



Población y Salud en Mesoamérica

Metodología de la consulta nutricional grupal vincular

Nadia Alvarado Molina, Ivannia Ureña Retana y
Indira deBeausset Stanton

Cómo citar este artículo:

Alvarado Molina, N., Ureña Retana I. y deBeausset Stanton I. (2023). Metodología de la consulta nutricional grupal vincular. *Población y Salud en Mesoamérica*, 20(2). <https://doi.org/10.15517/psm.v20i2.48477>



Metodología de la consulta nutricional grupal vincular

Methodology for Group Bonding Nutritional Counseling

Nadia Alvarado Molina¹, Ivannia Ureña Retana² y Indira deBeausset Stanton³

Introducción: este ensayo presenta la metodología de la consulta nutricional grupal vincular (CNGV) desarrollada en las últimas décadas en la Escuela de Nutrición de la Universidad de Costa Rica. Los objetivos son los siguientes: 1) Presentar los fundamentos epistemológicos; 2) Exponer la metodología de la consulta nutricional grupal vincular; 3) Describir las habilidades blandas deseables de la persona facilitadora para dirigir un proceso de consulta nutricional grupal vincular. El enfoque conceptual de la CNGV se centra en la persona paciente -quien tiene autonomía y agencia sobre su vida-, apoyándola en la resolución de obstáculos a fin de lograr mayor adherencia al tratamiento. El enfoque metodológico se basa en el grupo operativo de Pichón-Rivière adaptado al manejo nutricional. **Proposición:** la CNGV va más allá de la educación interactiva y cumple todos los pasos de la terapia nutricional, incluso el seguimiento a cada persona. Su metodología tiene antecedentes teóricos robustos, así como condiciones para su aplicación, evaluación y uso adecuado. **Argumentos para la discusión:** durante varias décadas, en la Escuela de Nutrición de la Universidad de Costa Rica, se ha desarrollado la propuesta metodológica de la CNGV: desde el fundamento teórico hasta las habilidades blandas necesarias de la persona facilitadora para guiar y ayudar al grupo a enfocarse en la tarea, bajo un control suficiente de los vectores de la dinámica grupal. Esta modalidad es útil para que las personas avancen en la construcción de su salud, pues las enfrenta con barreras cotidianas. **Conclusiones:** La CNGV posee un gran potencial metodológico en el tratamiento de adultos con enfermedades crónicas, es barata y optimiza el tiempo y los recursos humanos en la asistencia nutricional. Además, permite a las personas pacientes ejercer su autonomía, agencia y capacidad resolutoria en un espacio seguro y con contención tanto de pares como de la persona facilitadora.

Palabras clave: atención nutricional, consulta grupal, psicología grupal, teoría del vínculo, adherencia al tratamiento.

Introduction: This essay presents the methodology for Group Bonding Nutritional Counseling (GBNC), which has been developed at the School of Nutrition at the University of Costa Rica in recent decades. In relation to GBNC, the objectives are: 1) To present the epistemological foundations; 2) To show the methodology on how to develop the group bonding nutritional counseling; and 3) To describe the desirable soft skills for the facilitator in a group bonding nutritional counseling process. The conceptual approach is based on the patient as a person exercising their autonomy and agency over their life, and how GBNC helps in the resolution of obstacles for better treatment adherence. GBNC's methodological approach is based on Pichon-Rivière's operative groups which was adapted for nutritional counseling. **Proposition:** GBNC goes beyond group interactive nutrition education and includes all the steps to nutritional care, including individual follow ups. GBNC's methodology has robust theoretical background, as well as adequate settings for its implementation, evaluation, and use. **Arguments for discussion:** For the past several decades, the School of Nutrition at the University of Costa Rica has developed the methodological framework for GBNC: from its theory foundation, useful soft skills for the facilitator to conduct, guide and support groups to focus on the task, and proficiently to handle the vectors of group dynamics. GBNC is useful for people to work on improving their health as it allows them to face daily barriers they encounter. **Conclusion:** GBNC has great methodological potential for group support in the treatment of adults with chronic diseases; it is inexpensive and improves time management and human resources in nutritional care. In addition, it allows patients to exercise their autonomy, agency, and problem solving skills in a safe space, within the containment of the group and the nutritionist.

Keywords: Nutritional Care, Group Counseling, Group Psychology, Link Theory, Treatment Adherence.

Recibido: 27 oct, 2021 | **Corregido:** 16 nov, 2022 | **Aceptado:** 20 nov, 2022

¹ Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, nadia.alvaradomolina@ucr.ac.cr, San José, Costa Rica.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7474-0138>

² Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, ivannia.urena@ucr.ac.cr, San José, Costa Rica.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1531-8233>

³ Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, indiradeb@gmail.com, San José, Costa Rica.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2344-2197>

1. Introducción

Desde el enfoque vincular, la consulta nutricional grupal es una forma de atención compleja, pues involucra una madurez tanto personal como profesional de la persona facilitadora; requiere poder acompañar y guiar a los participantes a que, de forma colaborativa, superen las barreras propias al compartir un espacio de discusión con diferentes personalidades, contextos y emociones.

Tradicionalmente, la terapia nutricional ha sido concebida de forma individual; en cambio, la atención grupal se ha focalizado más en la educación. De hecho, en algunas ocasiones, se le ha llamado consulta grupal a lo correspondiente a la educación grupal. Así, como investigadoras encontramos una ausencia de artículos sobre cómo realizar la consulta nutricional grupal vincular (CNGV). Las autoras agregan la palabra vincular para especificar la orientación epistemológica de la metodología aquí propuesta.

En Costa Rica, igual que en otros países, existen dos grandes problemas dentro de la asistencia nutricional individual en el sistema del Seguro Social; uno es la actual relación de los problemas alimentarios más frecuentes con enfermedades crónicas y otro es el poco tiempo del que disponen las personas profesionales en salud para atender a sus pacientes.

Respecto al primer punto, de acuerdo con las estadísticas de prevalencia de enfermedades crónicas, hoy en Costa Rica más de un 30 % de pacientes padecen hipertensión arterial y más de un 14,8 % sufre diabetes mellitus. A ello, se suman factores de riesgo, como exceso de peso en más del 34 % de escolares y hasta un 70 % en las personas adultas entre 20 y 65 años (Ministerio de Educación Pública, 2017; Ministerio de Salud, 2009; Wong McClure, 2016), sedentarismo cercano al 50 % en personas adultas (Araya y Claramunt, 2020) y fumado superior al 10,5 % (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia [IAFA], 2015). Bajo ese contexto, la adherencia a tratamientos resulta sumamente importante para el debido control, pues estos padecimientos implican una situación de por vida, encierran aspectos emocionales de duelo y exigen tiempo para lograr una motivación que asegure el compromiso constante.

