayor dificultad al inicio de la consulta se presentó en la forma de establecer los motivos de la misma; se observó que el 25% de los nutricionistas no fue preciso, detallado o bien delimitado del por

qué el paciente debía asistir. Del total de quienes no lo hacían un 78,6% demostró en la autoevaluación creer hacerlo.

En la primera parte del desarrollo de la consulta se observó como fortaleza que el nutricionista ofrece la información necesaria con respecto al plan alimentario, es buen educador a la hora de tener herramientas didácticas para explicar el impacto de la dieta en su salud (protocolos, dibujos, material de apoyo, etc.) y en la mayor parte de los casos no suele juzgar al paciente. Las debilidades que se presentaron fueron: la mayoría de los nutricionistas no considera la habilidad del paciente para seguir indicaciones, paso que es de importancia para evaluar o chequear que lo explicado fue entendido, el 42,8% no lo realiza en las consultas y el 100% no lo percibe, como así también se observó que se da poco espacio para que el paciente manifieste sus emociones y puntos de vista con respecto a la dieta, situaciones que pueden afectar el cumplimiento y conducir a transgresiones alimentarias (cumpleaños, trabajo, colegio, eventos sociales, etc.); el 42,8% se observa que no lo cumple, y de este porcentaje sólo el 4,1% lo percibe. En lo que respecta a las señales no verbales, el 46,4% no lo hace, de ese porcentaje, no fue percibido por un 69,2%; las actitudes que mayormente se observaron fueron: incomodidad del paciente al sentarse frente a un escritorio, paciente sentado al borde de la silla, poco o ausencia de contacto visual al dar indicaciones, como también actitudes que evidencian nerviosismo o incomodidad (movimiento de manos, piernas, bajar la mirada).

Durante la segunda parte del desarrollo de la consulta, las debilidades se evidenciaron ante la presencia de un paciente con actitud pasiva, conflictiva o difícil. El 67,8% no estimuló al paciente pasivo para revertir la actitud, el 81,5% de los nutricionistas no lo consideró, el 60,7% no implementó diferentes acciones con el paciente conflictivo, quejoso o difícil, el 70,6% de los nutricionistas no coincidió con lo observado.

Al finalizar la consulta se detectó como fortaleza que en general se establecen las etapas para el próximo control como ser: fecha de próxima consulta, elaboración del registro alimentario para el próximo encuentro y la prioridad de los hábitos a modificar. Igualmente se debe destacar que hubo dificultades para realizar una síntesis concreta de los puntos tratados, sobre todo cuando el paciente tiene dificultades en la comprensión, el 19,6% no lo realizó y de ellos el 100% no lo percibió en la autoevaluación.

### Correlación entre lo evaluado por el nutricionista observador y la auto percepción de los nutricionistas encuestados

La concordancia se estableció entre la autoevaluación y la primera observación, ya que las segundas mostraron no tener diferencias significativas con respecto a las primeras.

De acuerdo con los resultados, para 22 (91,6%) de las habilidades en comunicación autoevaluadas y observadas por los nutricionistas se obtuvo una concordancia leve (Kappa= 0,01 a 0,20), considerando una débil concordancia entre lo que el nutricionista percibe y lo observado por un observador externo.

### Evaluación de las propiedades psicométricas (validez y confiabilidad) del cuestionario HCENP como instrumento de autoevaluación

El valor de alfa de los ítems del inicio de la consulta (preguntas 1, 2 y 3) fue de 0,44; desarrollo de la consulta (preguntas de la 4 a la 19) de 0,71-0,78, y finalización de la consulta (preguntas 20, 21, 22, 23 y 24) de 0,68.

Como el alfa depende del número de ítems, al haber menor cantidad, como es el caso del inicio y finalización de la consulta, puede considerarse aceptable si los valores son <0,70.

Los valores se muestran como frecuencias (porcentajes). Si el resultado es 0 indica que la habilidad observada es igual en el test y el retest (ítem 24).

Los resultados muestran una concordancia test-retest del 70 al 95% de acuerdo, a excepción de las preguntas 16 y 17 (45-50%) (Gráfico 1).

