Universidad Iberoamericana Puebla

Repositorio Institucional **http://repositorio.iberopuebla.mx**

Revista Rúbricas Número 05. Una Psicología Para Entender y Transformar

Experiencias en el trabajo interdisciplinario: psicología y nutrición

Abundis Vargas, Beatriz Eugenia

2013

http://hdl.handle.net/20.500.11777/3675

http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf

Fotografía: sxc.hu - Ilustración: gulirat.com

EXPERIENCIAS EN EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO:

PSICOLOGÍA *y* NUTRICIÓN

Beatriz Abundis Vargas
Coordinadora de la licenciatura en Nutrición y Ciencia de los Alimentos, Departamento de Ciencias de la Salud, UIA Puebla

Cecilia Salgado Gómeza
Directora del Departamento de Ciencias de la Salud, UIA Puebla

Claudia Rodríguez Hernández
Académica de Tiempo. Responsable de la Clínica de Nutrición, Departamento de Ciencias de la Salud, UIA Puebla

Mónica Lorena Palafox Guarnero
Académica de Tiempo de la licenciatura y posgrado en Psicología, Departamento de Ciencias de la Salud, UIA Puebla

En torno al comportamiento alimentario, convergen disciplinas como la nutrición y la psicología para responder a incógnitas como ¿por qué comemos lo que comemos?, ¿por qué hay tantas personas haciendo dieta?, ¿por qué la comida y el peso están en el centro de muchos problemas? Las respuestas a estas interrogantes se relacionan con la forma de aprender una conducta.

En primer término habrá que revisar los factores internos o externos que facilitan el aprendizaje de hábitos, para orientar la conducta alimentaria; uno de ellos es la motivación personal, la cual se vincula con nuestros recuerdos, imágenes y creencias. Cuando pensamos en "no puedo dejar de comer", "es horrible hacer ejercicio", "nunca podré bajar de peso", nos sentiremos desmotivados para lograr cambios en el comportamiento. Dichas frases son autoderrotistas, pensadas en cómo desearíamos "*ser*"y no en lo que podemos "*hacer*". Por lo anterior, en lugar de pensar "nunca bajaré de peso", lo deseable sería cambiar el "nunca" por "hoy", y el "bajaré de peso" por "comeré de postre unas ricas uvas"; así la frase "hoy comeré de postre unas ricas uvas" resulta un pensamiento más realista.

Otro aspecto a considerar es la influencia de los factores externos, que actúan como detonantes o facilitadores del comportamiento, como es el caso de encontrar en cada esquina comida chatarra, tener la alacena llena de golosinas, ver el reloj y pensar que es hora de comer, percibir el aroma de unos tacos y escuchar el celofán de una bolsa de papas fritas; además de lo atractivo y convincente de la publicidad.

Por otro lado, imitar la actitud que tienen los padres ante ciertos alimentos favorece que se repitan comportamientos, al ser considerados "normales". En cuanto a las respuestas fisiológicas aversivas, como es el caso de las náuseas o malestares gastrointestinales ante ciertos alimentos, podrían generar un rechazo hacia los sabores y consistencia de éstos.

Finalmente, beber y comer representan elementos insustituibles de las celebraciones, modo de ahogar las penas, expresión de afecto, recompensa, situación para arreglar negocios, entre otros; por lo que no es extraño escuchar expresiones como las siguientes: "si comes verduras te daré un postre", "cuando estoy nerviosa necesito comer algo dulce", "las penas con pan son menos" y "un café para acompañar el cigarro".

Por lo antes expuesto, a través de este artículo se abordarán una serie de experiencias en el trabajo de los nutriólogos y su relación con aspectos de la psicología del aprendizaje que repercuten en los estilos de alimentación, en niños y adultos con sobrepeso y obesidad, así como la enseñanza del manejo de la diabetes.

Trabajo en conjunto

En México, la epidemia de sobrepeso y obesidad registró una elevada tasa de crecimiento a partir de 1998 en la población infantil, lo que se ha traducido también en una alta prevalencia de dichas enfermedades en niños y adolescentes entre 5 y 11 años de edad. (Secretaría de Salud, 2010).

