



ID del documento: SAI-Vol.3.N.2.005.2025

Tipo de artículo: Ensayo

La ausencia del nutriólogo en el cuidado hospitalario: autoetnografía

The absence of the nutritionist in hospital care: autoethnography

Autor:

Juana Elizabeth Elton Puente¹

¹Universidad Autónoma de Querétaro, México, elizabeth.elton@uaq.mx,
<https://orcid.org/0000-0001-8299-6208>

Corresponding Author: Juana Elizabeth Elton Puente, elizabeth.eton@uaq.mx

Reception:03-August-2025 **Acceptance:**28-September-2025 **Publication:**26-November-2025

How to cite this article:

Elton Puente, J. E. (2025). La ausencia del nutriólogo en el cuidado hospitalario: autoetnografía. Sapiens Discoveries International Journal, 3(2), 1-33. <https://doi.org/10.71068/9qg5jb68>



RESUMEN

Analizar desde la experiencia como docente formadora de nutriólogos, las tensiones que surgen al observar la ausencia del nutriólogo en el cuidado hospitalario, mediante una reflexión crítica, buscando comprender cómo, la formación académica, la identidad profesional, la ética y el marco legal, influyen en la responsabilidad profesional del nutriólogo clínico, con el fin de realizar propuestas que fortalezcan el liderazgo del nutriólogo en el ámbito hospitalario. Se aplicó el método cualitativo de la etnografía, bajo un paradigma crítico que combinó la autobiografía con la observación participante, basada en registros personales, recuerdos y mensajes, revisando la información con un enfoque introspectivo para identificar las emociones y los aprendizajes durante la revisión. Al tratarse de una experiencia individual, el ensayo no busca generalizar las experiencias vividas, sin embargo, la reflexión y la posibilidad de generar discusiones sobre la formación y el ejercicio profesional del nutriólogo, muestra la necesidad de replantear la enseñanza ética, clínica y legal en la formación de nutriólogos. Debe reconocerse que el reconocimiento profesional debe sostenerse con responsabilidad, liderazgo y compromiso real con el paciente y la institución.

Palabras clave: autoetnografía; docencia; nutriólogo; cuidado

ABSTRACT

To analyze, from the perspective of experience as an educator training future nutritionists, the tensions that arise when observing the absence of the nutrition professional in hospital care, through a critical reflection aimed at understanding how academic training, professional identity, ethics, and the legal framework influence the clinical nutritionist's professional responsibility, with the purpose of proposing strategies that strengthen the nutritionist's leadership within the hospital setting. A qualitative ethnographic method was applied, under a critical paradigm that combined autobiography with participant observation, based on personal records, memories, and messages, reviewing the information with an introspective approach to identify emotions and lessons learned throughout the process. As this is an individual experience, the essay does not seek to generalize the events described; however, the reflection and the potential to generate discussion regarding the training and professional practice of nutritionists highlight the need to reconsider ethical, clinical, and legal education in nutrition programs. It must be acknowledged that professional recognition must be supported by responsibility, leadership, and genuine commitment to both the patient and the institution.

Keywords: autoethnography; teaching; nutritionist; care



1. INTRODUCCIÓN

Durante 35 años en el ejercicio profesional de la nutrición, treinta y uno los he dedicado a la docencia, considero que nuestra disciplina es importante para el cuidado integral de la salud. Estimo que cuento con el dominio técnico y el compromiso ético, pensamiento crítico y sensibilidad necesarios para el ejercicio de la nutrición en el área clínica, sin embargo, varias experiencias profundamente frustrantes me obligaron a confrontar la distancia existente entre lo que enseñamos y lo que, en muchos casos, se ejerce. En particular, me enfocaré en un caso, ya que no es solo uno del que tengo esta experiencia.

La autoetnografía, permitirá abordar esta vivencia, desde la honestidad emocional y el rigor analítico que como sujeto y objeto de este estudio, se requiere en un proceso de introspección crítica. Con ello, pretendo contribuir a la construcción de una práctica docente más conciente, y a una reflexión colectiva sobre la responsabilidad ética y profesional en la nutrición clínica.

2. DESARROLLO

2.1 Contexto personal y profesional

Mi incursión en la docencia surgió con motivo de la invitación hecha por parte de la Coordinación de la Licenciatura en Nutrición, justo a unos días de mi ceremonia de titulación como Licenciada en Nutrición. Comencé impartiendo clase en las áreas de servicios de alimentación y el área clínica, ésta última, en las temáticas de Dietología y Dietoterapia, combinando en las actividades prácticas de las asignaturas, las funciones del nutriólogo clínico en los servicios de alimentación hospitalario, acudiendo a hospitales públicos y privados, y a servicios de alimentación comerciales e institucionales. Durante mi formación como nutrióloga, mi interés siempre estuvo centrado en ejercer la profesión en el área de la nutrición clínica, por lo que las Prácticas Profesionales y el Servicio Social los realicé en hospitales públicos de mi ciudad, lo que me permitió reforzar mi inclinación en dicho campo profesional. Siendo recién egresada sentí la responsabilidad de ampliar el camino para dar a conocer las funciones del



nutriólogo, trabajando para lograr el reconocimiento del personal médico y de enfermería principalmente, y poder integrar el equipo interdisciplinario ideal que requiere todo servicio de atención en salud. La invitación hecha para formar parte de la planta docente de la licenciatura, me hizo sentir que era la oportunidad ideal para impulsar a los futuros nutriólogos a que adquirieran el compromiso de formarse, no solo desde los conocimientos propios de la profesión, sino también en las actitudes y aptitudes necesarias para hacer frente a la desestimación del resto del personal de salud, estando segura que con ello, podría lograr que mis estudiantes egresaran con una actitud positiva y propositiva mediante la autoconfianza y autoconocimiento personal y profesional.

Desde hace poco más de diez años, ofrezco en la licenciatura, la asignatura de *Legislación aplicada al ejercicio profesional del nutriólogo*, debido a que considero importante que los futuros nutriólogos conozcan los deberes y obligaciones de la profesión, sin embargo, se trata de una asignatura de corte optativo, por lo que no se abren grupos de manera permanente y cuando esto ocurre, el número de estudiantes es bajo.

El caso particular que trataré, es de una mujer adulta mayor, hospitalizada por un evento cerebrovascular, no proporcionaré más detalles, ya que debo resguardar su identidad, pero al ser una persona muy querida para mí, me dejó una huella profunda. El impacto fue más allá de su condición de salud, se añadió a esto, la ausencia de la atención nutricia que debió haber estado presente, aun cuando su recuperación no dependiera de la alimentación. En mí, se generaron sentimientos de frustración, enojo e impotencia, ya que la falta de atención nutricia vulneró su derecho a una atención integral. Desde el primer momento en que no se inició el PAN, surgieron en mí dudas tales como, ¿qué estamos dejando en nuestros estudiantes?, ¿qué vacíos en su formación hacen que el nutriólogo no cumpla con su labor?, ¿hasta donde llega el discurso del docente que manifiesta que la nutrición es una ciencia no solo biológica sino también humanista?. Estas preguntas me motivaron para reforzar mi compromiso como



docente y recordar que mi función va más allá de solo transmitir conceptos, se trata de formar nutriólogos sensibles, responsables y conscientes del impacto humano de su función.

2.2 Revisión de literatura

2.2.1 Ética personal, teórica y profesional

Dentro de la formación de todo profesionista, la ética forma parte de los contenidos transversales de la educación, ya que integra dimensiones individuales, teóricas y aplicadas del quehacer humano (Avane, 2024).

