



*Tino significa moderación, prudencia en la acción
Vivir con tino es una decisión*

Presentación de un modelo de tratamiento **Interdisciplinario en Obesidad**

T.I.N.O. (Tratamiento Interdisciplinario en Nutrición y Obesidad)

Mar del Plata, Bs. As., Argentina

2014

Autoras: Lic. Dalla Pria, Sandra

Lic. Genazzini, Sol

Lic. Tamburini, Sandra

Introducción

Definición de obesidad de J.Pasca

“Una enfermedad sistémica - metabólica, crónica, asociada con mayor riesgo de morbimortalidad, multideterminada por la interacción entre genes y ambiente, fenotípicamente expresada por un exceso de grasa corporal”.

Entre genética y ambiente existen factores mentales que predisponen a que una persona se posicione activa o pasivamente ante estos dos grandes condicionantes. Según la posición que el paciente tenga será o no posible sostener los cambios necesarios para mantener controlada la obesidad. Bajar de peso a través de cambios de hábitos es sólo una parte del tratamiento

Genética PSÍQUICO Ambiente



El tratamiento de la obesidad es complejo dado que implica atender a distintos factores, biológicos, psicológicos, socioambientales y culturales en interacción permanente, conformando un todo que trasciende cada una de las partes. Por eso el tratamiento debe ser interdisciplinario, con un objeto de estudio y abordaje nuevo, diferente a los objetos que pudieran estar previamente delimitados disciplinaria o incluso multidisciplinariamente.



Consideramos que el tratamiento debe incluir, además de la mirada médico-nutricional, un enfoque que permita trabajar los obstáculos psicológicos que impiden a las personas adherir al tratamiento en forma sostenida. El mismo lo pensamos en etapas progresivas no cronológicas, con objetivos de menor a mayor complejidad a cumplir en cada una de ellas, que van constituyendo una estructura

Desarrollo

En estas etapas progresivas se implementan objetivos comunes a las áreas y específicos para cada una de ellas.

En un primer momento se trabaja fundamentalmente para lograr que el paciente desarrolle adherencia terapéutica y conciencia de enfermedad, explicando los beneficios de un tratamiento prolongado. Esta etapa es de frecuencia semanal, el paciente asiste una vez a la semana con cada área como mínimo.

Todas las áreas buscan promover un nivel de motivación adecuada en el paciente, que le permita tolerar la frustración cuando no se logra lo propuesto, posibilitando a la vez la valoración de *sus avances en el proceso terapéutico*, ayudándolo a reconocer qué lo impulsa a realizar el tratamiento, cuáles son sus objetivos y metas, llevándolo a un plano de concreción posible.

También se estimula a diferenciar una posición activa-pasiva ante el ambiente, fortaleciendo su autoestima y autonomía, apuntando al logro del autocuidado. Se buscan estrategias para el armado de la estructura conductual, apuntando básicamente a cambios de hábitos y desarticulación de factores de mantenimiento del sobrepeso, posibilitando encontrar modos diferentes de relacionarse con la comida y el ambiente.

Hablando de las especificidades de cada área del tratamiento en su comienzo, podemos referir:

-Nutrición:

- Trabajar sobre las creencias erróneas y mitos que pueden impactar negativamente en el tratamiento.
- Que el paciente aprenda a seleccionar los alimentos más convenientes para producir el descenso de peso y ayudarlo a organizarse en una rutina alimentaria saludable para tal fin.
- Flexibilizar los pensamientos rígidos en especial el dicotómico Todo –Nada que obstaculiza el aprendizaje progresivo en relación a la selección alimentaria y a la forma de comer
- Identificar y diferenciar el hambre de las diferentes emociones que se vinculan con el acto de comer.
- Promover la percepción de las sensaciones internas: hambre –saciedad-ansiedad, a través de técnicas que apuntan al registrodiferencial

-Psicología: Tratar

- Las distorsiones cognitivas, ayudándolos a reconocer sus creencias erróneas y su relación con su forma de pensar, de sentir, y de actuar.
- Trabajar sobre el Registro del placer-displacer: ayudando al paciente a reconocer las diferencias entre sus emociones, sensaciones y tipos de ingestas.
- Regulación del ocio y las obligaciones trabajando la importancia de la creación de espacios placenteros para equilibrar las exigencias tanto internas como externas apuntando a identificar factores de estrés y redes de apoyo.