En cuanto al segundo punto, el tiempo dedicado a la atención individual de un paciente suele ser de 15 a 30 minutos. En una consulta grupal, el tiempo brindado a un solo tema es mayor, la duración recomendada es de dos horas (equivalente a ocho consultas en el espacio del Seguro Social), con la ventaja de estar interactuando de manera colectiva. En efecto, cuando las personas tienen la oportunidad de intercambiar con otras, aparte de su nutricionista, conocen distintas perspectivas sobre problemas usuales y posibles soluciones, en consecuencia, pueden construir su aprendizaje, cambiar sus prácticas y adoptar nuevos hábitos con mayor posibilidad de éxito (Flores, 2016; Fonseca, 2015; Martínez, 2011; Ricciardelli, 2016; Zúñiga, 2015).

En la literatura acerca del empoderamiento de pacientes (Reyes-Flores et al., 2016), se asume lo grupal como un acompañamiento educativo a la consulta individual; sin embargo, la CNGV, según está planteada en este ensayo, abarca todos los aspectos de valoración, diagnóstico, intervención, seguimiento y evaluación (Villalobos Fallas, 2016; Villalobos Fallas y deBeausset Stanton, 2020), además, involucra la psicología grupal en función de comprender mejor las barreras y los facilitadores del cambio personal y, por ende, lograr mayor adherencia, en tanto su objetivo terapéutico procura que las personas identifiquen sus impedimentos y puedan desenredar – metafóricamente- el nudo que les impide avanzar hacia su objetivo.

Conforme a lo expuesto, este trabajo presenta la técnica que ha sido enseñada, practicada y consolidada durante al menos veinte años en distintos cursos tanto de grado como posgrado, trabajos finales de graduación y proyectos de investigación de la Escuela de Nutrición de la Universidad de Costa Rica⁴, esclareciendo los aspectos básicos de la CNGV, a través de los siguientes objetivos:

- 1) Presentar los fundamentos epistemológicos de la consulta nutricional grupal vincular.
- 2) Exponer la metodología de cómo desarrollar la consulta nutricional grupal vincular.
- 3) Describir las habilidades blandas deseables de la persona facilitadora para dirigir un proceso de consulta nutricional grupal vincular.

Cabe resaltar que el dominio de esta técnica se logra posterior a una capacitación, en donde se practique el rol de facilitador al lado de una persona experta que visualice las habilidades requeridas y propicie su correcto uso, de tal modo, la práctica guiada integra todos los elementos de este método. Asimismo, se puede aplicar en diferentes ámbitos y adaptarse a distintas poblaciones; en nuestro caso, nos enfocamos en personas adultas con enfermedades crónicas.

2. Antecedentes teóricos de la CNGV

La técnica de CNGV tiene sus orígenes, por un lado, en los grupos operativos desarrollados en la década de 1960 y 1970 por Enrique Pichón-Rivière (2011), bajo los enfoques de la psicología social y de grupos. El grupo operativo es una estrategia usada para fomentar la cohesión y la productividad de los grupos. En el área de la salud es útil para promover la adherencia al tratamiento de enfermedades.

⁴ Así lo evidencian las tesis de Escalante et al. (2009), Reñazco (2001), Valderrama (2001), Cantillano et al. (2001), Martínez (2011), Zúñiga (2015), Fonseca (2015), Flores (2016), Ricciardelli (2016), Rivas (2020) y también los proyectos 450-B2-305 «Evaluación de una alternativa de atención nutricional grupal para pacientes con diabetes mellitus del Programa de Educación y Atención y Nutrición Universitario (PREANU)» y ED-3477 «Promoción de Estilos de Vida Saludable, la seguridad alimentaria y el empoderamiento psicológico y económico de mujeres del Cantón Central de Alajuela», del cual han salido las publicaciones de Martínez Jaikel (2011), Stephens y González (2011), Cruz et al. (2015) y Martínez-Jaikel et al. (2020).

Por otro lado, en la corriente de la psicología vincular, la cual, desde los años 90, ha contribuido a entender cómo se forman los vínculos y cómo responden no sólo a la lógica del psiquismo, sino también a la lógica de la realidad externa y la alteridad con otras personas; es decir, se enfoca en las relaciones interpersonales y entre las personas y sus circunstancias (Campuzano, 2014). Últimamente, la literatura en inglés está reconociendo el valor de esta teoría [Linked Theory] (Losso, 2018).

La Escuela de Nutrición de la Universidad de Costa Rica dio inicio a la CNGV como una forma de adaptar la educación nutricional grupal (Chinnock y deBeausset, 1996) con influencias del grupo operativo de Pichón-Rivière y la perspectiva de educación liberadora de Paulo Freire. Este proceso fue liderado por la PhD. Indira deBeausset, formada en el Instituto Pichón-Rivière, Sao Paulo, Brasil, en el programa de grupo operativo y psicología grupal.

3. Definición de la CNGV

A lo largo de casi tres décadas se viene desarrollando la metodología de atención nutricional grupal en Costa Rica (Chinnock y deBeausset, 1996; deBeausset, 2006; deBeausset, 2018); se puede resumir en dos modalidades básicas de intervención centrada en la persona: a) educación nutricional grupal interactiva (deBeausset, 2018) y b) consulta nutricional grupal vincular.

Hay otros métodos grupales, como la charla magistral, donde solamente se brinda información, sin evidencia de que sea efectiva en el cambio de comportamiento. De igual manera, se debe reconocer que por mucho tiempo se ha llamado erróneamente consulta grupal a aquello que en esencia es educación nutricional grupal interactiva. Es decir, si se llama consulta grupal y no involucra la parte vincular, es mejor denominarla educación nutricional grupal interactiva. Lo anterior, no desmerita abordajes grupales interdisciplinarios (nutrición, psicología, trabajo social), pues los espacios de atención integrales son motivantes.

Entonces, la CNGV no es educación en grupo (deBeausset, 2018). La diferencia, en primer lugar, es que profesionales guían y apoyan el empoderamiento y la adherencia, a partir de los componentes vinculares, las motivaciones, la autoeficacia y las actitudes de las personas participantes. Se establece un acuerdo entre nutricionista y cada participante, incluyendo un plan de alimentación individualizado.

En segundo lugar, se priorizan las estrategias para superar los problemas. En la educación nutricional grupal interactiva las personas deben convencerse de qué deben hacer y plantear cómo quieren hacerlo, hay un énfasis en el qué y el cómo. La CNGV trabaja con las personas que no han logrado adherirse al tratamiento y requieren buscar el por qué y el para qué del cambio, en otras palabras,

se concentra en identificar y modificar las actitudes que conducen al cambio, una vez se venzan las barreras y se convenga del para qué.