La ética personal se entiende como el conjunto de valores y principios que se adquieren a lo largo de la vida y que guían la conducta cotidiana; estos valores se refuerzan mediante la experiencia, el entorno familiar y la cultura, siendo base sobre la cual cada persona interpreta lo correcto y lo justo. En mi labor como docente, la ética personal la llevo a cabo mediante la búsqueda de la coherencia entre lo que enseño y lo que practico, recordando que la congruencia es parte fundamental de la credibilidad hacia el docente (Pérez Vargas et al., 2023).

La ética teórica, es un campo disciplinar de la filosofía moral, que se estudia a través de diversas teorías como el deontologismo, el utilitarismo o la ética del cuidado, con el fin de estructurar y cuestionar las convicciones personales; es decir, trata de brindar elementos para comprender lo complejo de los dilemas contemporáneos y poder llevar a cabo análisis críticos sustentados (Cortina, 2021). Este tipo de ética me ha dado herramientas para comprender que no todos los dilemas pueden tener una respuesta absoluta, sino que es necesaria una deliberación con base en argumentos sólidos.

La ética profesional es la representación de la aplicación práctica de las reflexiones en el ejercicio de una profesión, donde la responsabilidad por el conocimiento, el lugar de trabajo y principalmente, hacia las personas que recibirán el beneficio por los servicios prestados. La ética profesional no solo se trata de seguir códigos deontológicos, sino más bien de un compromiso con el



bienestar social, la justicia y la dignidad humana (Vigo, 2025). Como docente, reconozco que la enseñanza debe estar alineada a los principios de la ética profesional, de manera que los futuros nutriólogos comprendan que su función tiene impacto directo en la vida de otras personas, por lo que deben adquirir un firme compromiso ético.

2.2.2 Aspectos legales de la práctica del nutriólogo en el campo clínico

Toda profesión está enmarcada por una serie de leyes, reglamentos y normas jurídicas, así como de códigos éticos que pretenden garantizar la calidad de la atención y la protección de los usuarios. El área de la salud no se encuentra exenta a ello, la práctica clínica tiene responsabilidad legal directa, las decisiones tomadas inciden directamente con el diagnóstico, tratamiento, evolución y bienestar de los usuarios. De manera particular, el profesionista de la nutrición, no debe estar ajeno al cumplimiento de las normativas correspondientes (Macossay et al., 2025).

Mi experiencia profesional hizo que ofertara en la licenciatura en nutrición en que participo, la asignatura "*Legislación aplicada al ejercicio profesional del nutriólogo*", que contiene temas relacionados con las distintas áreas de ejercicio profesional (clínica, poblacional y servicios de alimentos), incluyendo la deontología, la investigación, el actuar de los servidores públicos y el área fiscal, debido a que existe una ausencia de conocimientos en materia legal que generan conflictos interprofesionales, ya que no solo es necesario contar con conocimientos en materia de nutrición, sino también conocer los alcances y límites jurídicos de las decisiones que se toman, de forma tal que se promueva una práctica ética que esté alineada con la legislación sanitaria vigente.

El aspecto legal de la nutrición está relacionado estrechamente con la protección de los derechos de los usuarios/clientes, en el ámbito clínico, son los derechos a la información, al consentimiento informado y a la confidencialidad de los datos



clínicos, así como documentar adecuadamente los procedimientos establecidos en el PAN en el expediente clínico, siendo esto, la evidencia de una práctica profesional ética, legal, transparente (NOM-004-SSA3-2012).

Un punto relevante dentro del marco legal, es la relación del nutriólogo clínico con el equipo interdisciplinario de salud, ya que debe quedar clara la delimitación de competencias, lo que implica actuar dentro del marco de la propia competencia, sin invadir las funciones diagnósticas o terapéuticas exclusivas de otras profesiones, lo que permite reconocer los límites de la intervención nutricia a la vez, que se puede exigir que el trabajo del nutriólogo sea respetado como parte de la atención integral, lo que dignifica a la profesión, posicionando al nutriólogo clínico como un profesionista autónomo, consciente de sus derechos y deberes, actuando con mayor certeza, promoviendo la comunicación ética con los usuarios y colegas, fortaleciendo la legitimidad de la función del nutriólogo clínico en el ámbito hospitalario (Hirsch, 2013; Ley General de Salud, 2024).

2.2.3 Identidad profesional del nutriólogo

Existen diferentes acepciones del término *identidad profesional*, una de ellas, identifica elementos como las experiencias y los conocimientos técnicos comunes a una profesión, la cual se forja a través del espacio en común que comparte el profesionista con su entorno profesional y social, así como del lugar donde trabaja, por lo que esta identidad no es estática, sino que se va construyendo de forma dinámica a partir de la formación académica, la experiencia profesional y el reconocimiento social de la profesión (Hirsch, 2013). La identidad profesional converge entre el conocimiento científico, la práctica social y el compromiso ético. Tratándose del nutriólogo, éste debe forjar su identidad profesional mediante competencias que integren la capacidad técnica con valores de responsabilidad social, lo que le debe permitir, responder a las necesidades de salud pública y a los problemas alimentario-nutricios contemporáneos (Buen Abad, 2023).



Dentro de mi experiencia docente, he visualizado que la identidad profesional del nutriólogo se forja con la unión entre la teoría y la práctica, durante el proceso enseñanza-aprendizaje en aulas, laboratorios, espacios clínicos, servicios de alimentos y comunitarios, llevando al estudiantado a aplicar el conocimiento adquirido en situaciones realistas, donde se enfrentan a dilemas éticos, escasez de recursos institucionales y necesidades sociales muy diversas, por lo que el nutriólogo no se reconozca solamente como un técnico en dietética y dietoterapia, sino como un agente de cambio con impacto en la salud individual y grupal.

Construir la identidad profesional del nutriólogo, se relaciona además con problemáticas tales como el intrusismo profesional y propagandístico, las necesidades actuales de contar con una especialización, ética profesional y formación continua, han dificultado el reconocimiento de la nutrición como una disciplina científica capaz de hacer frente a los diversos problemas de malnutrición que hay en la población, por lo que es necesario integrar en la formación del nutriólogo la investigación, la interdisciplinariedad y la comunicación efectiva, de manera que el nutriólogo pueda posicionarse como el pilar capaz de tomar decisiones sobre alimentación y nutrición (Martínez-Leo et al., 2024; Bengoa, 2024; Heredia y Plascencio, 2025).

En mi trayectoria, reflexionar mediante la auto etnografía sobre la identidad del nutriólogo, me permite reconocer que mi propia identidad se ha forjado mediante el ejercicio docente, la práctica clínica, mi labor en servicios de alimentación y en proyectos comunitarios, puesto que cada área ha contribuido a reafirmar que ser nutrióloga, no es solo tener una bagaje de conocimientos, sino aplicarlos con compromiso ético con la salud y el bienestar social, con ello, reafirmo que la identidad profesional es un proceso en constante construcción, donde se unen la formación académica, la experiencia profesional y la responsabilidad social de la profesión.



2.2.4 Responsabilidad y liderazgo del nutriólogo en el campo clínico

La salud de las personas, enmarca aspectos biológicos, psicológicos y sociales, donde, desde una visión positivista, el componente biológico se considera más importante, por lo que el área clínica del ejercicio profesional del nutriólogo, es un lugar privilegiado, en el cual, la responsabilidad del nutriólogo se hace más evidente, ya que las decisiones relacionadas con la terapia médico nutricional tienen impacto directo en la recuperación de la salud o control de la enfermedad, así como en la calidad de vida de los usuarios. La responsabilidad profesional en el área clínica va más allá de la aplicación de los conocimientos científicos adquiridos, ya que involucra la capacidad de tomar decisiones éticas y seguras en un contexto de alta vulnerabilidad. Mi experiencia profesional, me ha hecho saber que es importante la necesidad de evaluar de manera crítica la realización del PAN, el cual recomienda considerar la evidencia científica como la individualidad de cada usuario, por lo que se requiere de sensibilidad y juicio clínico.