Asimismo, existe una asociación positiva entre el sobrepeso y la obesidad infantil y el desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas en la adolescencia y edad adulta, lo cual implica que hay una alta probabilidad de que los niños en dicha condición padezcan a temprana edad enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, derrames cerebrales, determinados tipos de cáncer y trastornos músculo-esqueléticos; situación que pone en riesgo la esperanza y calidad de vida (Colomer, 2005).

El panorama no es alentador, pero además es importante considerar que la obesidad es una enfermedad de origen multifactorial en la que se involucran factores genéticos, metabólicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales; mismos que habría que tomar en cuenta para el manejo y tratamiento nutricional de los pacientes en esta condición.

Existen diversas estrategias propuestas por la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Americana de Dietética, la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública, etc., para el manejo del paciente pediátrico con sobrepeso y obesidad; todas tienen como común denominador la intervención multidisciplinaria para poder combatir el problema.

El trabajo en conjunto con especialistas de otras áreas resulta fundamental

para tener éxito en la intervención nutriológica con los niños, particularmente con el área de psicología, ya que mediante su intervención se puede conseguir que tanto los padres como los hijos se involucren en el tratamiento y, de esta manera, no lo abandonen fácilmente.

Y es que hay que tomar en cuenta que los niños necesitan el apoyo de sus padres y del resto de la familia para que puedan apegarse a un tratamiento. Dicho apoyo implica que todos estén dispuestos a modificar sus hábitos alimentarios y seguir las indicaciones que se les den.

En la mayoría de los casos, los padres llevan a sus hijos a la consulta pensando que el sobrepeso o la obesidad de éstos no es problema suyo y, por lo tanto, no están dispuestos a modificar su manera de comer. El hecho de que los padres no modifiquen su forma de alimentarse, implica que los niños tampoco puedan hacerlo y, por consiguiente, fracasen en el intento de bajar de peso. Resulta muy difícil para ellos apegarse a un plan que incluye únicamente comida saludable, mientras el resto de la familia come todo y a todas horas.

Los padres no piensan en esos momentos que ellos son, en gran medida, responsables de la situación en la que se encuentra su hijo; ya que son ellos quienes le han enseñado qué, cómo, cuánto y a qué hora comer. Y quizá, más que enseñarles le han transmitido la forma de hacerlo.

Por lo tanto, para que los niños con sobrepeso y obesidad mejoren su condición es necesario que los padres y el resto de la familia asuman el rol que les toca en este proceso y estén dispuestos a modificar sus hábitos de alimentación, y es importante recalcar que dicha modificación de hábitos es imposible de lograr sin el complemento de la terapia de modificación de la conducta.

La otra cara de la **obesidad**

Como resultado de los malos hábitos de alimentación y de actividad física, en los últimos años la obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas, al igual que la incidencia de enfermedades asociadas a ella. A pesar de que ahora existen más conocimientos sobre sus causas, se siguen teniendo resultados muy pobres en las intervenciones diseñadas para su manejo, tanto en lo que toca a la pérdida de peso como en el mantenimiento de esa pérdida.

Un manejo del peso será exitoso cuando incluya un compromiso de por vida, de comportamientos que nos lleven a tener un estilo de vida saludable, enfatizando la formación de hábitos correctos de alimentación acompañados de actividad física habitual.

Las modificaciones en la ingesta de alimentos y ejercicio siguen siendo las metas de un tratamiento efectivo, pero son difíciles de iniciar y de ser sostenidas a largo plazo. Los datos disponibles indican que los programas de reducción de peso obtienen pérdidas sostenibles muy pequeñas. La Asociación Americana de Dietética menciona que se puede encontrar una disminución de peso después de 4 a 5 años de entre el 3% y 6% del peso inicial. Los pacientes con obesidad o con sobrepeso tienen, como parte muy importante de su tratamiento, o a veces la única, el tratamiento dietético. Sin embargo, según lo reportado en la literatura, el apego a la dieta es muy pobre, de hecho se reporta que las posibilidades de bajar de peso sólo con dieta en pacientes con obesidad es cerca del 0% debido a que no pueden seguir un régimen dietético (Mahan, 2005).