En ese sentido, la sinergia propiciada permite profundizar en los obstáculos comunes de la adherencia al tratamiento, mediante una comunicación fluida entre participantes y con el nutricionista. Para ello, es necesario alcanzar el balance entre un grupo que habla abierta y asertivamente y una persona facilitadora que escucha activamente y (re)direcciona de manera oportuna la conversación a fin de mantener la pertinencia, evitar desvíos o predominancia de una sola persona. Así, la CNGV se enfoca tanto en cada persona como en el grupo, aplicando herramientas de escucha activa y de resolución de problemas de forma colaborativa, esto va aumentando la confianza, el empoderamiento y la motivación de los participantes.

En suma, esta herramienta es una adaptación de la técnica de grupo operativo al ámbito nutricional; se concentra en las vivencias personales, el vínculo relacional de cada persona ya sea con la enfermedad, la alimentación, la salud o el estilo de vida, lo cual determina las actitudes frente a la enfermedad y las posibilidades de tomar el control (Losso, 2018). De ahí, se contribuye a que las personas tomen decisiones conscientes respecto a su salud y ejerzan la autonomía y la agencia, gracias al espacio grupal donde examinan sus acciones, pensamientos y/o creencias anteriores y refuerzan un plan de acción desde sus posibilidades, objetivos y motivaciones. Estos efectos positivos del empoderamiento al obtener el control sobre la enfermedad son reportados en la literatura respectiva a la atención centrada en el paciente (Reyes-Flores et al., 2016)

4. Estructura de la CNGV

Las sesiones de consulta grupal tienen condiciones y una estructura específica que se describe a continuación.

4.1 Condiciones logísticas

Según la experiencia de las investigadoras, las condiciones manejables tanto para participantes como para nutricionista facilitadora del proceso grupal son dos: la primera, ofrecer un mínimo de seis sesiones con una duración de 2 horas cada una, una vez por semana consecutiva; la segunda, contar con un grupo conformado por 12 a 15 personas con la misma enfermedad (Arias et al., 2021).

Idealmente, hay un proceso educativo sobre aspectos básicos de nutrición antes de asistir a la consulta grupal. Al finalizar todo el ciclo, se puede iniciar un grupo de apoyo para mantenimiento, con reuniones cada 15 días y, luego, ir espaciándolas por mes, en un lapso de varios meses o, hasta por cinco años (Adamson, 2018; López García, 2015).

Resulta inconveniente dejar el número de sesiones abierto, porque al hacerlo, ni la persona facilitadora ni los participantes urgen llegar al fondo del problema; esto aplica tanto para el periodo de consulta grupal como para, posteriormente, el de mantenimiento. La cantidad de encuentros va a depender de la problemática del grupo. Si se presenta la necesidad de extender el tiempo de intervención, debe ser bajo un nuevo ciclo, con el objetivo de dejar claro el inicio y el fin del proceso (Adamson, 2018; López, 2015).

El espacio físico debe ser acogedor y con privacidad suficiente, lo cual favorece hablar con soltura; también, se requiere una amplitud adecuada para colocar las sillas en círculo, sin mesa en el medio, y poder separarlas al momento de las dinámicas en subgrupos. Se procura que sea siempre el mismo lugar, pues eso ofrece constancia y seguridad a los participantes. Durante las sesiones, se trabaja con los asientos en círculo para facilitar la comunicación fluida y multidireccional, pero, se pueden acomodar en semicírculo al exponer temas usando pizarra o material demostrativo.

4.2 Antes de iniciar un grupo

El perfil del grupo convocado debe cumplir con los siguientes requisitos principales:

1. Personas que ya han experimentado la educación nutricional grupal interactiva, con conocimientos básicos acerca de su estado nutricional y de salud, pero que todavía no han logrado mejorar su alimentación.
2. Personas que tengan un largo tiempo en la consulta individual y podrían beneficiarse de escuchar diferentes puntos de vista.
3. Personas que padezcan la misma enfermedad y tengan una actitud parecida hacia la posibilidad de cambio.

Previo a comenzar las actividades, se realiza una consulta individual con cada participante, de donde se identificarán los aspectos y necesidades relevantes del grupo. Es importante brindarles planes de alimentación individualizados pero similares en metodología, para poder trabajarlos en conjunto después.

Desde esta primera consulta individual se da un encuadre, en este se explica al participante la posibilidad del modo grupal, por qué se le invita a unirse y cómo dicho proceso se concentra en las barreras y los facilitadores del cambio, donde todos se comprometen al respeto y a la ayuda mutua. Asimismo, es necesario precisar que se tocarán cuestiones personales, aunque nadie está obligado a decir más de lo que quiera frente al grupo, y que habrá respeto y confidencialidad en este espacio. De esa manera, se establece un contrato tácito entre cada paciente y su nutricionista. Los integrantes deben acudir a todas las sesiones sin excepción y participar activamente.

4.3 Las sesiones

En resumen, una sesión dura 2 horas en apego a un esquema determinado, como se explica con detalle en seguida:

1. Revisión de la tarea (15 minutos). En la primera sesión este tiempo equivale al encuadre, las presentaciones y las expectativas.
2. Desarrollo del tema generador (30 minutos). Corresponde al tema que inicia y promueve la discusión. En ciertos temas es indispensable incluir ejercicios prácticos, preferiblemente en subgrupos, por ejemplo, lectura de etiquetas.
3. Discusión en plenaria para la identificación de obstáculos y la búsqueda de soluciones (60 minutos).
4. Resumen por parte de los participantes (5 minutos). Exponen los principales puntos de la sesión o lo que más les llamó la atención. La persona facilitadora reafirma o corrige lo dicho.
5. Selección de metas para la siguiente semana (5 minutos).
6. Cierre a cargo de la persona facilitadora (5 minutos). Interpreta de manera concisa cómo trabajó el grupo respecto a los puntos importantes de la sesión. Recuerda la fecha y las tareas para la siguiente reunión.

Primera sesión. En la primera sesión del grupo, hay que establecer un encuadre que consiste en explicitar y consensuar las reglas a observar en todas las reuniones. Estas son fundamentales porque brindan límites, una estructura para interactuar y restringen actitudes de competencia o juicios de valor. Además, en esta parte se reafirma el espacio como seguro para la expresión y la vulnerabilidad, de hecho, ha sido descrito casi como mágico, en tanto abre las posibilidades a transformaciones, guiadas por la persona nutricionista. Luego del encuadre, se efectúan dinámicas lúdicas para que las personas movilicen de lo racional hacia la exploración de sus emociones, por ejemplo, al identificar su relación con la enfermedad.