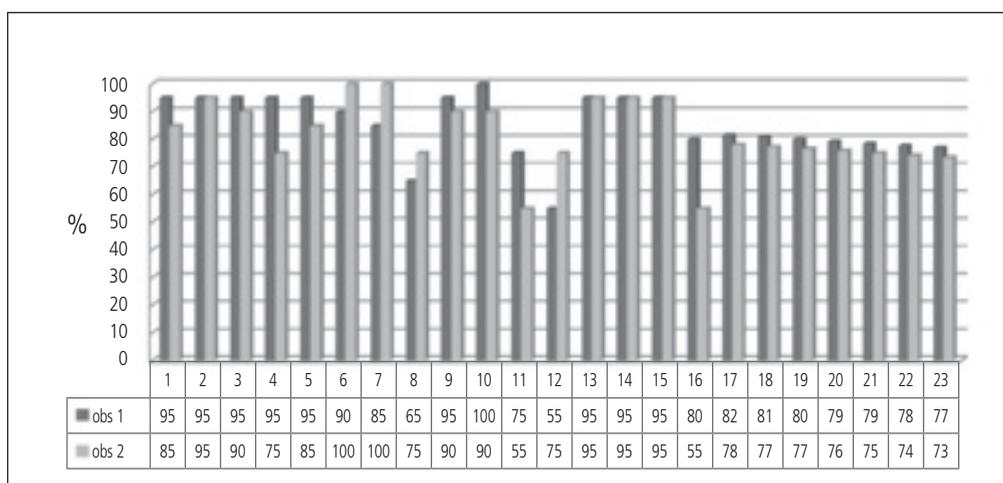


Gráfico 1: Diferencias entre las observaciones 1 y 2.

### DISCUSIÓN

La capacitación interpersonal durante la formación del profesional de la salud es de gran importancia por el efecto multiplicador que tiene, dado que beneficia a una amplia variedad y cantidad de pacientes<sup>7</sup>.

Los dietistas australianos manifestaron que su formación de grado se centró en la adquisición de conocimientos más que en el desarrollo de habilidades de consejería nutricional<sup>1</sup>.

Los participantes del presente trabajo refirieron que el cuestionario HCENP aborda temas muy importantes a tener en cuenta en el momento de la entrevista con el paciente porque les hizo pensar en cosas que no habían pensado. Esta misma conclusión aportaron los participantes en la validación del DIET-COMMS<sup>8</sup>.

Para algunos pacientes, según Endevelt y Gesser-Edelsburg 2014<sup>9</sup>, el enfoque informativo y educativo es suficiente, sobre todo si es consistente con sus expectativas y si sus problemas de salud son limitados (por ejemplo, cuestiones como la anemia, estreñimiento, etc). El caso es diferente con respecto a las enfermedades crónicas; cuando hay una necesidad de la continuidad del proceso de orientación, el enfoque debería ser más psicológico para generar una mejor adherencia a los cambios de conducta. Para algunos autores, en estos últimos años hay más pacientes que no logran llegar a sus sesiones de seguimiento después de su primera visita a un nutricionista indicando una falta de adherencia al tratamiento<sup>9</sup>.

El DIET-COMMS utilizó simulacros de consultas

en lugar de escenarios reales de pacientes y sólo dos condiciones médicas: diabetes tipo 2 y enfermedad celíaca. El trabajo futuro debería, por lo tanto, basarse en los resultados del estudio y establecer las propiedades psicométricas DIET-COMMS con otras condiciones médicas y en escenarios clínicos reales<sup>2</sup>.

Al presente estudio lo enriquece la diversidad de patologías crónicas con las que los nutricionistas trabajan a diario, como obesidad, enfermedad renal, celiaquía y diabetes, entre otras. Sus encuentros requieren largos tratamientos con sus respectivos seguimientos y apoyo educativo.

En una investigación de Maccabi Health Services (MHS) se observó que la orientación nutricional se lleva a cabo en las consultas externas. La primera visita tuvo una duración de al menos 30 minutos y las visitas de seguimiento duraron unos 15 minutos. Más del 80% de los pacientes que consultó nutricionistas tuvo enfermedades crónicas que requirieron programas de educación y orientación nutricional a largo plazo<sup>9</sup>.

En nuestro estudio un alto porcentaje de los menores de 18 años tuvo consultas de larga duración (mayor a 36 minutos), mientras que en las consultas de corta duración (menor o igual a 35 minutos) hubo mayoría de pacientes mayores de 18 años. Este resultado muestra que no solamente las instrucciones demandan más tiempo sino también las consultas de pediatría, que implican considerar al niño/a y a su familia en su condición de perceptores activos, capaces de tomar decisiones y de actuar en consecuencia.