Sabemos también que la etiología de esta enfermedad está conformada, en gran medida, por causas emocionales y psicológicas. La regulación del balance energético en humanos puede verse alterada por la poderosa influencia de estados emocionales y procesos motivacionales. Las perturbaciones emocionales a menudo precipitan episodios de sobrealimentación (Vargas, 2002). En personas deprimidas o ansiosas, la comida puede tener una función compensatoria, lo que las hace ganar peso.

Entre los motivos que más contribuyen a la alteración del comportamiento alimentario se encuentran los de búsqueda de estimulación y manipulación. La inestabilidad emocional, caracterizada fundamentalmente por depresión en algunas personas, por ansiedad en otras, y por una fuerte tendencia al aislamiento social y a la soledad, está asociada a la obesidad, y ésta, a su vez, puede determinar un cierto grado de inestabilidad emocional. De esta forma, encontramos que la obesidad puede ser causa y consecuencia de dicha inestabilidad (Garrido, 1996).

Sin embargo, es importante revisar otras interpretaciones en las que el patrón de comportamiento de la persona con obesidad obedece a condiciones relacionadas con autoestima baja, alteraciones del autoconcepto y trastornos de la personalidad, cuya resolución requiere un tratamiento especializado en el que se considere a la obesidad como una más de las manifestaciones de la alteración emocional.

El concepto del sí mismo es el resultado, entre otros factores, de las expectativas sociales que cada sujeto ha internalizado. Cada cultura moldea una imagen ideal que se espera sea cumplida por aquellos que viven en ella, por lo que el concepto del sí mismo va de acuerdo con los patrones de la sociedad en la que vive cada persona.

Una disminución en la autoestima, que está formada por la percepción de ser o no aceptados y reconocidos por el entorno, condiciona un aumento en manifestaciones tales como aislamiento y comportamientos de autogratificación. En cada persona la manifestación puede ser diferente, pues mientras en unos el síntoma puede ser un aumento en la ingesta de alimentos, en otros puede ser el aislamiento, o el uso de drogas, alcohol o ambos. La elección probablemente depende de la manera en que se conformó la personalidad global del sujeto, de las áreas libres de conflictos y de los patrones culturales respecto a la permisividad o castigo del comportamiento.

En el proceso educativo, la cultura y la relación afectiva le dan un sentido especial a la comida; el hábito de alimentación es en ocasiones una representación del vínculo afectivo de quienes intervienen, entendiéndose que entre más comida se ofrezca mayor es el afecto.

De esta manera la obesidad se puede considerar el resultado de la cultura internalizada, pero además puede darle al sujeto ganancias secundarias que refuerzan el síntoma. Esto hace que haya una pobre adaptación a los tratamientos, en los que se encuentra una buena respuesta inicial seguida de recaídas. Puede parecer una contradicción el que la imagen del paciente no sea la de sus expectativas, pero si se revisan sus motivaciones, se podrán encontrar explicaciones en un acuerdo psicodinámico en el que tiene mayor peso la parte sintomática, y actuar como un mecanismo defensivo (Vargas, 2002).

Finalmente podemos decir que la diversidad de factores psicológicos que acompañan a la obesidad no son necesariamente la causa primaria de ésta, pero no debemos ignorarlos porque su tratamiento debe ser integral.

Vivir con diabetes

Los índices alarmantes de homicidios en México y el alto impacto que han generado en la opinión pública son insignificantes cuando se comparan con los índices de mortandad causados por la diabetes.

La diabetes en nuestro país es la primera causa de muerte; durante el año 2010 este padecimiento provocó 75 muertes por cada 100 mil habitantes. La diabetes ha mantenido una tasa de crecimiento anual sostenida de 14.53%, y lo más grave es que ésta bien puede no desarrollarse, si en edades tempranas se controla el sobrepeso y se evita la obesidad. El seguimiento clínico de las personas con obesidad es indispensable, y debe realizarse de manera integral, formando para esto buenos hábitos de alimentación.