Siguientes sesiones. Cada nueva sesión inicia con una revisión de la tarea o el logro de la meta que cada persona se puso la semana anterior, por alrededor de 15 minutos. Luego, se presenta el tema generador durante 30 minutos, cuyo desarrollo debe ser corto, conciso, muy comprensible y aplicable. A manera de ejemplo, se puede hablar, por un lado, sobre los problemas de consumo usual, detalles de la enfermedad, lectura de etiquetas y selección de alimentos, escogencia de platillos en fiestas y restaurantes; por otro lado, sobre aspectos emocionales involucrados con la enfermedad, como sentirse desvalido, culpable o molesto con la familia. Pueden incluirse analogías y dinámicas cortas para aumentar la comprensión del tema. Por razones didácticas, se presentan las sesiones como si estuvieran divididas entre temas técnicos y temas emocionales, pero, en realidad,

es muy importante relacionar siempre ambas dimensiones, por cuanto están íntimamente presentes e integradas.

Después del breve trabajo con el tema generador, la persona facilitadora indica al grupo que se está entrando a la parte de discusión. Es sumamente importante marcar esta diferencia, porque la persona nutricionista debe asumir con claridad su rol de facilitadora en contraste con el de experta, dueña de la verdad. Aquí, se debe permitir a los participantes construir su propia comprensión de sus obstáculos y facilitadores del cambio de comportamiento, según lo expuesto en el tema generador. De parte de la profesional esto requiere tiempo, paciencia, guía oportuna para evitar que el grupo se desvíe y tolerancia a la incertidumbre sobre lo que van a traer a la discusión.

Estos diálogos no son planificados, más bien, surgen de acuerdo con lo propuesto por el grupo. Tampoco son preguntas y respuestas de clarificación, trascienden el concretar un plan de acción para las metas individuales, como sucede en una sesión educativa. Las conversaciones examinan miedos, resistencias y excusas y, dado lo sensible que resulta ser lo compartido, necesitan de un marco que reafirme un espacio seguro para las transformaciones. La persona nutricionista guía a partir de una lectura objetiva de lo sucedido en el grupo, ayuda a cada persona a expresarse y también confronta asertivamente cuando el grupo evade entrar en la tarea.

Al respecto, es pertinente que la discusión dure un mínimo de una hora; con ello, se da oportunidad a las personas de profundizar el tema generador, explorando las dificultades y las oportunidades al aplicarlo a sus vidas, sobre todo, en cuanto a los obstáculos emocionales, por ejemplo, el enojo causado cuando se deben leer etiquetas o la frustración cuando algún familiar entorpece sus esfuerzos. La facilitación les ayuda a expresarse, a visualizar sus problemáticas y a buscar soluciones. Cuando sea preciso, se aclaran los conceptos, sin contradecir, en cambio, cuestionando la lógica de lo expuesto en el grupo.

En lo referente a los temas emocionales, resulta útil iniciar la participación en parejas o subgrupos, lo cual alienta a las personas a comenzar a hablar; de igual modo, es primordial abrir rápidamente el trabajo a todo el grupo, en tanto el interés colectivo recae en escuchar el mayor número posible de puntos de vista.

Para finalizar, la persona facilitadora pide al grupo resumir los puntos principales y complementa atando cabos sueltos o dando énfasis a ciertos mensajes. Luego, cada persona decide la meta que quiere trabajar durante la semana, para lo cual debe ser lo más específica posible en qué, cómo, cuándo, dónde y cuánto.

Cierre de la sesión. Consiste en una pequeña devolución sobre lo que el grupo logró o en dónde estuvo estancado (no es un resumen del tema tratado). La profesional debe preguntar si el grupo concuerda o desacuerda con su interpretación y, si es lo segundo, deberá cerrar la discusión, señalando que se retomará durante la próxima reunión. Además, efectúa un recordatorio de la fecha, la hora, el lugar y las tareas semanales.

5. Evaluación del progreso de los participantes

La evaluación de los participantes es fundamental para medir el progreso. Merece mucho más detalle, aquí señalamos algunos puntos claves.

5.1 Evaluación dietética

El contenido de las sesiones de CNGV debe estar estrictamente ligado a los hábitos alimentarios de las personas participantes, por ese motivo, antes de iniciar las sesiones grupales, en la reunión individual la nutricionista elabora un recuento del consumo usual, de forma que precise la necesidad individual de cambios, cómo priorizarlos y tratarlos en común para todos los miembros.

Al menos en una sesión, los participantes deben revisar sus patrones alimentarios. Previo a este punto, deben haber alcanzado un grado suficiente de compromiso con el grupo; esto evita la concepción errónea de que lo importante es el seguimiento de reglas inflexibles (dieta restrictiva) y ayuda a entender el propósito de los cambios y por qué cuesta ejecutarlos. Igualmente, a lo largo de las actividades, deben analizar sus dificultades en relación con los alimentos y discutir las reformas sugeridas. Al final, se espera que cada uno comprenda el tipo de alimentación apropiada según sus necesidades, el cual sea adecuado, aceptado y capaz de ser seguido.

Mediante trabajos en conjunto y dinámicas, es posible aplicar los conocimientos adquiridos a los propios hábitos alimentarios. Hay diversas formas de orientar los cambios, desde recomendaciones basadas en las elecciones por grupos de alimentos, como el círculo de la alimentación balanceada (deBeausset et al., 2000), la medición de porciones con el método de la taza (Padilla et al., 2002) y las adaptaciones simplificadas de listas de intercambio (Arauz et al., 2013), hasta estrategias más minuciosas y estructuradas, como el conteo de carbohidratos. Por experiencia de las autoras, la gran mayoría de grupos no llega a necesitar el nivel de detalle de las listas de intercambio. Lo importante es que la alimentación sea sostenible, adaptable a distintas situaciones y mantenga la libertad alimentaria, así como ofrecer directrices claras para la toma de decisiones.

La evaluación grupal de las transformaciones dietéticas es compleja, ardua y exige mucho tiempo. Las autoras reconocen el valor de una buena evaluación nutricional, pero si se centra tanta atención en dicha labor, podría perderse el ritmo y la motivación. A continuación, se presentan otros indicadores de cambio que otorgan una perspectiva integral del proceso y los resultados.

5.2 Indicadores de cambio

Los indicadores más precisos son las medidas bioquímicas, clínicas y antropométricas que reflejan cambios sostenidos en los patrones de la persona. Sin embargo, otras medidas intermedias durante el proceso grupal pueden demostrar tal dirección positiva, con un efecto muy significativo en la vida de quienes participan, entre esto se cita:

- Apertura en la intención de cambiar, medida por etapa de cambio (Prochaska et al., 1992).
- Empoderamiento, evaluado por el discurso verbal y no verbal. Por ejemplo, la facilitadora observará en el discurso cuántas veces la persona hace recomendaciones espontáneas al grupo, comparte experiencias positivas e identifica oportunidades de cambio (OMS, 2014).
- Cumplimiento de metas, valorado en cada sesión al revisar las tareas y las dificultades sufridas en cuanto a cumplirlas (OMS, 2014).