Por otra parte, el liderazgo del nutriólogo en el área clínica no debe centrarse en contar con un nombramiento oficial que permita dirigir o coordinar las acciones en el Servicio de Nutrición Hospitalario, sino en ejercer una influencia positiva en la práctica interdisciplinaria, por lo que el liderazgo está relacionado con la capacidad de comunicación, la defensa de la profesión y la promoción de un abordaje integral de la salud. Durante mi ejercicio profesional en el área clínica, considero que apliqué liderazgo en nutrición al interactuar de forma sistemática e integral con médicos, enfermeras, terapeutas físicos y otros profesionistas de la salud, donde con base en evidencia científica y resultados visibles en mi ejercicio profesional, logré que el PAN formara parte de la atención integral del usuario y al mismo tiempo fomentar la colaboración con el equipo interdisciplinario de salud.

Entrelazar la responsabilidad y el liderazgo para promover la seguridad de los usuarios, permite una mejora en la calidad de la atención. Los nutriólogos del



área clínica deben desempeñar un papel activo en el Servicio de Nutrición Hospitalario, con el fin de prevenir complicaciones asociadas a la malnutrición, brindar educación alimentario-nutricional al usuario y sus familiares; con ello, no solo se ejerce el liderazgo desde una jerarquía organizacional, sino desde la capacidad para actuar con compromiso, ética y una visión integral a las necesidades del usuario.

Ser nutrióloga en el área clínica ha sido una oportunidad y una obligación para contribuir al bienestar de las personas, tomando decisiones que han trascendido en lo individual para impactar en el sistema de salud en su conjunto.

2.2.5 La formación profesional como un proceso transformador

La formación profesional debe ser un proceso que trascienda de la adquisición de conocimientos a convertirse en una experiencia de transformación personal y social. Así, la universidad no solo forma profesionistas en un área del conocimiento, sino que también es capaz de moldear identidades, valores y compromisos con la sociedad, por lo que la formación profesional debe tener sentido para quien decide formarse profesionalmente, y se identifique como un sujeto activo de cambio y no solo como un receptor de información (Melo et al., 2025).

En mi actuar como profesora y profesionista de la nutrición, he constatado que este proceso formativo, transforma tanto al estudiantado como al profesorado, a través de la atención a problemas reales, en las áreas de ejercicio profesional, apoyadas de la investigación, lo que promueve nuevas formas de pensar, sentir y actuar, lo que prueba que el proceso enseñanza - aprendizaje fomenta la reflexión crítica, la autoconciencia y la capacidad de tomar decisiones éticas frente a los diferentes desafíos que el nutriólogo enfrenta durante su ejercicio profesional, permitiendo así la transformación que la educación pretende en el educando.

Cabe señalar, que la transformación del profesionista no solo es de manera individual, sino también colectiva, ya que la sociedad requiere de profesionistas



críticos, reflexivos y socialmente responsables, con el fin de lograr una sociedad más justa y equitativa. Por ello, la educación profesional debe responsabilizarse de contribuir a que el estudiantado adquiriera las competencias técnicas y científicas necesarias basadas en valores ciudadanos, de forma que la profesión contribuya al bien común.

Mi deseo como docente es que el estudiantado de nutrición consolide su identidad profesional a través del proceso educativo, de forma que se conviertan en agentes de cambio capaces de generar un impacto positivo en los usuarios a quienes brindan sus servicios.

La educación, es un proceso bipartito, donde el estudiantado y el profesorado, pueden construirse, cuestionarse y reinventarse, por lo que el proceso enseñanza aprendizaje debe evolucionar de acuerdo con las necesidades sociales y la ética necesaria para el cuidado humano (Nava-González et al., 2021).

2.3 Metodología autoetnográfica

Se empleó para el ensayo, la autoetnografía, combinando la experiencia personal con el análisis de la profesión mediante una narrativa individual, la cual está dirigida hacia la vivencia como a cuestionar las estructuras, prácticas y sentidos que giran en torno al ejercicio profesional del nutriólogo en el ámbito hospitalario.

2.3.1 Fuentes de datos

Los datos fueron recabados mediante registros personales, recuerdos, mensajes entre las personas cuidadores de la usuaria y pensamientos generados durante la hospitalización de la persona que no recibió la atención nutricia necesaria, no hay evidencia oficial ya que no es permitida la toma de fotografías a las notas de evolución ni al expediente. Toda esta información, se revisó con un enfoque introspectivo, tratando de identificar las emociones y los aprendizajes durante esa revisión.

2.3.2 Enfoque metodológico



El método cualitativo empleado es la autoetnografía, bajo una narrativa personal, individual con un enfoque narrativo reflexivo, haciendo énfasis en una reflexión profesional que a la vez conecta con una reflexión personal, identificando que mi posición como docente formadora de nutriólogos se entrelazó con la frustración y la desilusión del ejercicio profesional del nutriólogo en el área clínica hospitalaria. Esta mezcla de roles y emociones permitió comprender cómo las tensiones entre la formación académica y la práctica hospitalaria hacen evidente la incompleta presencia y reconocimiento de la función nutriólogo, a través de combinar la experiencia personal y profesional, con una reflexión crítica y propositiva (Chang, 2016; Holdsworth, 2024).

2.3.3 Consideraciones éticas

En atención a la ética de la investigación cualitativa, se mantiene el anonimato de personas e instituciones que se mencionan de forma indirecta en la narración, con el fin de proteger su identidad y concentrar la atención en el análisis crítico del ejercicio profesional.

2.3.4 Objetivo metodológico

El presente ensayo pretende comprender cómo, la vivencia personal se entrelaza con problemas estructurales de la profesión del nutriólogo que permitan fortalecer la formación, identidad, liderazgo e inserción del nutriólogo en el ámbito clínico, ya sea hospitalario o ambulatorio, procurando un impacto positivo en la calidad de la ejecución del PAN.

2.4 La historia: narración autoetnográfica de las hospitalizaciones

2.4.1 Primer hospitalización

Los nutriólogos, jugamos un papel fundamental en el cuidado y atención de personas en estado crítico, sobre todo en el correcto diagnóstico de desnutrición, donde debemos individualizar los objetivos nutricionales y monitorear los signos de desnutrición o sobrealimentación, por lo que es necesaria una evaluación exhaustiva al estado nutricional. Se considera que al realizar intervenciones nutricionales individualizadas, con base en una buena evaluación nutricional y una



correcta declaratoria diagnóstica, se pueden obtener resultados favorables para los usuarios (Reintam et al., 2023).

La desnutrición hospitalaria es frecuente, ya sea porque la persona ingresa con desnutrición o la desarrolla durante su estancia hospitalaria como consecuencia de la propia enfermedad, los procedimientos y tratamientos médicos. En personas adultas mayores, diversos estudios europeos con base en la aplicación del Mininutritional Assesment en su versión corta (MNA-SF), encontraron resultados donde un 95% de los usuarios hospitalizados, presentaron desnutrición (Yilmaz et al. 2024); otro estudio en usuarios con daño severo, solo 12% presentaron desnutrición al ingreso, sin embargo, del restante 88%, el 50% desarrollaron desnutrición durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos y 18% en piso; de este 68%, el 58% presentaron más complicaciones que los personas bien nutridas. (Verheul et al., 2025). En usuarios terminales, la prevalencia de desnutrición ha sido del 41.1% (Eglseer et al., 2024). En un estudio donde se valoró la importancia de la hidratación en usuarios adultos mayores hospitalizados, encontraron que solo el 0.9% se encontraban bien nutridos, el 53.2% con riesgo de desnutrición y el 45.9% con desnutrición (Viñas et al., 2025).