El DIET-COMMS esboza los componentes de una interacción óptima que no puede lograrse fácilmente en una consulta de 30 minutos<sup>2</sup>. El poco tiempo en una consulta se consideró como una barrera para la implementación de las habilidades en comunicación<sup>2,10</sup>, aunque algunos dietistas informaron que el mantenimiento del tiempo en las entrevistas con los pacientes había mejorado después de la capacitación en habilidades comunicativas. El uso efectivo del tiempo que incorpora resultados óptimos para el paciente aún es un reto<sup>2</sup>.

Pascual y Induráin describen una fase exploratoria fundamental en la consulta, con el saludo cordial y delimitar el motivo de la misma<sup>11</sup>, mientras que el DIET-COMMS denomina a esta fase como "establecer relación con el paciente"<sup>2</sup>.

En nuestra investigación algunos de los nutricionistas no concretaron el motivo de la consulta y por qué el paciente debía asistir y sólo fueron conscientes de ello cuando se llevó a cabo la devolución de lo observado.

Según La Joint Commission (2010) la educación al paciente es también un requisito para la acreditación en calidad de los centros de salud. El hospital debe desarrollar una evaluación de las necesidades de aprendizaje para cada paciente, que incluye sus creencias religiosas y culturales, las barreras emocionales, el deseo y la motivación para aprender, limitaciones y obstáculos físicos o cognitivos para la comunicación. El hospital respeta el derecho del paciente a recibir información de una manera que él o ella entienda<sup>12-13</sup>.

Una de las fortalezas de los Lic. en Nutrición correspondió a las herramientas educativas implementadas, y una debilidad fue chequear lo comprendido para seguir las indicaciones. Asimismo se observó que se da poco espacio para que el paciente manifieste sus emociones y puntos de vista con respecto a la dieta, situaciones que pueden afectar el cumplimiento y conducir a transgresiones alimentarias.

La forma de desarrollar las entrevistas ha sufrido una transformación significativa y continua, moviéndose cada vez más hacia la incorporación de un nuevo enfoque como una especie de entrenador *coaching*, que implique un estrecho apoyo y orientación, en lugar de simplemente instruir al paciente sobre temas nutricionales<sup>1-9</sup>.

Esta transformación incluye estar atento a las señales no verbales. En el presente estudio no se percibió que las tuviera en cuenta un alto porcentaje de los nutricionistas; las actitudes que mayormente se observaron fueron: incomodidad del paciente al sentarse frente a un escritorio, poco o ausencia de contacto visual al dar indicaciones, como también actitudes que evidenciaron nerviosismo o incomodidad.

Para que el paciente se sienta cómodo y en confianza puede desarrollarse "la empatía", que implica cuidar de una manera verdaderamente genuina, aceptar y desarrollar una comprensión sensible y precisa de la forma en que el otro percibe su experiencia, mientras que al mismo tiempo implica mantener un sentido de la propia identidad<sup>14</sup>.

Ante la presencia de un paciente con actitud pasiva, conflictiva o difícil, más de la mitad de los nutricionistas no estimuló para revertir la actitud, ni implementó diferentes acciones y el 70,6% no fue consciente de esto.

Se puede implementar la escucha activa en estos casos e incorporar el parafraseo, resumir lo que ha dicho; así se demuestra que el otro está escuchando y entiende lo que se le cuenta ("Entonces, según veo, lo que ocurría era que..." "¿Quieres de-

cir que...?”). Reflejar el estado emocional, es decir además de que se le ha entendido, se le muestra que se sabe cómo se siente; ayuda pero no basta con decir: “Sé cómo te sientes” o “Te entiendo”. Y por último validar: mostrar que se acepta lo que se dice aunque no se esté de acuerdo.

Realizar una síntesis concreta de los puntos tratados en la consulta es de suma importancia para establecer las etapas para el próximo control, como fecha de próxima consulta, elaboración del registro alimentario para el próximo encuentro o la prioridad de los hábitos a modificar, qué nuevas acciones el paciente cree posible implementar.

Al igual que el DIET-COMMS, el HCENP ha demostrado que posee diversos usos posibles dentro de la práctica dietética que incluyen la formación de los estudiantes y para el continuo desarrollo de los profesionales.