En resumen, la persona facilitadora puede identificar diferentes indicadores de cambio:

1. Intención: medida a través de las etapas de cambio.
2. Intentos: documentados a partir de la observación y la interpretación del discurso alrededor del comportamiento dietético y el logro de metas, con base en el registro de la sesión.
3. Cambios sostenidos: evidenciados con indicadores bioquímicos, clínicos, antropométricos y emocionales de reporte personal.

La consulta individual tradicionalmente documenta el progreso midiendo el peso y los indicadores bioquímicos pertinentes. En la consulta grupal se hace más énfasis en cambiar hábitos y estilo de vida y resolver barreras, en vez de la pérdida de peso, pues se sabe que incluso sin disminución de peso se obtienen beneficios metabólicos (Bacon y Aphramor, 2011).

5.3 Aprendizaje y cambio

Los participantes en la CNGV interactúan para aprender a realizar cambios en sus estilos de vida. Un verdadero aprendizaje va más allá del saber, implica una transformación basada en la información interiorizada. El cambio casi nunca es una progresión lineal, hay recaídas y se visualiza mejor como una espiral. Prochaska et al. (1992) determinaron las etapas actitudinales atravesadas por una persona para alcanzar un cambio:

- Precontemplación: negación de la necesidad del cambio, resistencia completa.
- Contemplación: desde dudas ligeras y pasajeras hasta ambivalencia importante. La ambivalencia es muy común y, a la vez, lo más difícil de trabajar, porque cuesta que las personas la reconozcan.
- Preparación: las dudas pequeñas pueden estar todavía presentes, aunque se realicen intentos de cambio.

- Acción: involucra una decisión firmemente tomada para hacer algo concreto e indica ambivalencias prácticamente resueltas o, por lo menos, un aprendizaje sobre cómo resolverlos cuando aparecen.
- Mantenimiento: indica un cambio consolidado.

Un aprendizaje internalizado aparece cuando la persona no solamente experimenta el reconocimiento de las barreras, sino también, practica el cambio, por más pequeño que sea el intento; o sea, se logra hacer algo diferente, no solo se piensa y desea. La persona facilitadora necesita entender que el aprendizaje internalizado empieza con la aceptación del cambio y termina con su cumplimiento. Por su parte, la resistencia es inherente a todo cambio y poder aprender equivale a superar las dudas acerca de la propia capacidad.

Modificar un comportamiento se logra al resolver los problemas; por tanto, en las sesiones se reconocen las resistencias y las etapas de cambio, sin ignorar los problemas emergentes. Es decir, a fin de que el grupo trabaje en conjunto por una tarea en común, debe haber espacio para que cada participante sea auténticamente quién es y satisfaga en algún grado sus necesidades. La clave es reconocer las diferencias y mantener el respeto. También, las resistencias al cambio tienen que ser reconocidas y trabajadas colectivamente.

5.4 Vectores como instrumento para medir el cambio a nivel grupal

De acuerdo con Pichón-Rivière (2011), los deseos y las búsquedas se desarrollan por etapas durante un proceso grupal y siguiendo un patrón de fuerzas dinámicas a las cuales denominó vectores. El distinguir los vectores y el utilizarlos puede ayudar a la persona facilitadora a a) entender el desarrollo y el proceso del grupo y b) evaluar el grado de cambio alcanzado (García, 2012; Ritterstein, 2008).

El autor llamó a dichas fuerzas pertenencia, comunicación, cooperación, aprendizaje, pertinencia y telé. Visualizó el proceso del grupo como un cono invertido: inicia con un contenido explícito, manifiesto, fácilmente observable y consciente, pero, a medida que avanza el tiempo y con ayuda de la persona facilitadora, los vectores (interacciones) del grupo dan vuelta en espiral, bajan el cono y llegan a ser más espontáneos e implícitos, lo cual significa que hay más conexión con lo más íntimo, lo más profundo, lo menos consciente y lo más auténtico de cada persona.

Llegar a esos contenidos menos conscientes (latentes) es importante, porque las personas empiezan a identificar cuáles son sus verdaderos vínculos con su enfermedad, en otras palabras, cómo es la relación con la enfermedad padecida, cuáles son las barreras que les dificulta el cambio y cuáles son las oportunidades reales que tienen para lograrlo (García, 2012; Ritterstein, 2008).

Cada persona en un grupo inicia con deseos de pertenencia, la búsqueda de reconocimiento y aceptación (Barreiro, 2005). A medida que se van comunicando de una manera abierta, aceptando y reconociendo la forma de ser de cada quién (autoimagen e imagen del otro), aumenta la comunicación y la cooperación, esto facilita comprender los problemas entorno a la enfermedad y

la adherencia al tratamiento. De esa manera, se genera un aprendizaje más profundo, significativo, interiorizado y difícil de olvidar al día siguiente.

Con otra vuelta a la espiral, la cooperación y el aprendizaje ayudan al grupo a mantenerse en lo pertinente de lo discutido, sin evitar temas ni desviarse, lo cual, conlleva una relación de telé, una buena actitud para trabajar con otros y llegar a lo implícito, o sea, a los obstáculos desconocidos, y adquirir la capacidad de identificar las excusas y encontrar las oportunidades para cambiar.

Así pues, resulta indispensable pasar por las diferentes etapas de la espiral a fin de obtener un aprendizaje profundo y acertado. Una forma de conocer el progreso del grupo es evaluando al menos dos o tres veces durante el ciclo de sesiones en cuál vector se ubica la mayoría de sus miembros (García, 2012; Ritterstein, 2008). En detalle, vale la pena preguntarse si la mayoría está cooperando para el aprendizaje o si está todavía buscando un reconocimiento individual en el grupo; si está concentrada en el tema o está hablando de asuntos no relacionados, haciendo chistes, o desviando la atención de la tarea a enfrentar.

En síntesis, un vector no es un estado del individuo, es el estado de las interacciones entre los miembros del grupo. Los vectores miden el progreso hacia el cambio o la puesta en práctica de algo diferente. El intercambio significativo y efectivo se logra cuando hay alta pertinencia y telé, y este va a favorecer un entendimiento más profundo sobre cómo cada quién lidia con su enfermedad. Los vectores sirven, además, para que la persona facilitadora sepa si su conducción está llegando a un grado adecuado en favor de un buen aprendizaje.

6. Destrezas de las personas facilitadora

El manejo apropiado de la dinámica y la psicología de grupos va más allá de la aplicación de instrucciones y técnicas educativas. Se necesita inteligencia emocional y habilidades blandas, en especial, escucha activa, distancia óptima, flexibilidad, autoconfianza, pensamiento crítico, tolerancia. Con una correcta capacitación que incluye la práctica acompañada, la mayoría de las personas logra desarrollar estas destrezas y emplearlas de forma óptima en la técnica acá descrita.