Tomando en consideración esta información, debo recalcar que toda persona merece una adecuada prescripción dietética, basada en una correcta valoración nutricia, ya sea a nivel ambulatorio u hospitalario, y la herramienta fundamental para esto, es el PAN. Se conoce a nivel hospitalario que el riesgo de desnutrición es inminente por la presencia de la enfermedad que origina la hospitalización, las patologías asociadas, los tratamientos y procedimientos médicos, los factores biológicos como la edad y el sexo; existe evidencia que la desnutrición hospitalaria es un problema prevalente que carece de atención, el cual afecta la duración de la estancia hospitalaria, la morbilidad, mortalidad y calidad de vida de los usuarios, así como a la atención integral en salud (Trejos-Gallego & Pinzón-Espitia, 2024; Rinninella et al., 2023).



En el caso de la persona en cuestión, sin considerar la causa de hospitalización, presentó los siguientes factores de riesgo que agravaban su estado nutricional:

1. *Mujer*
2. *Adulta mayor (78 años)*
3. *Sedentaria*
4. *Edentulia (con prótesis completa removible de los maxilares)*
5. *Diabetes*
6. *Hipertensión*
7. *Obesidad*

El traslado al hospital se realizó debido a que la persona presentó dificultad para hablar y darse a entender, a la presencia de mareos al momento de levantarse y tratar de caminar, así como dolor de cabeza que no cedía a los analgésicos. En el servicio de *triage* en urgencias, se le cataloga en color amarillo, por lo que se valora de forma inmediata y posterior a esto, el personal médico tramita su ingreso a hospitalización en urgencias para valoración por neurología por posible daño cerebral. Así, se añade otro factor de riesgo, dando un total de ocho, que pueden agravar el estado nutricional de la persona. Cabe mencionar, que el personal del área de urgencias, solicita a los familiares se lleven las prótesis dentales de la persona para el caso que deba ingresar a cuidados intensivos o a quirófano.

Por la mañana del día siguiente, neurología mediante la valoración clínica determina posible daño neurológico por lo que solicita Tomografía Axial Computarizada (TAC) para confirmar el diagnóstico. Después de la toma de TAC, se diagnostica con hematoma subdural izquierdo crónico en cerebro, por lo que debe ser sometida a cirugía, razón por lo que neurología indica ayuno. El día tres, ingresa cerca del medio día a quirófano, terminando la cirugía aproximadamente cuatro horas después, el ingreso a piso se hace tres horas posteriores a la finalización de la cirugía, posterior a la valoración por



anestesiología y la disponibilidad de cama. Se observó, durante los días dos y tres en urgencias lo siguiente:

No hay pase de visita por parte del personal de nutrición para tamizaje o valoración del estado nutricional, así como para el seguimiento de los usuarios; el personal médico es quien prescribe el tratamiento nutricional y enfermería llena la solicitud de dietas. La entrega de las dietas y recogido de utensilios, corre a cargo del personal de apoyo del servicio de nutrición (galopines), en ausencia de licenciados en nutrición, por lo que tampoco existe valoración de la ingesta de alimentos. Debe mencionarse, que los usuarios con lesiones cerebrales graves, presentan deterioros físicos y mentales, así como afectaciones metabólicas y del estado nutricional, lo que conlleva a complicaciones graves como infecciones, úlceras por presión y polineuropatía, debidas principalmente por la inmovilización prolongada y el deterioro al estado nutricional (Shestopalov et al., 2024).

El día cuatro, neurología prescribe dieta de líquidos claros, para comenzar hidratación vía oral y evaluar la capacidad para alimentarse por sí sola, hasta el día siete que es cuando prescriben dieta blanda. La primera dieta blanda, se entrega en la hora de la comida (12:00 h) del día siete, en consistencia normal; debido a la edentulia, la mujer no puede consumirla, por lo que sugiero durante la visita médica dieta picada. El cambio en la consistencia, lo solicita el médico durante la visita del turno vespertino, por lo que los alimentos para la hora de la cena son en consistencia normal ya que no hay revisión de la hoja de indicaciones médicas por parte del servicio de nutrición. Se procuró que la persona utilizara su prótesis dental, sin embargo, por los días transcurridos sin ésta, ya no se ajustó a su cavidad bucal, por lo que no consumió la totalidad de los alimentos. A pesar de contar con la indicación del personal médico, el día ocho, por la mañana (8:30 h), el servicio de nutrición entrega dieta de líquidos claros. El personal de enfermería y yo, comentamos al personal galopín, que la dieta es con alimentos picados, a lo que informa que deberá ser hasta la siguiente comida, ya que no es posible enviar alimentos en ese momento, así,



la dieta picada se recibe hasta la hora de la comida (12:30 h), lamentablemente, la persona no puede consumirla ya que los alimentos, a pesar de estar picados, estaban duros, con base en esto, durante la visita vespertina de los médicos, se determina solicitar alimentos en papilla, sin embargo, para la cena (18:30 h) entregan nuevamente alimentos picados, que la persona no puede masticar.

El personal del servicio de nutrición tampoco prescribe el tratamiento dietético en piso, está ausente del equipo de salud para valorar a la persona y tampoco se presenta al existir observaciones con respecto de su alimentación, por lo que ignoran su condición; al haber errores en la entrega de la dieta, puede observarse un descuido que en otros casos puede resultar catastrófico. El día ocho, el personal de nutrición escribe "NUT" a un lado de la prescripción dietética que realiza el personal médico.

Para el día nueve, la persona recibe sus alimentos en papilla hasta la hora de la cena, es decir, el desayuno y comida, no cumple con mis sugerencias, ni con las indicaciones de personal médico, sin embargo, están en consistencia líquida, lo que por un lado recibe menor contenido energético y de nutrimentos, y por otro, es muy complicado alimentarse con cuchara. La paciente comenta que los alimentos no saben a nada.

La papilla, debe ser la preparación de alimentos machacados o molidos, para que tengan una consistencia suave, que no esté muy líquida ni muy espesa, para facilitar la ingesta de alimentos.

El día diez, los alimentos continúan en consistencia líquida, durante el pase de visita médica, esto se comunica e indican que los alimentos deben ser en papilla.

Con base en esto, planeo ingresar alimentos al hospital. Considerando que es un riesgo microbiológico, llevo papillas comerciales para bebé y suplemento alimenticio líquido para personas con diabetes. Esto, pone en evidencia, la poca eficiencia y eficacia del servicio de nutrición.



Día once. La mujer se logra sentar dos veces, por periodos de diez minutos. Ingreso alimento comercial en papilla para evitar el deterioro de los alimentos al no contar con refrigeración, así como el suplemento alimenticio, éstos se los proporciono posterior a la ingesta de los alimentos del hospital. Para el día doce, la mujer pide más suplemento alimenticio, ya que le agradó el sabor (dijo que estaba mejor que la dieta del hospital).

Los alimentos de la hora de la comida (12:00 h) del día once, los entregan sin cuchara, no hay cubiertos limpios y el personal que distribuye las dietas, entrega cuchara desechable, la cual se lava en el sanitario del piso y se desinfecta con gel antibacterial, ya que es notorio que se utilizó con anterioridad. La falta de utensilios limpios para las personas hospitalizadas representa un riesgo para contraer infecciones, al ser domingo, pienso que se debe a la ausencia de personal que realice las actividades de lavado de cubiertos.

El día trece, la mujer comienza nuevamente a tener complicaciones para hablar y expresarse correctamente, también se le dificulta consumir sus alimentos, tanto los del hospital como los llevados desde casa. En la vista médica, por valoración clínica, observan que la persona ha tenido pérdida de peso, por lo que el personal médico de base, indica tratamiento con insulina de acción intermedia por la mañana y de acción rápida para cada comida principal, por lo que solicita a los médicos residentes indiquen seis comidas al día con base en el esquema de insulino terapia, a lo que el personal residente comenta que eso no es factible, ya que el servicio de nutrición solo entrega tres comidas al día en horarios de 8:00, 12:00 y 18:00 h.