Posiblemente con un buen entrenamiento sobre las habilidades en comunicación los evaluadores tengan un mejor entendimiento sobre los ítems del HCENP y sean más rigurosos para garantizar así una puntuación más precisa principalmente de los aspectos a mejorar.

## CONCLUSIONES

El cuestionario HCENP es una herramienta necesaria para reflexionar acerca de cómo es la comunicación nutricionista-paciente y existen habilidades que pueden desarrollarse y no son percibidas como algo a mejorar. Esto se confirma por medio de la correlación leve.

El cuestionario es factible de utilizar en cuanto a su aceptación y comprensión. Las instrucciones de llenado son claras, fáciles de entender y de contestar, como también hace pensar en cosas que no se habían pensado en relación a las HC. Por lo tanto, la implementación del cuestionario confirma la necesidad de una capacitación a los nutricionistas en formación.

## Agradecimientos

*A los Licenciados en Nutrición de distintos lugares del país que colaboraron para realizar esta investigación. En la prueba piloto: Alejandra Delloso (Chacabuco), Alejandrina Molina (Tucumán), Ángeles Boveri, Victoria Vinuesa, Jacqueline Schuldberg, Luciana Zonis, Magdalena López, (Buenos Aires), Belén Barrionuevo (Jujuy), Gabriela Gastaldi (Trenque Lauquen), Natalia Chirino (Puerto Madryn). Al grupo de expertos: Andrea González, Alice du Mortier, Andrea Álvarez (Buenos Aires), Cristina Isola,*

*Pilar de León (Salta), Dolores Crespo, Viviana Piccione (Córdoba), Mónica Varaz (Comodoro Rivadavia), Susana Funes (Corrientes), Rosana Polo (Formosa). A los que participaron en el trabajo de campo en el Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia, Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández, Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Fundación Favalaro.*

## REFERENCIAS

1. Cant RP, Aroni RA. Exploring dietitians verbal and non-verbal communication skills for effective dietitian-patient communication. *J Hum Nutr Diet* 2008; 21, 502-511.
2. Whitehead KA, Langley-Evans SC, Tischler VA, Swift JA. Assessing communication skills in dietetic consultations: the development of the reliable and valid DIET-COMMS tool. *J Hum Nutr Diet Apr* 2014; 27 Suppl 2:321-32.
3. Cleries X. La esencia de la comunicación en educación médica. *Viguera Editores SL. Educ Med* 2010; 13 (1): 25-31.
4. Sogi C, Zavala S, Oliveros M, Salcedo C. Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. *Facultad de Medicina, UNMSM. Lima, Perú, 2006.*
5. Modelos de relación médico-paciente. *Libros virtuales Intramed. [http://www.intramed.net/sitios/librovirtual6/pdf/06\\_01.pdf](http://www.intramed.net/sitios/librovirtual6/pdf/06_01.pdf).*
6. Cestero-Mancera AM. La comunicación no verbal y el estudio de su incidencia en fenómenos discursivos como la ironía. *Universidad de Alicante. Revistas ELUA* 2006; 20, 57-77.
7. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The influence of the patient-clinician relationship on health-care outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE* 2014; 9(4): e94207. doi:10.1371/journal.pone.0094207. University of Oldenburg, Germany.
8. Whitehead K. Changing dietary behaviour: the role and development of practitioner communication. *Proceedings of the Nutrition Society* 2015; 74, 177-184.
9. Endevelt R, Gesser-Edelsburg A. A qualitative study of adherence to nutritional treatment: perspectives of patients and dietitians. *Patient Preference and Adherence* 2014; 8. 147-154.
10. Hancock REE, Bonner G, Hollingdale R, Madden AM. If you listen to me properly, I feel good: a qualitative examination of patient experiences of dietetic consultations. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 2012; 25: 275-284.
11. Pascual P, Induráin S. Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. *Anales Sis San Navarra* 2001; Vol. 24, Sup 2, 15-22.
12. The Joint Commission. Advancing effective communication, cultural competence, and patient- and family-centered care: A roadmap for hospitals. *Oakbrook Terrace* 2010;. Author. Retrieved Jun 18, 2013. <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/roadmapforhospitalsfinalversion727.pdf>.
13. The Joint Commission. The Joint Commission E-Editon 2012. Retrieved March 18, 2014, from <https://edition.jcrinc.com>.
14. Gable J. *Counselling skills for dietitians*. 1997: 27 (IX) Second Edition. Blackwell Publishing Editorial.UK.