Este ensayo presenta la consulta nutricional grupal vincular como un método oportuno para la atención nutricional. El enfoque de la teoría del vínculo es muy relevante y aplicable a los problemas nutricionales actuales, además, optimiza el uso de recursos de personal de salud.

La estructura de la CNGV propicia el aprendizaje significativo, mediante apertura, desarrollo y cierre correspondientes a revisión de la tarea, desarrollo del tema generador, discusión, resumen, metas y cierre. El método resulta efectivo para la adherencia al tratamiento nutricional y promueve un cambio más duradero en el tiempo, porque se apoya en la psicología vincular para trabajar con actitudes y

motivaciones, no desde la psicología clínica, sino desde la manera cotidiana de ser de las personas, quienes aprenden en grupos e internalizan nuevas actitudes.

Una de las mayores ventajas de esta herramienta la constituye la sinergia entre la persona nutricionista facilitadora, los participantes y sus pares; el efecto positivo del trabajo conjunto potencia la resolución de ambivalencias y resistencias, esto deviene en una mayor comprensión individual de obstáculos propios, motivaciones y actitudes en relación con cambios de estilo de vida y en la colaboración, la comunicación y el aprendizaje por parte del grupo.

Al respecto, la capacitación de la persona facilitadora juega un rol esencial para el éxito del método, en tanto se fortalecen habilidades blandas, con las cuales se crea un ambiente de confianza y se facilita la revisión crítica de cada participante, con autenticidad para explorar oportunidades de cambios y con flexibilidad para consolidarlos. La enseñanza de estas capacidades se basa en una combinación de teoría y práctica (aprender haciendo).

Entre las limitaciones de esta metodología está la dificultad en cuanto al tiempo de capacitación de la persona nutricionista. Esta parte difiere de un proceso autodidacta, ya que supone el acompañamiento y la supervisión de una persona experta a lo largo de la práctica, con el objeto de interiorizar los aprendizajes, deconstruir por medio de la reflexión junto a la persona supervisora de la práctica y, finalmente, apropiarse espacios idóneos para aplicar la metodología. Esto dista de las capacitaciones tradicionales en ciencias de la salud centradas en elementos teóricos, mas no en habilidades blandas.

En futuras investigaciones, las autoras pretenden sistematizar las experiencias anteriores (tesis que han aplicado la metodología), así como continuar investigando sobre la efectividad de capacitaciones a personas facilitadoras y ahondar en instrumentos de evaluación para medir la efectividad y la adherencia al cambio de los participantes.

Entre los aspectos esenciales están la inteligencia emocional, la autoconfianza y la flexibilidad, ya que el proceso de CNGV implica momentos de autocrítica, de conocer emociones propias, ponerlas en contexto y no proyectarlas en otras personas, mejor dicho, tener la capacidad de separarse del proceso del grupo a la vez que se mantiene la empatía. Además, tener flexibilidad de pensamientos permite estar incorporando nueva información. La autoconfianza ayuda a evitar la autodefensa constante ante las frustraciones del proceso de cambio y a concentrarse en cómo apoyar a los demás. Estos tres atributos de la persona facilitadora le facultan para comunicarse con autenticidad y empatía.

La capacidad de escucha activa se deriva de los rasgos anteriores; esta procura entender no solo lo explícito, sino también, interpretar las actitudes y emociones detrás de las palabras. El primer paso para escuchar bien es la introspección de la persona facilitadora: que entienda sus propias actitudes, creencias y cultura y cómo impedir que actúen como un filtro al tratar de apreciar el sentido de lo dicho por las personas y sus reacciones mutuas. Interpretar no es llegar a una conclusión, más bien, debe ser pensada como una hipótesis, siempre con flexibilidad, en revisión constante. En parte, la

posibilidad de interpretar lo acontecido en el grupo depende de la habilidad de la persona facilitadora de mantener una distancia óptima (parte de la inteligencia emocional), es decir, no sentirse aludido, no tomar críticas como personales, no aceptar la responsabilidad total por las situaciones o creer que debe tener todas las respuestas; al contrario, necesita considerar la responsabilidad compartida del grupo respecto a la dinámica y devolverles la oportunidad de analizarse y construir conjuntamente.

En ese sentido, cuando la persona facilitadora brinda retroalimentaciones, las personas tienen la posibilidad de reflexionar sobre lo que están experimentando y decidir seguir el mismo modo de interacción o variarlo. Así mismo, el esclarecimiento de las interacciones entre los participantes es fundamental para lograr suficiente comunicación y cooperación, lo cual permite examinar las ambivalencias y las resistencias al cambio.

7. Conclusiones

Este ensayo presenta la consulta nutricional grupal vincular como un método oportuno para la atención nutricional. El enfoque de la teoría del vínculo es muy relevante y aplicable a los problemas nutricionales actuales, además, optimiza el uso de recursos de personal de salud.

La estructura de la CNGV propicia el aprendizaje significativo, mediante apertura, desarrollo y cierre correspondientes a revisión de la tarea, desarrollo del tema generador, discusión, resumen, metas y cierre. El método resulta efectivo para la adherencia al tratamiento nutricional y promueve un cambio más duradero en el tiempo, porque se apoya en la psicología vincular para trabajar con actitudes y motivaciones, no desde la psicología clínica, sino desde la manera cotidiana de ser de las personas, quienes aprenden en grupos e internalizan nuevas actitudes.

Una de las mayores ventajas de esta herramienta la constituye la sinergia entre la persona nutricionista facilitadora, los participantes y sus pares; el efecto positivo del trabajo conjunto potencia la resolución de ambivalencias y resistencias, esto deviene en una mayor comprensión individual de obstáculos propios, motivaciones y actitudes en relación con cambios de estilo de vida y en la colaboración, la comunicación y el aprendizaje por parte del grupo.

Al respecto, la capacitación de la persona facilitadora juega un rol esencial para el éxito del método, en tanto se fortalecen habilidades blandas, con las cuales se crea un ambiente de confianza y se facilita la revisión crítica de cada participante, con autenticidad para explorar oportunidades de cambios y con flexibilidad para consolidarlos. La enseñanza de estas capacidades se basa en una combinación de teoría y práctica (aprender haciendo).

Entre las limitaciones de esta metodología está la dificultad en cuanto al tiempo de capacitación de la persona nutricionista. Esta parte difiere de un proceso autodidacta, ya que supone el acompañamiento y la supervisión de una persona experta a lo largo de la práctica, con el objeto de interiorizar los aprendizajes, deconstruir por medio de la reflexión junto a la persona supervisora de la práctica y, finalmente, apropiarse de espacios idóneos para aplicar la metodología. Esto dista de las capacitaciones tradicionales en ciencias de la salud centradas en elementos teóricos, mas no en habilidades blandas.