Según la Federación Mexicana de Diabetes, en México viven entre 6.5 y 10 millones de habitantes con este padecimiento. Prácticamente representan casi el 10% de la población nacional. Tratándose de una enfermedad incurable, cuyo desarrollo, muchas veces, es desconocido por los pacientes, puede conducir a éstos a la muerte debido a complicaciones metabólicas como hipertensión, problemas del corazón, daño hepático y renal en muy corto tiempo. Sin embargo, el desconocimiento del paciente respecto a las causas de la diabetes y las consecuencias en su salud juega el papel más importante para que las estadísticas de mortandad sean preocupantes. Por consiguiente, es fundamental que las personas con diabetes también estén educadas acerca de la enfermedad y sus consecuencias.

La educación en diabetes forma parte de un programa de manejo integral, no debe ser visto como un proceso aislado o independiente de las recomendaciones médicas y de los objetivos establecidos por el médico y el paciente. El éxito en el tratamiento se debe a la participación activa, y depende de la toma de decisiones y acciones del manejo diario. El paciente debe seguir rutinas de alimentación, actividad física, administración de medicamentos, y tomar acciones para la prevención de las complicaciones; por lo tanto se puede decir que la educación en diabetes es educación en el automanejo.

Este concepto no es nuevo, y se puede entender con el siguiente ejercicio

> Imagine que usted está enfermo, tan enfermo que tiene que cambiar su forma de comer, estilo de vida y hábitos personales, además le han prescrito un tratamiento, ejercicios físicos y una serie de medicamentos que debe ponerse o tomar de acuerdo a instrucciones muy detalladas. Ahora imagínese tratando de hacer todas estas cosas sin ser instruidos sobre cómo hacerlas… Después de ello usted tendrá una idea exacta de lo importante que es la educación en los pacientes con diabetes…. (Adcock, 1980).

Es decir, vivir con diabetes sin ser educado en la enfermedad, es como escuchar el mar a través de una concha de caracol, imaginarlo, pero nunca haberlo visto. Nadie entendería su magnitud, con simplemente escuchar acerca de lo que no se conoce. Una vez que los pacientes han sido tratados, no sólo clínicamente, sino didácticamente sobre el manejo de su enfermedad, la han entendido y han aprendido a vivir con ella, se vuelven conscientes y responsables. Para algunas personas, vivir con diabetes es abrumador, para aquellos que han aprendido a manejarla, vivir con diabetes es una forma de vida llena de satisfacciones basada en la disciplina. Puede considerarse la educación en diabetes como un elemento fundamental en la medicina preventiva, pues es, sin duda, la respuesta al tratamiento de una enfermedad crónica que se manifiesta de forma diferente en cada persona, y cuyo éxito en su manejo depende de factores personales y ambientales, pero sobre todo de la voluntad de quien la padece.

Referencias

Colomer, J., F. J. Soriano, J. J. Delgado, J. G. Sánchez-Ventura, J. P. Bosch, et al. (2005). "Prevención de la obesidad Infantil". *Revista Pediatría de Atención Primaria* [en línea] 3, 26. Recuperado en http://www.pap.es/files/1116-434-pdf/447.pdf> [2011, 20 marzo]

Garrido, I. (1996). *Psicología de la Motivación.* Madrid: Ed. Síntesis.

Mahan, K. (2005). *Nutrición y Dietoterapia.* México, D.F.: Ed. McGraw-Hill.

Secretaría de Salud (2010). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad* [en línea]. México, D.F.: Autor <http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/ANSA_acuerdo_original.pdf.> [2011, 18 marzo]

Ulrich Adcock, M.R. (1980). "The Rationale and Application of Needs Assessment in Patient Education". In W. D. Squyres (ed.) *Patient Education. An Inquiry into the state*

Vargas, L. y R. Bastarrachea (2002). *Obesidad, Consenso.* México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud. Ed. McGraw-Hill Interamericana.