La falta de atención nutricia para lograr un buen tratamiento para la diabetes generó en mí desilusión y frustración muy grandes. Durante la formación del nutriólogo, se hace énfasis en la importancia que tiene la alimentación para el tratamiento y/o control de las enfermedades metabólicas, y en el caso de personas hospitalizadas con enfermedades que



comprometen aún más el metabolismo y ponen en riesgo el estado nutricional, este vínculo nutrición – medicina, se hace aún más importante.

Al empeorar la condición neurológica de la paciente, se envía a realizar TAC, donde se diagnostica neumoencefalo, se prescribe oxigenoterapia y continua con la dieta en papilla.

El catorceavo día, acudió personal de nutrición quien se limita a preguntar cuánto peso ha perdido la persona, dato del cual no hay registro ya que no hubo tamizaje ni valoración del estado nutricional al ingreso, el personal se limita a tomar la medida de la circunferencia del brazo (no queda asentada en el expediente), la que, sin una valoración al ingreso, carece de objetividad para conocer si han habido cambios al estado nutricional durante la estancia hospitalaria.

El día quince, durante el desayuno y comida, se envían alimentos en papilla, sin embargo, para la cena, los alimentos son picados, por lo que la mujer no consume los alimentos del hospital y se le proporcionan la papilla comercial y el suplemento alimenticio. Los siguientes tres días, la persona se mantiene dormida, cuesta trabajo despertarla para que se alimente y al despertar, no es posible alimentarla, ya que el personal galopín retira las charolas de alimentos independientemente si la persona comió o no, se les da una tolerancia de 30 minutos para ingerir sus alimentos.

Es lamentable que, las charolas de alimento se dejen por 30 minutos a disposición de los usuarios, en el caso de personas con problemas para alimentarse, el tiempo no es suficiente para lograr un consumo adecuado. Por solicitud del personal de enfermería, en ocasiones se lograba que la charola la dejaran un tiempo mayor, cuando esto ocurría, el personal del servicio de nutrición, pasaban a recoger las cucharas de acero inoxidable, sin dejar cubiertos desechables para alimentar a las personas, y sin valorar el consumo de alimentos.



A partir del día diez y nueve, el médico tratante indica alimentación por sonda, ya que la persona no se alimenta adecuadamente. La sonda se coloca a través de la boca para no interferir con la oxigenoterapia. El día veinte, la mujer comienza a reaccionar favorablemente, por lo que el personal médico contempla en el corto plazo su alta, pero debido a la inmovilidad durante la estancia hospitalaria, solicitan interconsulta con Terapia Física y Clínica de Heridas por la formación de úlceras por presión (UPP) en la región glútea. Nuevamente se indica alimentación oral, con alimentos en papilla. El día veintiuno, se da de alta a pesar de las limitaciones que tiene en cuanto a movilidad. El alta se recomienda para motivar a la mujer y evitar infecciones nosocomiales.

El día de su alta, el personal del servicio de nutrición revisa la prescripción dietética del médico sin leer que está indicada el alta, por lo que consideré necesario informarlo para evitar que distribuyeran alimentos que ya no se iban a consumir.

2.4.2 El reingreso

Desafortunadamente, siete días después del egreso, la persona tuvo que ser hospitalizada nuevamente ya que su estado neurológico empeoró. Durante la valoración inicial se identifican las siguientes condiciones y padecimientos que afectan al estado nutricional:

1. *Mujer*
2. *Adulta mayor (78 años)*
3. *Sedentaria*
4. *Edentulia (sin prótesis completa removible de los maxilares)*
5. *Diabetes*
6. *Hipotensión con taquicardia*
7. *Baja saturación de oxígeno*
8. *Sobrepeso (originado por la pérdida de peso en la primer hospitalización, recordemos que la mujer presentaba obesidad)*
9. *Úlcera por presión en zona glútea*



10.Infección de vías aéreas superiores

11.Hematomas subdurales bilaterales crónicos

Esta segunda estancia hospitalaria tuvo una duración de veinte días, hasta el fallecimiento de la paciente. Los días uno y dos, se mantiene en el área de urgencias esperando cama en piso.

Nuevamente se observa que, al ingreso, no se realiza tamizaje ni evaluación nutricia, cabe mencionar, que las prótesis dentales no pueden ser utilizadas por la mujer, el deterioro al estado nutricional y el tiempo en que no se utilizaron ocasionó que no se adaptaran a la cavidad bucal. La presencia de UPP, debida a la primer hospitalización, se encuentra en estado avanzado. Las personas con lesiones cerebrales graves presentan daño a la función cognitiva, pierden movilidad, así como la percepción sensorial, la deglución y masticación de alimentos, lo que pone en riesgo el estado nutricional, llevándolas a una mala calidad de vida, mayor duración de la hospitalización y un alta morbilidad y mortalidad, por lo que la atención nutricional es importante en estos casos (Gheri et al., 2023).

Al tercer día en piso, se solicita por parte de medicina interna, el servicio de Clínica de Heridas para valoración de la UPP; indican ayuno para realizar TAC con medio de contraste, movilización cada hora para evitar mayor daño a la UPP y alimentos en papilla después de realizada la TAC. Se recomienda proporcionar grandes cantidades de agua después de la realización de la TAC, ya que es necesaria para la eliminación del medio de contraste. Para hidratar a la persona, fue necesario hacerlo con jeringa, ya que no se encontraba consciente; los alimentos se daban con cuchara, sin embargo, era difícil alimentarla.

No era factible alimentarla correctamente debido a el estado de inconciencia en que se encontraba, la presencia de flemas y tos, así como también por el tiempo limitado en que los alimentos podían permanecer al lado de la cama. Cabe señalar que proporcionaban cucharas desechables pequeñas, no había disponibilidad de cucharas de acero inoxidable.



El cuarto día, tampoco logró alimentarse, las sesiones de curación de la UPP duraban entre 45 y 60 minutos. En la valoración médica, se observa dolor generalizado y estado de irritabilidad, por lo que se prescriben analgésicos y sedantes. El área de geriatría considera necesaria la alimentación por sonda nasogástrica, ya que se ha vuelto imposible alimentarla, aunque espera que la medicación con analgésicos y sedantes ayude a que pueda alimentarse por vía oral.

Desde el quinto hasta el séptimo día, no logra comer, no reacciona a las indicaciones para que abra la boca, no traga los alimentos, aunque responde un poco al agua que se le proporciona. Durante la valoración médica del día ocho, se informa al personal médico que la persona se queja mucho, sobre todo al momento de movilizarla, se procuraba dar la medicación y los alimentos por vía oral, sin embargo era difícil; asimismo, la colocación de catéteres por vía periférica se imposibilita ya que presenta hinchazón en ambos brazos, así, se autoriza la colocación de catéter central para brindar la medicación, la aplicación de analgésico en parche y sonda nasogástrica para alimentación, el personal médico prescribe dieta polimérica de 1600 kcal.

Las fórmulas enterales deben basarse en la función gastrointestinal, la tolerancia y las características fisiopatológicas de la persona, la administración de dietas enterales debe contar con monitoreo continuo, realizar los ajustes individualizados necesarios tomando como guía la evidencia científica de organismos nacionales e internacionales como la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) o la Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN) (Wischmeyer et al., 2023). El día de la colocación de la sonda, no se logró darle de comer, ya que fue puesta después de la hora de la cena, y no se autoriza proporcionar alimentos fuera del horario establecido, la paciente estuvo más de veinte horas sin alimento.



El día nueve, se proporciona dieta polimérica de 1000 kcal. Alrededor del mediodía, el personal de neurocirugía indica ayuno para realizar estudios para valorar si está en condiciones de someterla a cirugía para tratar los hematomas cerebrales, sin embargo, durante la toma de signos vitales, la paciente continúa con hipotensión y taquicardia, lo que no permite sea candidata a cirugía hasta que los signos vitales se estabilicen. El día diez, medicina interna solicita valoración para realizar el procedimiento de cardioversión y estabilizar el ritmo cardiaco, al observar que la dieta aporta 1000 kcal., solicitan interconsulta de nutrición; así también, sospechan que la infección de vías áreas no ha cedido. Los resultados de laboratorio que se realizan para valoración a cirugía y la temperatura corporal, indican que la infección de vías aéreas no ha cedido, por lo que se realizan ajustes al antibiótico; hay desequilibrio hidroelectrolítico, por lo que la interconsulta de nutrición es importante. A partir del día once hasta el quince, continúa la solicitud de la interconsulta de nutrición, al no contar con ella, el día dieciséis el personal médico cancela la solicitud; cabe mencionar que modifican a 1300 kcal. la dieta para controlar la glucemia y ajustan los electrolitos vía catéter central. Durante estos días, se realiza cultivo a la UPP, dando positivo a infección.

Al proporcionar el servicio de nutrición 1000 kcal., la persona recibe 23% menos de la recomendación energética sugerida por los médicos; personalmente, al realizar los cálculos necesarios, se debieron de haber prescrito 1700 kcal. y el ajuste adecuado de insulina, comparando, el personal médico tuvo una diferencia inferior al del servicio de nutrición, el contraste entre los cálculos realizados por mí y los médicos, fue del 6%. Debo insistir en que el personal de nutrición nunca acudió a la interconsulta, no hubo adecuaciones a la alimentación de la persona. Con base en las necesidades de la paciente y lo proporcionado por el servicio de nutrición, recibía 4200 kcal semanales menos a los requeridos, la pérdida de peso semanal sería aproximadamente de 600 g, a lo que, añadido al estrés metabólico, la pérdida de peso quizá fue mayor.



El día dieciséis, la Clínica de Heridas solicita valoración de Cirugía para desbridamiento de la UPP, ya que avanza cada vez más y empeora por la infección presente. El área de Cirugía realiza biopsia del área glútea el día diecisiete, registra signos vitales, valora a la mujer, a lo que concluye que es candidata al procedimiento, la cual se realizaría al haber disponibilidad de quirófano.

El día diecinueve, el personal médico sostiene una plática con los familiares de la persona, informando que la dieta nasogástrica debe retirarse para colocar ostomía para alimentación, así, la familia autoriza se ejecute el procedimiento, por lo que se programa para el día siguiente, por otro lado, el área de cirugía informa que la debridación de la UPP se realizaría el día veintiuno.

Por la mañana del día veinte, se coloca la ostomía favorablemente, la persona se mantiene estable desde la salida del quirófano hasta las 18:20 horas, en que se registra su fallecimiento.

2.4.3 El personal del hospital

Me encuentro sumamente agradecida por la atención recibida por parte de los médicos de las diferentes especialidades que atendieron a la persona (cirugía, medicina interna -geriatria-, neurología), por el personal de enfermería (cuidados generales y Clínica de Heridas) y de apoyo (tanatología, camilleros, intendencia, trabajo social), puesto que siempre se dirigieron a ella por su nombre, la forma en que la entrevistaban, la auscultaban, le proporcionaban sus medicamentos y alimentos, cuando la aseaban o le hacían las curaciones, la trasladaban al área de imagenología o quirófano, lo hacían con mucho cuidado, con empatía, asegurando su bienestar, en algunos casos, con apoyo emocional, independientemente de que estuviera consciente o no; es decir, siempre la trataron como una persona.

Debo mencionar, que el día diecisiete, recibo la visita de personal especialista en Tanatología, mi situación emocional no era buena. Su apoyo y consejo me ayudó para mantenerme en pie y esperar de la mejor manera la partida de la persona,



ya que era un hecho inminente que eso ocurriría de un momento a otro y el día que así fue, se nos permitió de manera amable y cálida, nos pudiéramos despedir de ella.

Sobre el personal de nutrición, me causó mucha desilusión el darme cuenta de que no saludan a la persona ni al familiar o cuidador, no miran a los ojos cuando ocasionalmente hacen una pregunta, se limitan a escribir "NUT" en la prescripción dietética del médico y a recoger cucharas. Las habilidades clínicas del personal de salud no solo son las relacionadas con los conocimientos y habilidades técnicas de cada profesión, sino también con las habilidades interpersonales para evaluar, diagnosticar, intervenir y monitorear de manera efectiva.

2.5 Comsideraciones especiales

2.5.1 Los conflictos legales y éticos por la ausencia del nutriólogo

El hecho que exista ausencia del nutriólogo en la atención de personas hospitalizadas, no solo debe tomarse como una falta técnico-administrativa, sino también de índole legal, donde debemos hacer conciencia de la presencia de los siguientes conflictos legales: imprudencia, negligencia e inobservancia, y considerar analizar si además hay casos de impericia o dolo.

En mi experiencia como docente, he participado en el diseño, evaluación y reestructuración de Planes de Estudio de la Licenciatura en Nutrición, donde al analizar diversos planes de estudio, he observado que donde existe la asignatura de *Legislación*, ésta se enfoca hacia la inocuidad alimentaria. En la asignatura que oferto, no se ha integrado como una asignatura obligatoria, por cuestiones de origen político y de relaciones interpersonales, lo que implica que sean pocos los estudiantes los que adquieren la información necesaria sobre los conflictos legales en salud.

Desde la perspectiva bioética, debe analizarse por que, si al existir de forma obligatoria la asignatura de *Bioética* en los planes de estudio, el actuar de los nutriólogos en el ámbito hospitalario no cumple con los principios bioéticos



fundamentales, así como con los deberes deontológicos a los que están sujetos los nutriólogos. Asimismo, debemos planterarnos lo que se enseña cuando se trata de la atención a personas en etapa terminal, ¿qué valor le dan a la persona cuando se encuentra en el final de su vida?

2.5.2 La frustración como docente

El principal sentimiento durante esta experiencia, ha sido la frustración al constatar la ausencia del nutriólogo clínico en el hospital, esta carencia no solo representa un hueco en el equipo de salud, sino que es un reflejo de la brecha que existe entre lo que se enseña en el aula y lo que en la práctica sucede a nivel hospitalario.

En clases, hago hincapié en la importancia que tiene la correcta aplicación del PAN, como parte fundamental en la recuperación o control de las enfermedades, y por ende, en el bienestar de las personas (Carbajal et al., 2020). Sin embargo, el ver que los usuarios no cuentan con la atención nutricia adecuada con base en evidencia científica y la ética profesional, pienso que no se logra mejorar el pronóstico de las personas afectando gravemente su calidad de vida.

Como profesora, me planteo si en verdad sirve que insista en la importancia del conocimiento, la ética y la capacidad de liderazgo del nutriólogo, así como de enfrentar a otros profesionistas por su intrusismo profesional que termina en estancar la identidad profesional del nutriólogo y en su falta de integración dentro del equipo de salud.

Debo repensar la docencia como un espacio de transformación y propuesta, no solo transmitiendo conocimientos, sino también proponiendo espacios de reflexión crítica para que los futuros nutriólogos comprendan que la identidad profesional no solo se refiere a los conocimientos adquiridos, sino que es ejercer un papel activo en el equipo de salud, reclamando su lugar y defendiendo el derecho de cada usuario a recibir la atención nutricia oportuna. Así, debo alentar al estudiantado a convertirse en agentes de cambio que



rompan con la inercia de la ausencia y hagan presente la nutrición en los diferentes campos profesionales de la nutrición y no solo en el ámbito hospitalario.

2.5.3 Tensiones internas

Darme cuenta de la ausencia del nutriólogo en la atención hospitalaria, me dejó en un dilema tanto personal como profesional. Sé claramente, desde mi formación y experiencia profesional, que la atención nutricia oportuna es de relevancia en el pronóstico de los pacientes; sin embargo, la omisión de las funciones del nutriólogo en el hospital, generó en mi malestares internos que no fueron fáciles de manejar.

Como profesora y responsable de la formación de nutriólogos, cuestioné muchas veces si la educación que impartimos en realidad lograr preparar a los futuros nutriólogos para asumir su responsabilidad con ética y liderazgo. En muchas ocasiones me sentía impotente al no poder intervenir, puesto que en esos momentos no era la nutrióloga, sino la cuidadora la que estaba, por lo que mi frustración crecía cada vez más.

Después de terminado ese proceso, me cuestioné severamente por que, desde las perspectivas legal y ética, las personas no reciben el cuidado integral al que tienen derecho; también, porque no se ha logrado consolidar la identidad del nutriólogo como parte del equipo de salud. Emocionalmente afecta ver que no se aplican las intervenciones nutricias que se han demostrado científicamente eficaces para evitar el deterioro de las personas en su estancia hospitalaria.

El campo clínico de la nutrición es un espacio donde la presencia del nutriólogo es fácilmente invisibilizado, desde mi perspectiva, esto ocurre debido a la pasividad de los colegas, que puede tener orígenes muy diversos. Observé incapacidad para aplicar los conocimientos y habilidades dentro del PAN; no hay integración del nutriólogo en el equipo de salud; las habilidades blandas están ausentes.



2.6 Discusión

La experiencia personal vivida, muestra que las tensiones que se originaron en mi interior no son hechos aislados, son una manifestación de problemas importantes en la formación y el ejercicio profesional de la nutrición en el área clínica. La ausencia del nutriólogo en el ámbito clínico, en específico, el hospitalario, es consecuencia de factores educativos, institucionales y culturales, lo que limita el actuar profesional y ponen en entredicho la identidad del gremio. Espero que esta autoetnografía sea una oportunidad para visibilizar los modelos educativos, el actuar docente, la existencia o carencia de experiencia profesional del profesorado, que dan forma a la práctica y omisión del profesionista de la nutrición.

He podido observar, que en los planes de estudio, se adecúan los contenidos para lograr una formación sólida del nutriólogo en los aspectos biológicos, sin embargo, parece estar carente la formación para que el nutriólogo enfrente los dilemas reales en su práctica hospitalaria, se visibiliza solo un actuar técnico sin toma de decisiones informadas y éticamente responsables, lo que puede deducirse que no hay formación para el desarrollo de la autonomía, la sensibilidad ética ni capacidad de incidencia en el equipo interdisciplinario, debido a una débil apropiación de la ética y la legislación profesional aplicada, lo que se traduce en prácticas que se encuentran lejos del compromiso social y el deber profesional. No debemos, con base en esto, justificar el desconocimiento legal, ni tampoco la ausencia de una cultura ética, más bien, debemos analizar que la ética profesional y el cumplimiento de la legislación, debe ser una práctica cotidiana del actuar docente, que impactará de manera directa en el estudiantado, ya que no solo se trata de incluir temas o asignaturas relacionadas con el tema, sino llevar al nutriólogo a lograr el reconocimiento institucional y su integración al equipo interdisciplinario.

De esto, surge una paradoja: el nutriólogo exige mayor reconocimiento social y profesional, sin embargo, con frecuencia no ejerce el liderazgo ni la responsabilidad que este reconocimiento necesita. El nutriólogo exige



autonomía, pero no practica la autocrítica; desea visibilidad, pero no consolida su presencia en el equipo interdisciplinario. Debemos estar conscientes que el liderazgo profesional no se logra mediante decretos, sino que se va construyendo desde la coherencia entre el saber, el hacer, el ser y el convivir.

En resumen, mi experiencia me hace ver que la crisis en el ámbito de la nutrición clínica está estrechamente enlazada a una pobre conciencia profesional, por lo que es importante reorientar las metas de la formación de los nutriólogos hacia una educación ética, crítica y reflexiva.

3. CONCLUSIONES

El método autoetnográfico, permitió que se reconocieran las experiencias personales en el ámbito clínico, que son hechos anclados a las deficiencias en la formación y el ejercicio profesional en la nutrición clínica. Esta vivencia, aunada a la frustración ante la ausencia del nutriólogo en el cuidado hospitalario, se tradujo en un ejercicio de comprensión crítica sobre cómo la formación profesional, las instituciones de salud y los propios profesionistas de la nutrición, limitan el actuar del profesionista y debilitan la identidad del nutriólogo.

Destaca que el problema no se encuentra en una falta de recursos o en estructuras institucionales rígidas, sino en una crisis de las actividades y de la identidad profesional del nutriólogo. Esta realidad debe conducirnos hacia la transformación no solo de las asignaturas y contenidos de los planes de estudio, sino de una renovación de las actitudes, valores y compromisos base del quehacer profesional (Ravelli et al., 2022).

Deben proponerse líneas de mejora para la formación profesional del nutriólogo, ancladas a la ética profesional, la legislación sanitaria, el perfil y experiencia del profesorado, la enseñanza en los campos clínicos y una evaluación docente que integre las dimensiones éticas, actitudinales y de liderazgo, así como las competencias propias de la profesión y no solo evaluación de la práctica docente.



No solo se trata de exigir reconocimiento profesional, sino actuar con liderazgo, defender la autonomía profesional y asumir con responsabilidad las acciones que conlleva el cuidado nutricional, con un actuar basado en la evidencia científica que exige el PAN y la ética y humanismo que debe caracterizar a toda disciplina de la salud, considerando siempre el marco normativo a cumplir.

El profesorado debe repensar su papel en la construcción de la identidad profesional, recordando que las universidades no solo forman profesionistas competentes en la parte técnica, sino personas éticas y ciudadanos críticos; es necesaria una educación que integre de forma bien estructurada la teoría con la práctica, la ciencia con la conciencia y el conocimiento con la acción transformadora. Solo mediante esta conexión será posible eliminar la brecha entre un perfil de egreso ideal y la función real del nutriólogo clínico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Avane, S. (2024). Ética en la formación del profesional desde las habilidades blandas, responsabilidad social universitaria. *EKTENOS*, 2(1), 21-36. Recuperado a partir de <https://uhektenos.com/index.php/Uhektenos/article/view/43>
- Bengoa, J.M. (2024). Entre la incertidumbre y la esperanza. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 37(1), 395-414. <https://doi.org/10.54624/2024.37.1.005>
- Buen Abad Eslava, L.L. (2023). La identidad profesional del nutriólogo. *Enlace UIC. Revista de la División de Posgrados UIC*, 3(5), 46-56. Recuperado a partir de <https://revistas.uic.mx/files/journals/1/articles/78/6424c76dd9a73.pdf>
- Carbajal, Á., Sierra, J.L., López-Lora, L. y Ruperto M. (2029). Proceso de Atención Nutricional: Elementos para su implementación y uso por los profesionales de la Nutrición y la Dietética. *Rev Esp Nutr Hum Diet.*, 24(2):172-86. <https://doi.org/10.14306/renhyd.24.2.961>



- Chang, H. (2016). Autoethnography in Health Research: Growing Pains? *Qualitative Health Research*, 26(4), 443-451. <https://doi.org/10.1177/1049732315627432>
- Cortina, A. (2021). *Ética cosmopolita*. Editorial Paidós. https://proassetspdlcom.cdnstatics2.com/usuaris/libros_contenido/arxius/47/46043_Etica_cosmopolita.pdf
- Eglseer, D., Bauer, S. and Schuettengruber G. (2024). Malnutrition management and the application of medical nutrition therapy in hospitalized patients at the end of life. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 28 (7), 100255. <http://doi.org/10.1016/j.jnha.2024.100255>
- Gheri, C.F., Scalfi, L., Biffi, B., Pancani, S., Madiari, S., Di Vincenzo, O., Ghaderi, M., Celoni, R., Dalladonna, M., Dragui, F., Maccanti, D., Macchi, C., Romoli, A.M., Cecchi, F., Hakkiki, B. and Luisi, M.L.E. (2024). Relationship between Nutritional Risk, Clinical and Demographic Characteristics, and Pressure Ulcers in Patients with Severe Acquired Brain Injuries Attending a Rehabilitative Program. *Nutrients*, 15, 336. <https://doi.org/10.3390/nu15153336>
- Heredia Arias, G.J. y Plascencia Loayza, M.R. (2025). La Integración de la Nutrición en los Currículos de Educación Superior: Un Enfoque Teórico para la Formación de Profesionales Competentes. *Polo del conocimiento*, 10(8), 1226-1240. <https://doi.org/10.23857/pc.v10i8.10214>
- Hirsch Adler, A. (2013). Elementos teóricos y empíricos acerca de la identidad profesional en el ámbito universitario. *Perfiles educativos*, 35(140), 63-81. Recuperado a partir de <https://www.scielo.org.mx/pdf/peredu/v35n140/v35n140a5.pdf>
- Holdsworth, C. (2024). Making autoethnography: crafting intimate, social and material relations, *International Journal of Social Research Methodology*, 27:1, 123-136, <https://doi.org/10.1080/13645579.2022.2160415>
- Diario Oficial de la Federación (1984). *Ley General de Salud* (última reforma 7 de junio de 2024). <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Macossay Moreno, Cruz Lara, N. M., Campos Reyes, L. C., y Campos Mondragón, M. G. (2025). Análisis del perfil de egreso del licenciado en Nutrición y su congruencia con las necesidades actuales basado en normatividad y perspectivas: Analysis of the graduate profile of the nutrition degree and its



consistency with current needs based on norms and perspectives. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 6(1), 366-385. <https://doi.org/10.56712/latam.v6i1.3344>

Martínez-Leo, E.; Suverza-Fernández A. y López-Zúñiga, E.J. (2024). Código de ética profesional del nutriólogo (actualización 2024): retos y oportunidades en un mundo globalizado. *REDCIEN Ciencia y nutrición*, volumen 12(1), 05-09. Recuperado a partir de <https://www.redcien.com/index.php/redcien/issue/view/15/13>

Melo, A.B.; Lozano, D.M., Suárez, L.H. y Moncada, C.D. (2025). Formación para la transformación social: un desafío de la educación superior en Colombia. *Revista Espacios*, volumen 46 (01), 177-186. <https://doi.org/10.48082/espacios-a25v46n01p14>

Nava-González, E.J.; Cárdenas-Villareal, V.M. y Salazar-Moltalvo, R.G. (2021). Competencias Profesionales del Nutriólogo: Ética y Profesionalidad. *Cuidado Multidisciplinario de la Salud BUAP*, 2(4), 53-58. Recuperado a partir de <https://rd.buap.mx/ojs-dm/index.php/cmsj/article/view/656/607>

NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. *Rev CONAMED*. 2022; 27(3): 149-156. <https://dx.doi.org/10.35366/107647>

Pérez Vargas, J. J., Guerrero Caicedo, A. E., y Urbano Mejía, D. (2023). La educación ética y en valores para el fortalecimiento de los procesos de convivencia escolar. *Sophia*, 19(2). <https://doi.org/10.18634/sophiaj.19v.2i.1192>

Ravelli, S., Falicoff, C. y Domínguez Castiñeiras, J. M. (2022). Evaluación y competencias del Licenciado en Nutrición: Expectativas y percepciones de los actores involucrados de la práctica profesional. *Revista RAES*, XIV(25), 227-245. Recuperado a partir de <https://revistas.untref.edu.ar/index.php/raes/article/view/1536>

Reintam Blaser, A., Rooyackers, O. and Bear, D.E. (2023). How to avoid harm with feeding critically ill patients: a synthesis of viewpoints of a basic scientist, dietitian and intensivist. *Critical Care*, 27, 258. <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04543-1>

Rinninella, E., Raoul, P., Fiore, A., Zega, Z., Gasbarrini, A., Maccauro, V., Cintoni, M. and Mele M.C. (2023). Hospital Services to Improve Nutritional Intake and



- Reduce Food Waste: A Systematic Review. *Nutrients*, 15, 310. <https://doi.org/10.3390/nu15020310>
- Shestopalov, A.E., Yakovleva, A.V. and Kuzovlev, .N. (2024). Prevalence and Impact of Malnutrition Risk on Outcomes in Critically Ill Patients with Traumatic Brain Injury and Stroke: A Retrospective Cohort Study Using Electronic Health Records. *Nutrients*, 16, 2396. <https://doi.org/10.3390/nu16152396>
- Trejos-Gallego, D., y Pinzón-Espitia, O. L. (2024). Protocolo de atención nutricional aplicado al ámbito hospitalario. Asociación Colombiana de Nutrición Clínica. Recuperado a partir de <https://nutriclinicacolombia.org/wp-content/uploads/2024/05/2.-Protocolo-de-atencion-nutricional-Ambito-hospitalario.pdf>
- Verheul, E.A., Dijkink, S., Krijnen, P., Hoogendoorn, J.J., Arbous, S., Peters, R., Velmahos, G.C., Salim, A., Yeh, D.D. and Schipper I.B. (2025). Prevalence, incidence, and complications of malnutrition in severely injured patients. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 51 (72), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s00068-024-02711-8>
- Vigo, R. L. (2025). Apuntes de ética profesional: especificidad, importancia y actualidad (en homenaje a Manuel Atienza). *Revista De Derecho De La UCB*, 9(16), 53–77. <https://doi.org/10.35319/lawreview.202516115>
- Viñas, P., Clavé, P. y Tomsen, N. (2025). Prevalence of dehydration in older hospitalized patients with oropharyngeal dysphagia. *GeroScience*, 47, 2495-2505. <https://doi.org/10.1007/s11357-024-01448-x>
- Wischmeyer, P.E., Bear, D.E., Berger, M.M., De Waele, E., Gunst, J., McClave, S.A., Prado, C.M., Puthuchear, Z., Ridley, E.J., Van den Berghe, G. and van Zanten, A.R. H. (2023). Personalized nutrition therapy in critical care: 10 expert recommendations. *Critical Care*, 27(261), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04539-x>.
- Yilmaz, K., Wirth, R., Daubert, D. and Pourhassan, M. (2024). Prevalence and determinants of micronutrient deficiencies in malnourished older hospitalized patients, *The Journal of nutrition, health and aging*, 28 (2), 100039. <https://doi.org/10.1016/j.jnha.2024.100039>



Declaración de Conflicto de Intereses: La autora declara que no presenta conflictos de intereses relacionados con este ensayo y confirma que todos los procedimientos éticos establecidos por esta revista han sido rigurosamente respetados. Asimismo, garantiza que este trabajo es inédito y no ha sido publicado, ni parcial ni totalmente, en ninguna otra revista académica.

Contribución de Autoría:

La autora ejecutó los siguientes roles:

1. Conceptualización
5. Investigación
6. Metodología
13. Redacción – borrador original
14. Redacción – revisión y edición