En futuras investigaciones, las autoras pretenden sistematizar las experiencias anteriores (tesis que han aplicado la metodología), así como continuar investigando sobre la efectividad de capacitaciones a personas facilitadoras y ahondar en instrumentos de evaluación para medir la efectividad y la adherencia al cambio de los participantes.

8. Referencias

- Astorga, Y. (2008). Situación del Recurso Hídrico. Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. *Estado de la Nación*. <https://hdl.handle.net/20.500.12337/488>
- Adamson, G. (2018). *Coordinación e intervención en el grupo operativo*. [https://lugareditorial.com.ar/descargas/libros/Coordinacion_e_intervencion-en-el%20grupo_operativo.pdf](https://lugareditorial.com.ar/descargas/libros/Coordinacion_e_intervencion_en_el%20grupo_operativo.pdf)
- Arauz, A.G., Roselló, M., Guzmán, S., Alpízar, G., Chaves, D., Gazel, K., Brenes, M., Montoya, M., Valverde, J. y Solano, I. (2013). Atención Nutricional de la diabetes mellitus: modificación de las listas de intercambio en Costa Rica. *Rev. Asociación Latinoamericana Diabetes*, 4(3), 545-554. <https://www.revistaalad.com/pdfs/Revista-de-la-Alad-V3N4.pdf>
- Araya, G. y Claramunt, M. (2020). *Actividad física en Costa Rica. Antecedentes históricos y revisión de sus evidencias científicas en el país*. Ministerio de Salud, Universidad de Costa Rica, Escuela de Educación Física y deportes. <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/82866>
- Arias, M.R., Castaño Suárez, M., y Zapata Álvarez, L.F. (2021). Una mirada a los procesos evaluativos de los grupos operativos de aprendizaje. *Poiésis*, 41, 130-141. <https://doi.org/10.21501/16920945.4180>
- Bacon, L. y Aphramor, L. (2011). Weight Science: Evaluating the evidence for a paradigm shift. *Nutrition Journal*, 10(9). <http://www.nutritionj.com/content/10/1/9>

- Barreiro, T. (2005). *Trabajos en grupo; hacia una coordinación facilitadora del grupo sano*. Editorial Novedades Educativas
- deBeausset, I., Navarro, R. y Arce, P. (2000). *Manual de técnicas didácticas para la enseñanza de las guías alimentarias en Costa Rica*. Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica
- deBeausset, I. (2006). *Capacitación para enseñar mediante el uso de un modelo creado a base de la pedagogía crítica y la psicología vincular: Evaluación de una experiencia con personal de salud* [Tesis Doctoral]. Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica.
- deBeausset, I. (2018). Educación nutricional grupal interactiva: logrando cambios duraderos en el estilo de vida. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2), 195-219. <https://dx.doi.org/10.15517/psm.v15i2.30515>
- Prochaska, J., DiClemente, C. y Norcross, J. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 1102-1114. <https://www.avannistelrooij.nl/wp/wp-content/uploads/2014/08/Prochaska-ea-1992-how-people-change-AP.pdf>
- Campuzano, M. (2014). Modelo vincular estratégico de psicoterapia grupal psicoanalítica. *Vínculo*, 11(1), 33-45. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902014000100006&lng=pt&tlng=pt.
- Cantillano, A., Cordero, J., Rodríguez, J. y Sánchez, A. (2001). *Evaluación e impacto metabólico de una metodología de consulta grupal en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2* [Tesis de Licenciatura]. Universidad de Costa Rica.
- Chinnock, A. y deBeausset, I. (1996). Propuesta metodológica para la educación nutricional. *Revista Costarricense de Salud Pública (ACOSAP)*, 5(8), 7-22.
- Cruz, V., Méndez, A. y Rivera, M. (2015). *Evaluación de una alternativa de atención nutricional grupal con enfoque de género y técnicas cognitivo-conductuales en los cantones de Alajuela y Goicoechea, en mujeres con exceso de peso con edades entre 18-60 años*. [Tesis de Maestría Profesional, Universidad de Costa Rica]. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/xmlui/handle/123456789/2980>
- Escalante, I., García, C. y Tinoco, X. (2009). *Implementación de un modelo de atención grupal para mujeres con sobrepeso y obesidad en edad fértil atendidas en EBAIS del Programa de Atención Integral en Salud (PAIS)* [Tesis de Licenciatura]. Universidad de Costa Rica.

- Fonseca, M. (2015). *Consulta nutricional grupal como estrategia para fomentar cambios de estilo de vida en mujeres adultas con exceso de peso que asisten al gimnasio Gold's Gym de Guayabos, en el año 2014* [Tesis de Maestría Profesional]. Universidad de Costa Rica.
- Flores, B. (2016). *Desarrollo de una consulta nutricional grupal en personas con baja escolaridad que padecen de diabetes mellitus tipo 2 en el Área de Salud Carpio-León XII, noviembre 2014-marzo 2015* [Tesis de Maestría Profesional]. Universidad de Costa Rica.
- García, L. (2012). El grupo Operativo cómo método participativo: poder y aprendizaje en la relación profesional. *Cuadernos de trabajo social*, 25(1), 205-219. https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2012.v25.n1.38445
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2018). *VI Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en población general 2015*. <https://www.iafa.go.cr/investigaciones/540-vi-encuesta-nacional-2015-consumo-de-drogas-en-costa-rica>
- López, M. (2016). Los grupos operativos entre el dogmatismo y la exploración metodológica. *Revista Poiésis*, 30, 110-115. <https://doi.org/10.21501/16920945.1853>
- Losso, R., de Setton, L.S. y Scharff, D.E. (2018). *The Linked Self in Psychoanalysis*. Routledge Taylor & Francis Group.
- Martínez, T. (2011). *Aportes teóricos metodológicos en la atención nutricional grupal a mujeres con exceso de peso* [Tesis de Maestría Académica]. Universidad de Costa Rica.
- Martínez, T., Frongillo, E., Blake, C., Fram, M. y Esquivel, V. (2020). Reducing both food insecurity and excess body weight: A cluster-randomized trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 58(5), 736-747. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S074937972030012X>
- Ministerio de Educación Pública. (2017). Informe ejecutivo del Primer Censo Escolar Peso-Talla. Costa Rica, 2016. <https://www.mep.go.cr/sites/default/files/page/adjuntos/informe-ejecutivo-censo-escolar-peso-cortofinal.pdf>
- Ministerio de Salud. (2009). *Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009: Antropometría*. <https://www.paho.org/costa-rica/dmdocuments/ENN.COR.2008-2009a.pdf>
- Padilla, G., Arauz, A. y Sánchez, G. (2002). *Guía básica para la enseñanza en diabetes mellitus: primer nivel de atención en salud*. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud. <https://www.binasss.sa.cr/mellitus.pdf>