- Imagen corporal y su relación con la construcción de la Autoestima.
- Identificación de alexitimia, trabajando sobre la posibilidad de expresar simbólicamente los sentimientos, sensaciones y emociones

-Actividad Física:

- Ayudar al paciente a salir gradualmente del estado de sedentarismo. Comenzando con pequeñas rutinas de movimientos sencillos y de fácil ejecución.
- Preparar el sistema cardiovascular con trabajos de mínima resistencia para tolerar mejor los esfuerzos de la vida cotidiana.
- Mejorar la flexibilidad y funcionalidad de las articulaciones del cuerpo que impactan positivamente sobre el registro del esquema corporal.
- Técnicas de respiración y relajación que permiten también aplicarse en el manejo de la ansiedad.

A medida que los objetivos se van cumpliendo y se va formando una estructura base en el paciente, se avanza progresivamente en los objetivos del tratamiento, buscando siempre el mantenimiento motivacional.

En un segundo momento, conjuntamente las diferentes áreas se encargan de realizar ejercicios para monitorear los conocimientos aprendidos por el paciente a fin de evaluar el nivel de consolidación de su estructura.

También interdisciplinariamente se apunta a implicar al paciente en el tratamiento (que de lo que el paciente hace y piensa lo mantiene obeso).

La frecuencia de este segundo período es quincenal en las áreas de nutrición y psicología y sigue siendo mínimamente semanal en actividad física.

Como objetivos específicos de cada área:

-Nutrición:

- Afianzar hábitos alimentarios adquiridos.
- Lograr que el paciente adquiera la capacidad de comenzar a manejarse solo, independizándose de los planes alimentarios escritos.
- Brindar alternativas dietéticas.

-Psicología: trabajo acerca de:

- Revisión de vínculos con los otros significativos y su relación con el mantenimiento de la obesidad. (vínculos disfuncionales, insatisfactorios)
- Posicionamiento subjetivo frente a su enfermedad y su entorno.
- “El deber ser” vs el deseo. Reconocimiento de exigencias e ideales desmedidos.
- Registro de límites: lo que se puede y lo que no se puede. Aceptación de la renuncia como soporte necesario para el cambio.

-Actividad Física:

- Afianzar el entrenamiento de la flexibilidad mediante rutinas variadas de ejercicios.
- Aumento progresivo en el uso de carga y su cantidad de repeticiones.
- Entrenar las capacidades condicionantes coordinativas en forma seriada e intercalada con un incremento de intensidad, duración y frecuencia.

En una tercera etapa del tratamiento interdisciplinario, se busca identificar y construir señales de alerta que puedan contribuir a recuperar el peso perdido, y qué hacer ante estas situaciones.

Se ayuda al paciente a encontrar nuevos estímulos para mantener los cambios logrados siendo conscientes de que ya no tendrá el incentivo de la bajada y reforzar la conciencia de que la obesidad es una enfermedad crónica, que no debe abandonar la “ortopedia conductual”.

Esta etapa es de un encuentro quincenal con nutrición y psicología reforzando el sostenimiento de la frecuencia continua de la actividad física, y se trata de prevención de recaídas. Se estimula la proyección de escenarios futuros. El paciente debe estar atento para evitar una recaída cuando aparecen determinadas situaciones.

Se apunta a producir un nuevo equilibrio biológico y psíquico.

Dentro de cada área específica encontramos los siguientes objetivos particulares:

-Nutrición:

- Elaborar una lista personalizada de las conductas y hábitos que no se deben abandonar para no recuperar el peso perdido.
- Incorporar alimentos hasta lograr un balance energético que permita el mantenimiento del peso.
- Establecer un peso o un talle de alarma el cual no deben volver a superar.

-Psicología:

- Identificar qué características personales del paciente atentan contra el mantenimiento del autocuidado: construir estrategias de afrontamiento acordes.

-Actividad física:

- Lograr trabajos de resistencia submáxima y que el paciente utilice el grado de flexibilidad adquirida en el entrenamiento de su cuerpo.
- Posibilitar la inversión de la masa grasa por la masa muscular con trabajo de altas cargas y baja cantidad de repeticiones por serie, acorde a la edad y sexo del paciente.
- Que el paciente se encuentre capacitado en crear su rutina de actividad física y apostar a una mejor calidad de vida.

Ejemplo clínico:

Citaremos como ejemplo de la evolución de las etapas progresivas del tratamiento interdisciplinario al paciente que llamaremos Nora, paciente de 53 años, que ingresa en noviembre de 2012 con un peso de 95.300 kg y un IMC de 33,67 (Obesidad I). Relata haber tenido siempre sobrepeso, posee antecedentes familiares (madre, tías y hermanas con obesidad). Trabaja en el rubro gastronómico. Vive sola con su marido y no tiene hijos.

Es muy desorganizada en su alimentación y estilo de vida. No realiza actividades placenteras y focaliza toda su atención y energía al trabajo. Se la nota muy sobreexigente y rígida en sus pensamientos.

Manifiesta querer bajar de peso para disminuir dolores físicos que padece y para mejorar su imagen que en el último tiempo ha descuidado. Le cuesta registrar la señal de hambre en su cuerpo ya que come constantemente casi sin registro.

Realiza un primer Programa Intensivo de Adelgazamiento, donde asiste dos veces a la semana (una a nutrición y una a psicología) durante 12 semanas en modalidad grupal. En esta etapa alcanza 85.500 kg y un IMC de 30.3 (Obesidad I).

Se trabaja su organización a través de planes nutricionales y pequeños objetivos. , se hace hincapié fundamentalmente en la construcción de una organización mental para que la ayude a estructurar su rutina, mediante técnicas conductuales para que pueda comenzar a generar cambios. Se le propone realizar listados previos de los elementos necesarios para la preparación de la comida, para que sea ella misma quien realice las compras apuntando a mejorar su sentido de autoeficacia y trabajando a su vez sobre los beneficios de cumplir un rol más activo en su cuidado. Por otro lado se trata de flexibilizar su forma de pensamiento extremo, de modo que pueda ir valorando los cambios logrados y tolerar la frustración cuando no puede.

Realiza un segundo Programa Intensivo de Adelgazamiento grupal de 12 semanas, asistiendo nuevamente dos veces por semana. En este caso llega a un peso de 80 kg con un IMC de 28.3.

En esta etapa se trabajó conjuntamente en las tres áreas apuntando a que sostenga su motivación sin exigirse tanto.

Se le explico en actividad física los beneficios de las distintas actividades y la importancia de su sostenimiento dada la cronicidad de la obesidad, invitándole a que seleccione aquellas rutinas que realmente disfrute y pueda sostener.

Nutricionalmente se educó en el conocimiento y selección de los diferentes alimentos y su contenido, haciendo equivalencias y reemplazos.

En el espacio psicológico se resignificó el valor que le daba al trabajo y se analizó lo que desplazaba en él, buscando nuevos espacios de descarga emocional más adecuados y funcionales.

Luego pasa a un Grupo Semanal de segunda etapa, con una duración de 12 semanas.

En este espacio llego a un peso de 74.600, con un IMC de 26.4.

En este periodo ya no se manejaba con planes pautados sino que ponía en práctica los lineamientos aprendidos en nutrición dentro de una rutina establecida.

Una vez que logra poner en marcha nuevas conductas se comienza a trabajar sobre el registro del placer-displacer tales como sensación de vacío, ansiedad e ingesta compulsiva, con la idea de ir pasando de lo inmediato conductual a las variables que desencadenan el malestar, apuntando a que la paciente se pregunte por las determinaciones subjetivas que aportan al sostenimiento de su problema. Esta estrategia ayuda a que pueda hablar de lo que le ocurre, reconocer las diferentes emociones que se vinculan con el acto de comer y aliviarse cuando se identifica y lo comparte con el grupo.

Alcanzado cierto nivel de organización en su vida cotidiana, con relación fundamentalmente a la alimentación, comenzamos el trabajo tendiente a que pueda identificar factores de estrés, presencia y/o ausencia de redes de apoyo, equilibrio o desequilibrio entre el ocio y las obligaciones trabajando la importancia de la creación de espacios placenteros para equilibrar las exigencias tanto internas como externas, ya que a la paciente le cuesta encontrar sus propios límites y está muy pendiente del cuidado de los otros que ocupan un lugar de prioridad muchas veces en su vida, lo que le impide concentrar la energía en su propio cuidado.

Se comenzó a trabajar sobre su imagen corporal lo que permitió ir fortaleciendo aspectos relacionados con su Autoestima y su sentimiento de agencia (capacidad de acción) personal.

Comenzamos a reforzar la importancia de pensar en “pasos” para obtener una meta que le permita pensarse más allá del corto plazo en este proyecto de cuidado personal, apuntando a recapitular cuales son los cambios acontecidos que la ayudaron y con la idea de que comience a registrar cuales pueden ser los condicionantes psicológicos que la llevan a repetir la conducta de comer sin elegirlo, que comience a identificar los gatilladores que disparan dicha conducta, generando una particular relación entre lo emocional y el acto de comer. Para ello se trabajó proponiéndole espacios para la reflexión sobre sus vínculos, muchas veces disfuncionales e insatisfactorios (dependencia vs. independencia, estrés vs. apoyo) intentando que pueda relacionar los efectos de su sobreadaptación con su estado anímico, a partir de lo cual la paciente comienza a implicarse y a registrar que ya la comida no le posibilita sentirse mejor, sino todo lo contrario, comienza a pensar más claramente que sus emociones tienen mucho que ver con lo que le pasa y con lo que piensa sobre ello y se cuestiona. A partir de lo cual ha comenzado a reconocer situaciones donde pudo decir que “no”, pudiendo atender más a sus deseos, lo que manifiesta la hace sentirse “mucho mejor y más tranquila”. Este reconocimiento de pensamientos y emociones que actúan como bloqueadores para su propio cuidado, han sido la clave en esta etapa.

Finalmente la paciente pasa a una tercera etapa, de Prevención de recaídas, con frecuencia quincenal.

En esta etapa aprendió a mantener el peso bajado, sosteniendo un equilibrio entre lo deseado y lo conveniente, distinguiendo los alimentos de consumo ocasional de aquellos de consumo frecuente.

Se centra el tratamiento en la noción de prevención de posibles recaídas y cuáles pueden ser las situaciones que pueden transformarse en señales de alerta, como por ejemplo la dificultad de visualizarse como prioridad y actuar en consecuencia ayudándola a visualizar posibles escenarios futuros.

Se hace hincapié en la importancia de retomar el sistema que la ha ayudado en etapas anteriores ayudándola a conectarse con la sensación de bienestar que ha logrado sentir ante ciertos cambios, producto de la estructura que logró construir y en revisar que pensamientos podrían sostener una posición menos activa.

Actualmente realiza consultas nutricionales y actividad física en la Institución.

Conclusión:

Consideramos que el abordaje de la obesidad debe atender a los distintos condicionantes objetivos y subjetivos que operan en los pacientes obesos. De esta comprensión abarcativa de los distintos factores en juego se desprende la necesidad de una intervención articulada de

las distintas disciplinas, en la que se comparte una cosmovisión transdisciplinaria, cuyos objetivos trascienden los específicos de cada disciplina. Cada profesional aporta su saber y su práctica en plena conciencia de estar formando parte de un sistema que lo trasciende. De esta manera intentamos enfrentar las complejidades que nos presenta la clínica de la obesidad, respondiendo como equipo a las necesidades de nuestros pacientes.