- Pichón-Rivière, E. (2011). *El proceso grupal*. Nueva Visión.
<http://biblioteca.esucomex.cl/RCA/EI%20proceso%20grupal.pdf>
- Reñazco, R. (2001). *Modelo de consulta nutricional grupal para el paciente con Insuficiencia renal crónica (IRC) no terminal que asiste a la consulta externa del Hospital México, año 1999* [Tesis de Maestría Profesional]. Universidad de Costa Rica.
- Reyes-Flores, E., Trejo-Álvarez, R., Arguijo-Abrego, S., Jiménez-Gómez, A., Castillo-Castro, A., Hernández-Silva, A., y Mazzoni-Chávez, L. (2016). Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Revista Médica de Honduras*, 84(3 y 4), 125-132.
<http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>
- Ricciardelli, S. (2016). *Experiencia en la aplicación de la consulta nutricional grupal en mujeres con obesidad que residen en el distrito de Turrubares de Alajuela en el año 2014* [Tesis de Maestría Profesional]. Universidad de Costa Rica.
- Ritterstein, P. (2008). Aprendizaje y vínculo. Una mirada sobre el aprendizaje: Enrique Pichón-Rivière y Paulo Freire. *Revista de Ciencias Sociales*. Universidad de Buenos Aires-Facultad de Ciencias Sociales.
https://www.academia.edu/12378971/APRENDIZAJE_Y_V%3%8DNCULO_Una_mirada_sobre_el_aprendizaje_Enrique_Pichon_Rivi%C3%A8re_y_Paulo_Freire
- Rivas, V. (2020). *Estrategia de atención nutricional mediante consulta grupal en hombres con diagnóstico de exceso de peso que asisten al instituto WEM*. [Tesis de Maestría Profesional, Universidad de Costa Rica]. <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/81118>
- Stephens, M. y González, R. (2011). *Evaluación de un modelo de terapia grupal nutricional con un enfoque de género y con elementos cognitivo-conductuales en mujeres con exceso de peso entre 30 y 60 años en la provincia de Alajuela durante el año 2011* [Tesis de Maestría Profesional]. Universidad de Costa Rica.
- Valderrama, D. (2001). *Diseño y evaluación de un programa de consulta nutricional grupal para pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2* [Tesis de Licenciatura]. Universidad de Costa Rica.
- Villalobos, G. y deBeausset, I. (2020). *Atención Nutricional en Enfermedades Crónicas No Transmisibles: Aspectos clínicos, psicológicos y educativos para su desarrollo*. Escuela de Nutrición. Universidad de Costa Rica.
- Villalobos Fallas, G. (2016). *Propuesta de protocolo de consulta de atención nutricional para pacientes con exceso de peso atendidos en el PREANU* [Tesis de Maestría Profesional]. Universidad de

Costa Rica.

Wong, R. (2016). *Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular, segunda encuesta*. EDNASSS-CCSS. <https://www.binasss.sa.cr/informesdegestion/encuesta2014.pdf>

Zúñiga Flores, G. (2015). *Experiencia en la aplicación de consulta nutricional grupal en funcionarios del Área de Salud Goicoechea 2 con síndrome metabólico, año 2014* [Tesis de Maestría Profesional]. Universidad de Costa Rica.

Población y Salud

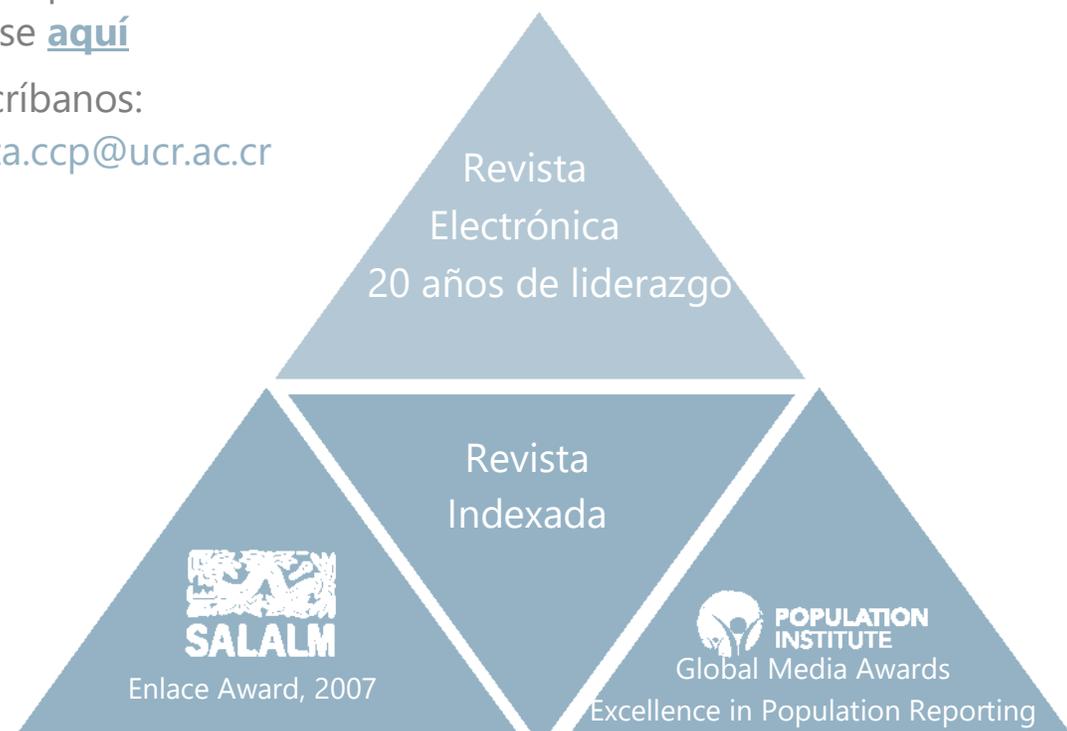
en Mesoamérica

¿Quiere publicar en la revista?

Ingresa [aquí](#)

O escribanos:

revista.ccp@ucr.ac.cr



Población y Salud en Mesoamérica (PSM) es la revista electrónica que cambió el paradigma en el área de las publicaciones científicas electrónicas de la UCR. Logros tales como haber sido la primera en obtener sello editorial como revista electrónica la posicionan como una de las más visionarias.

Revista PSM es la letra delta mayúscula, el cambio y el futuro.

Indexada en los catálogos más prestigiosos. Para conocer la lista completa de índices, ingrese [aquí](#).



Scopus®



DOAJ

latindex



Dialnet



Revista Población y Salud en Mesoamérica -

Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica

