

CURSO Actualización
en Nutrición
para Atención
Primaria



CONSEJO ALIMENTARIO



05



CURSO Actualización en Nutrición para Atención Primaria



CONSEJO ALIMENTARIO

05

Coordinadora:

Dra. Rosario Corio Andújar

Autores:

Dra. Rosario Corio Andújar

Dra. M^ª Luisa López Díaz-Ufano

Dr. Vicente Orós Espinosa



Actividad avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN con el n.º 29/2007



SEAFORMEC
Sistema Español de Acreditación
de la Formación Médica Continuada

Actividad acreditada, en base a la encomienda de gestión concedida por los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte, y de Sanidad y Consumo, al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, con **12,3 créditos**, equivalentes a **100** horas lectivas.



Para obtener la acreditación del Curso es imprescindible responder correctamente al 75% de las preguntas de cada unidad didáctica del test de evaluación y asistir a la sesión presencial.

ÍNDICE GENERAL

CURSO Actualización en Nutrición para Atención Primaria

	GENERALIDADES EN ALIMENTACIÓN	01
	ALIMENTACIÓN EN DISTINTAS ETAPAS DE LA VIDA	02
	ALIMENTACIÓN EN ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	03
	ALIMENTACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES	04
	CONSEJO ALIMENTARIO	05

© Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
(SEMERGEN)

© INSTITUTO TOMÁS PASCUAL SANZ
para la nutrición y la salud

Coordinación editorial:

IM&C
International Marketing & Communication, S.R.L.

Alberto Alcocer, 13, 1.º D • 28036 Madrid
Tel.: 91 353 33 70 • Fax: 91 353 33 73
imc@imc-sa.es

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

ISBN: 978-84-690-8192-1
Dep. Legal: M-41926-2007

ÍNDICE

CURSO Actualización en Nutrición para Atención Primaria



CONSEJO
ALIMENTARIO

05

Introducción	7	Capítulo D. Técnicas de comunicación eficaz	24
Tema 1. Consejo nutricional	9	Capítulo E. Estilos de Comunicación . . .	26
Capítulo A. Introducción	9	Capítulo F. Counselling	29
Capítulo B. Consejo alimentario en el embarazo	10	Capítulo G. Los elementos del counselling	30
Capítulo C. Consejo alimentario a la mujer en la lactancia	11	Capítulo H. Actitudes en la técnica de counselling	31
Capítulo D. Consejo alimentario para el primer año de vida.	13	Capítulo I. Habilidades en la técnica de counselling	31
Capítulo E. Consejo alimentario para la etapa preescolar	14	Capítulo J. Guía de una sesión de counselling	35
Capítulo F. Consejo alimentario para la etapa escolar	15	Capítulo K. Entrevista motivacional centrada en los cambios alimentarios	36
Capítulo G. Consejo alimentario en la adolescencia	17	Capítulo L. Objetivos y pautas de intervención en las distintas fases del cambio	38
Capítulo H. Consejo alimentario en el adulto	19	Conclusión	40
Capítulo I. Consejo alimentario en la vejez	20	Tema 3. Mitos y errores en alimentación	41
Tema 2. Entrevista motivacional centrada en el cambio de hábitos alimentarios	21	Capítulo A. Introducción	41
Capítulo A. Introducción	21	Capítulo B. Mitos sobre conceptos generales en alimentación . .	42
Capítulo B. La comunicación como herramienta de relación y comunicación eficaz	22	Capítulo C. Mitos y errores en cereales y tubérculos	45
Capítulo C. Tipos de Comunicación	23	Capítulo D. Mitos respecto a verduras, hortalizas y frutas	45

Capítulo E. Mitos y errores en relación a los productos lácteos	47	Capítulo I. Mitos y errores sobre el agua, bebidas alcohólicas y no alcohólicas	50
Capítulo F. Mitos sobre los alimentos proteicos	47	Epílogo	51
Capítulo G. Mitos y errores sobre las grasas vegetales y animales .	49	Glosario	55
Capítulo H. Errores en bollería y pastelería	50	Bibliografía	56
		Test de evaluación	56

INTRODUCCIÓN

El médico de Atención Primaria, en su quehacer diario, ha de integrar el consejo alimentario como una herramienta más para fomentar la promoción de la salud y facilitar al paciente la adquisición de hábitos saludables, aunque a veces ello comporte la restricción de ciertos alimentos condicionado por patologías crónicas. Todos nosotros nos hemos tenido que enfrentar en alguna ocasión a aquella abuela a la que se le diagnostica una diabetes con obesidad y nos manifiesta con tristeza que “antes no comía de aquello porque no tenía, y ahora que tiene, no puede...” No es tarea fácil, puesto que como hemos comentado a lo largo de este curso, los hábitos nutricionales adquiridos a lo largo de toda una vida no resultan fácilmente modificables y solamente un profesional bien formado es capaz de transmitir credibilidad a la hora de dar consejo. No olvidemos, además, hacerlo en un lenguaje sin tecnicismos, pues aunque a lo largo de este curso hemos hablado de sustancias nutritivas y del efecto esperado en las funciones orgánicas, cuando nos dirigimos al paciente le debemos hablar de alimentos y comidas; el mensaje tiene que ser emitido en términos coloquiales para que sea entendible y, además, tiene que ser aplicable en el quehacer cotidiano, puesto que comemos cada día.

Es importante que este consejo alimentario esté basado en datos con rigor científico y en aseveraciones suficientemente contrastadas, para no dar lugar a situaciones controvertidas en las que hoy damos un consejo y mañana damos el contrario; por ejemplo, recordemos aquella época en que aconsejábamos margarina en lugar de mantequilla para reducir el colesterol y los nuevos conocimientos sobre la repercusión de las grasas trans en la salud; por lo tanto, aunque la teoría pueda parecer razonable, los beneficios derivados pueden no ser reales y, en esos casos, debemos evitar ser taxativos a la hora de hacer ese consejo específico. Por ello, a continuación nos centraremos en aquellos consejos alimentarios en los que la experiencia y la evidencia disponible nos permiten asegurar que son claramente beneficiosos para la salud.

Completamos este módulo con un capítulo sobre la técnica de *counselling*, que nos facilitará las habilidades para inducir los cambios de comportamiento hacia unos hábitos nutricionales saludables, y, por último, desarrollaremos un capítulo sobre mitos y errores más frecuentes en alimentación, que concluirá con un epílogo a modo de recorrido por lo tratado en el curso.

Esta 5ª unidad didáctica va acompañada del cuestionario de 50 preguntas que deben responder y enviar en sobre adjunto, los médicos que están interesados en recibir la certificación con la acreditación correspondiente si supera el 75% de respuestas correctas por cada unidad, y, además, asiste al taller de 4 horas a realizar un sábado por la mañana en la localidad que se le notificará más adelante. En el taller, siguiendo el método de casos clínicos, se analizarán diferentes problemas nutricionales y las propuestas para su corrección basado en lo aprendido en el

curso; por ello, es necesario que el alumno acuda con sus 5 unidades didácticas y las tenga disponibles como material de consulta.

Concluyo esta presentación manifestando mi agradecimiento a todos los que han hecho posible la realización de este curso, que ha tenido tan grande acogida entre profesionales de distintas disciplinas (farmacéuticos, biólogos, nutricionistas, profesionales de la alimentación, docentes, enfermeras y médicos de AP) y que ha superado con creces las previsiones iniciales, por lo que desde el Grupo de Trabajo de Nutrición de Semergen esperamos poder seguir aportando a la sociedad nuestro interés y trabajo para conseguir mejorar el estado nutricional de la población a la que asistimos.

Rosario Corio Andújar

Médico de Familia de Cornellá de Llobregat. Coordinadora del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

TEMA 1.

Consejo nutricional

DRA. ROSARIO CORIO ANDÚJAR

Médico de Familia. Centro de Salud Martí Juliá de Cornellá de Llobregat. Barcelona.

Capítulo A. Introducción

Aunque titulamos este tema como Consejo nutricional porque va dirigido a profesionales sanitarios y en él comentamos, de forma resumida, los principios básicos que permiten una nutrición adecuada en cada momento vital del individuo, no debemos olvidar que al paciente se le dan consejos alimentarios. La diferencia entre nutrición (proceso fisiológico por el cual el organismo recibe, transforma y utiliza los nutrientes contenidos en los alimentos) y alimentación (proceso que incluye la elección y forma de transformación o cocinado del alimento, y la decisión de cuándo, cómo y con quién comer) encierra un elemento de voluntariedad en esta última, que da lugar a la adquisición de hábitos, los cuales pueden ser saludables y, por lo tanto, nuestra misión en estos casos será sólo la de reforzar la conducta derivada de ello, o lo que es más difícil, la detección de hábitos insanos y la propuesta de un plan para la corrección oportuna.

Aconsejar al paciente en el consumo saludable de alimentos es una tarea que puede formar parte del plan de intervención con el que concluimos la mayoría de visitas que tienen lugar en Atención Primaria, pero teniendo en cuenta la brevedad del tiempo de consulta, necesitamos centrarnos en recomendaciones que han demostrado ser rentables en términos de salud y utilizar el modelo basado en habilidades en entrevista motivacional, que proporciona un marco útil en el que podemos determinar la voluntad de un paciente para modificar conductas de riesgo y, en función de la fase del cambio en que se encuentre, ayudarle a planificar las acciones para alcanzar las siguientes fases del cambio, siempre de forma progresiva y estableciendo objetivos fácilmente alcanzables (figura 1).



Figura 1. Cadena de la modificación del comportamiento alimentario.

En este tema nos vamos a referir al eslabón de la cadena de modificación del comportamiento alimentario definido como “conocimiento”, es decir, todos aquellos mensajes de tipo informativo básico o recomendaciones que promocionan una alimentación saludable.

Estos consejos tienen como principio básico el de consumir una dieta equilibrada, que es aquella que proporciona la suficiente cantidad de alimentos en proporción adecuada para cubrir todas las necesidades del organismo. Como hemos visto en capítulos anteriores, las necesidades del organismo cambian en función de la edad, de las actividades desarrolladas, de situaciones especiales como el embarazo y la lactancia y de la presencia de determinados procesos patológicos, por lo tanto iremos repasando cada una de estas situa-

ciones y resumiendo los consejos básicos de cada una de ellas.

Capítulo B. Consejo alimentario en el embarazo

Tanto en el embarazo como en el periodo de lactancia la mujer está muy receptiva a los mensajes preventivos, por lo que es un momento excelente para realizar el consejo alimentario.

Los consejos en esta etapa son:

- Una alimentación equilibrada ha demostrado tener una influencia positiva en el curso del embarazo.
- Un buen estado nutricional y unos hábitos alimentarios saludables deben estar

presentes en toda mujer incluso antes de planificar el embarazo.

- Embarazo no es sinónimo de tener que comer por dos, los requerimientos energéticos aumentan aproximadamente un 15%, es decir, aumenta unas 300 kcal/d en el 2º y 3º trimestre de gestación.
- Las necesidades de vitaminas y minerales aumentan entre un 20% y un 50% y se compensan con una dieta variada rica en frutas y productos lácteos.
- “Antojos” son deseos alimentarios percibidos como extraños por la mujer porque no formaban parte de sus preferencias alimentarias previas a la gestación. Suelen deberse a variaciones en el gusto debido a los cambios hormonales más que a carencias nutricionales. Hay que tranquilizar a la mujer y desmitificar que el antojo no satisfecho deje marca en la piel del futuro hijo.
- En esta etapa es muy importante evitar alimentos crudos (carne, huevos, leche) por la posibilidad de desarrollar toxoplasmosis o listeriosis.
- Es conveniente el consumo de pescado por la mayor necesidad de ácidos grasos esenciales para la formación del sistema nervioso y de la retina del feto. La *Food and Drug Administration* (FDA) considera seguro el consumo de hasta 375 mg (tres raciones) de pescado a la semana por el peligro asociado al acúmulo de residuos de productos químicos. Se aconseja reducir el consumo de peces como el tiburón, pez espada, caballa gigante o atún por la posibilidad de mayor acumulación de metilmercurio.
- Es necesario garantizar el aporte de fibra, sobre todo si la mujer presenta estreñimiento.

- En caso de pirosis, náuseas o vómitos, se debe aconsejar realizar comidas ligeras, frecuentes y de pequeño volumen.
- La ingesta de vegetales de hoja verde, además de fibra, aporta ácido fólico, cuyas necesidades aumentan en esta etapa y cuyo déficit se asocia a defectos del tubo neural en el feto. Hay consenso sobre la necesidad de suplementar con 0,4 mg de folato/día, desde tres meses antes de la concepción hasta la 10ª semana de gestación.
- Una aporte adecuado de productos lácteos garantiza el mayor requerimiento de calcio de esta etapa.
- Es aconsejable el uso de sal de mesa yodada para evitar las malformaciones fetales relacionadas con su deficiencia en la primera mitad de la gestación. Los requerimientos son 250-300 mcg de yodo y se cubren con 5 g de sal yodada.
- A pesar de que se produzcan edemas en las piernas de la embarazada, no es aconsejable restringir la ingesta de líquidos ni de sal en esta etapa. Se debe aconsejar un descanso a media tarde con las piernas elevadas.
- Por último, el consejo nutricional en esta etapa debe orientar a evitar el alcohol, el tabaco y limitar el consumo de café y té.

Capítulo C. Consejo alimentario a la mujer en la lactancia

En 1992 la OMS recomendó a sus miembros la creación de comisiones nacionales para fomentar la lactancia. Hoy en día nadie ignora que la leche materna es el mejor alimento para el recién nacido, por lo tanto, un

consejo básico que debe dar el profesional de Atención Primaria es el encaminado a fomentar la lactancia materna.

Los consejos nutricionales que debemos dar a la mujer lactante son:

- La cantidad y tipo de alimentos consumidos influyen en la composición y volumen de la leche materna y por lo tanto en la salud de la madre y del lactante.
- En esta etapa hay un mayor requerimiento de energía, por lo que la dieta debe ser unas 650 kcal/d superior a la que corresponde a esta misma mujer en periodo de no lactación. Normalmente la mujer presenta en este periodo un aumento de apetito y de sed y compensa este aumento de necesidades energéticas. Debemos recomendar que sea a través de una dieta variada.
- Ligado a los dos consejos anteriores, y teniendo en cuenta que tras un embarazo la mujer quiere recuperar rápidamente su figura, hay que dejar claro que la madre lactante no debe hacer dieta para perder peso porque se alteraría en forma negativa la cantidad y calidad de la leche. Debemos aconsejar la práctica de ejercicio para tonificar la musculatura.
- Es recomendable una dieta equilibrada, variada y rica en vegetales de diferentes colores.
- Algunos alimentos pueden afectar a las cualidades organolépticas y digestivas de la leche, como alcachofas, coles, rábanos, ajos, cebollas y especias picantes o irritantes, que pueden transmitir un sabor fuerte a la leche y ser rechazada por el niño; algunos de estos ali-

mentos pueden desencadenar, incluso, dolores cólicos.

- Se recomienda beber aproximadamente un litro de leche al día (por su riqueza en calcio y proteínas) o ingerir derivados de productos lácteos, así como ingerir cantidades suficientes de agua y líquidos, aunque un aumento de la ingesta líquida no incrementa el volumen de leche producida; no obstante, los líquidos adicionales son necesarios para garantizar el balance hídrico de la madre.
- Evitar el alcohol y el tabaco y reducir el consumo de bebidas excitantes como té y café.
- Hay que aconsejar a la madre que antes de tomar medicamentos consulte si éstos pueden pasar a la leche y alterar la salud del recién nacido.
- Popularmente se considera que tomar cerveza durante la lactancia mejora la producción y calidad de la leche, pero no hay estudios concluyentes que permitan tal aseveración.
- Por último, incorporamos la recomendación de la Asociación Española de Pediatría, en la que se expone que los beneficios de la lactancia materna también se extienden a la madre. Las mujeres que amamantan pierden el peso ganado durante el embarazo más rápidamente y es más difícil que padezcan anemia tras el parto; también tienen menos riesgo de hipertensión y depresión postparto. La osteoporosis y los cánceres de mama y de ovario son menos frecuentes en aquellas mujeres que amamantaron a sus hijos.

Capítulo D. Consejo alimentario para el primer año de vida

El primer año de vida es una etapa de crecimiento rápido en el que se dobla el peso al 4º mes y se triplica al año, y es una etapa de adaptación del tubo digestivo (que pasará de una alimentación láctea líquida a una alimentación variada) y de maduración neurológica y psicomotora en la que pasa de una capacidad única de succión a una más compleja de deglución de los alimentos semisólidos.

En esta primera etapa existe también el reflejo de extrusión, que desaparece entre el 4º y 6º mes, por el que el bebé rechaza empujando con la lengua los alimentos sólidos o semisólidos.

Además, su función renal es inmadura y para excretar los desechos por vía urinaria precisa mayor cantidad de líquido que el adulto, en general 80-120 ml de agua/kg de peso y día.

Los consejos a los padres para la alimentación en esta etapa son:

- La leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer al recién nacido, tanto por su composición, como por el vínculo afectivo que se establece entre ambos.
- La leche materna cubre todas las necesidades nutricionales del niño en los primeros meses de vida, lo protege frente a enfermedades infecciosas en el periodo de lactancia y frente a enfermedades futuras como asma, alergias, obesidad o diabetes, y favorece el desarrollo intelectual.
- Un recién nacido sano no necesita más líquidos que los que obtiene de la leche

de su madre o del biberón correctamente preparado, por lo que no es necesario ofrecerle agua, excepto en condiciones de elevada temperatura ambiental, fiebre o diarrea, en los que hay que ofrecer agua (sin azúcar) para evitar la deshidratación.

- La composición de la leche no es igual al principio y al final de la toma, ni en los primeros días de vida o cuando el bebé tiene seis meses. La leche del principio es más aguada pero contiene la mayor parte de las proteínas y azúcares; la leche del final de la toma es menos abundante pero tiene más calorías (el contenido en grasa y vitaminas es mayor). Tanto el número de tomas que el niño realiza al día, como el tiempo que invierte en cada una, es muy variable, por tanto no hay que establecer reglas fijas. Es mejor ofrecer el pecho "a demanda". Un niño puede desear mamar a los 15 minutos de haber realizado una toma o, por el contrario, tardar más de 4 horas en pedir la siguiente, aunque al principio, durante los primeros 15 ó 20 días de vida, es conveniente intentar que el niño haga al menos unas 8 tomas en 24 horas. Tampoco es aconsejable que la madre o quienes la acompañan limiten la duración de cada toma, el bebé es el único que sabe cuándo se ha quedado satisfecho y para ello es importante que haya tomado la leche del final de la toma. Lo ideal es que la toma dure hasta que sea el niño quien se suelte espontáneamente del pecho.
- A partir del 4º-6º mes se inicia la diversificación alimentaria o complementaria a la leche materna o de fórmula. En Euro-

pa se conoce como “beikost” la introducción de cualquier alimento distinto de la leche. Esta introducción debe hacerse de forma gradual, sin forzar al niño y bajo control pediátrico. A veces, los nuevos sabores se rechazan al principio y requiere volvérselo a ofrecer, generalmente al inicio de la ingesta, que es cuando tiene más apetito.

- Si toma el pecho, se debe evitar la utilización de tetinas y biberones para administrar cereales o zumos. Los zumos deben ser naturales sin azúcar.
- No se debe añadir sal a la comida durante el primer año.
- Las harinas de cereales con gluten no se deben introducir antes del 6º mes.
- Las verduras bien cocidas en forma de puré líquido se pueden introducir a partir del 4º-6º mes.
- El huevo y el pescado se introduce a partir del 9º mes. Primero se añade yema cocida triturada en el puré y, si la tolera bien, la clara se introduce en el 12º mes.
- Es una etapa en la que pueden aparecer alergias alimentarias y manifestarse en forma aguda (urticaria, angioedema) o en forma de dermatitis atópica, vómitos, diarreas, dolores abdominales, retardo en el crecimiento, etc., por lo que la aparición de estos síntomas siempre debe generar la consulta al pediatra.

Capítulo E. Consejo alimentario para la etapa preescolar

Esta etapa se caracteriza porque la velocidad de crecimiento disminuye respecto al pri-

mer año y en algunos niños no se produce de forma uniforme, de manera que alternan periodos de crecimiento rápido con otros más lentos. Esto tiene consecuencias en el apetito. Hay que tranquilizar a los padres ya que estos periodos de poco apetito del niño generan gran ansiedad en algunos de ellos.

A partir del 2º año el niño se inserta en los hábitos alimentarios de la familia. Es muy importante transmitir a los padres la necesidad de generar buenos hábitos porque van a influir en el futuro patrón alimentario del niño.

Los consejos de esta etapa son:

- En el momento de la comida es aconsejable promover un ambiente positivo de tranquilidad, charla, incluyendo a todos los miembros de la familia y evitar las discusiones o reprimendas en esos momentos, para evitar que asocie experiencias negativas con el comer. No es aconsejable ver la televisión durante la comida.
- La alimentación debe ser variada en textura, color, sabor y olor, para acostumbrar el paladar y generar unos gustos personales que faciliten un adecuado aporte nutritivo. Se debe educar para evitar la monotonía y las conductas caprichosas ante los alimentos. La introducción de alimentos nuevos se debe realizar al comienzo de la ingesta, que es cuando tienen más apetito.
- La cantidad de alimentos debe ser la adecuada a la edad y características individuales del niño, de manera que permita una correcta evolución del crecimiento y desarrollo y no promueva una tendencia hacia la obesidad o a carencias nutricionales.

- Al final del 2º año el niño debe ser capaz de comer alimentos troceados.
- Hay que enseñarle a masticar bien y a manejar los utensilios de la mesa.
- Si come en la guardería hay que complementar el equilibrio en la dieta con la ingesta de casa.
- El desayuno es una de las ingestas más importante, debe suponer un 25% de los requerimientos del día y hay que dedicarle tiempo, entre 15 y 20 minutos.
- Es aconsejable realizar al menos cuatro ingestas al día y evitar el picoteo entre horas. Se debe acostumbrar al niño a unos horarios establecidos.
- La composición de la dieta por grupos de alimentos se debe adaptar a la recomendación de la Pirámide de Alimentación Saludable para población infantil y juvenil (figura 5 de la 2ª unidad didáctica, pág. 34), teniendo en cuenta que en esta etapa preescolar se deben elegir carnes y pescados blandos y bajos en grasa y, según la capacidad de masticación, en algunos alimentos como las legumbres puede que sea más fácil la introducción si se hace inicialmente en forma de purés. Las verduras, hortalizas y frutas, tanto frescas como cocidas, se deben introducir en trozos pequeños y evitando la presencia de huesos de frutas que puedan dar lugar a atragantamientos.
- Las chucherías y bollería industrial deben ser de consumo ocasional. Una buena alternativa cuando el niño quiere comer algo dulce es ofrecerle fruta, frutos secos, zumos naturales o productos lácteos.

- No se debe utilizar la comida como premio o castigo porque puede inducir a alteraciones del comportamiento alimentario.

Capítulo F. Consejo alimentario para la etapa escolar

En esta etapa el niño sigue en constante crecimiento y desarrollo y los gustos alimentarios trascienden del ambiente familiar y se dejan influir por amigos, compañeros de colegio con los que comparten la comida en el comedor escolar y por las campañas publicitarias.

Los consejos referidos para el periodo anterior son también válidos para esta etapa, pero hemos de prevenir la aparición de sobrepeso u obesidad, porque su existencia a los cinco años de edad se correlaciona con el desarrollo de obesidad en la edad adulta. Por ello, es importante aconsejar:

- Evitar el sedentarismo. Limitar el número de horas al día en actividades de pantalla (televisión, ordenador, videoconsolas...).
- Aconsejar un patrón de dieta mediterránea, equilibrada y con una distribución a lo largo del día del 25% en el desayuno, 35% en la comida, 15% en la merienda y 25% en la cena.
- El desayuno es una comida importante del día y se puede repartir en dos tomas, una primera en casa y otra de pequeña proporción a media mañana en la hora de descanso en la escuela. Un desayuno completo debe estar compuesto básicamente por productos lácteos (leche, queso o yogur), farináceos (pan, tosta-

Función	Nutriente	Alimento	Ración diaria	
			escolar	adolescente
Energética	Grasas	Aceites, mantequillas y grasas en general	25 g/d	35 g/d
	Hidratos de carbono	Cereales, arroz, patatas	3-4	4-6
		Azúcar, refrescos, dulces	moderado	moderado
Plástica	Proteínas	Lácteos: leche, queso, yogur	2-3	3-4
		Carne, pescado, huevos, legumbres y frutos secos	2-3	2-3
			3-6	3-6
Reguladora	Vitaminas y minerales	Frutas	2-3	3-4
		Verduras y hortalizas	2-3	2-3

SEDCA 2005



Figura 2. La nueva rueda de los alimentos de la SEDCA.

das, galletas, cereales...) y fruta fresca o zumos naturales, a lo que se puede añadir una pequeña ración de alimentos proteicos (jamón, atún...).

- Los productos de pastelería se deben consumir con moderación y no ser la única alternativa para desayunos o meriendas.
- En la comida y en la cena hay que proporcionar variedad e incluir todos los grupos de alimentos básicos, presentarlos de forma apetitosa y la ración debe respetar la sensación de gana expresada.
- Se debe potenciar el consumo de fruta fresca, verduras y hortalizas, legumbres, pescado, pan, aceite de oliva virgen y agua.
- Se debe reducir el consumo de chucherías, bebidas refrescantes azucaradas, bollería y pastelería, cremas de chocolate y comida rápida (*fast food*).
- Para aumentar la responsabilidad en el patrón nutricional es aconsejable incorporar al niño a las tareas de comprar y cocinar los alimentos.
- La rueda de los alimentos es un recurso didáctico promovido en España desde los años 70 y 80 a través del programa EDALNU del Ministerio de Sanidad. Desde entonces, las recomendaciones alimentarias han cambiado, lo que ha obligado a la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Nutrición (SEDCA) a actualizar el contenido de la rueda pasando de 7 grupos de alimentos a 6 (figura 2). Este recurso didáctico enseña a los niños a comprender la importancia de comer de todo (a lo largo de una semana se debe comer alimentos de todos los grupos) y, en una sola imagen, en varios

colores, se reflejan los diferentes grupos de alimentos y las funciones que desempeña cada uno de ellos:

- Energética, en amarillo: alimentos ricos en grasas e hidratos de carbono.
- Plástica o estructural, en rojo: alimentos ricos en proteínas .
- Reguladora, en verde: alimentos ricos en vitaminas y minerales.

Capítulo G. Consejo alimentario en la adolescencia

La adolescencia es una etapa con importantes cambios físicos, emocionales y sociales que condicionan, por un lado, los requerimientos nutricionales, y por otro, el patrón de comportamiento alimentario en función de las influencias familiares y del entorno social. En general, los consejos son los mismos que en la etapa anterior, pero teniendo en cuenta dos aspectos: el primero es que el estirón puberal demanda un incremento de nutrientes y, el segundo, que la maduración social del adolescente hace que el consejo alimentario lo debamos dirigir al propio individuo más que a sus padres.

En la 2ª unidad didáctica se explican extensamente los conceptos nutricionales ligados a esta etapa, la pirámide nutricional del adolescente y la detección de los problemas de mayor importancia ligados a esta edad, como es la aparición de trastorno del comportamiento alimentario, por lo que, en resumen, los consejos básicos de esta etapa son:

- La dieta debe ser variada y equilibrada en cuanto a energía se refiere, dependiendo

de la actividad realizada. Se debe aconsejar la práctica de ejercicio físico regular.

- Se deben potenciar los aspectos sociales, convivenciales, de identidad gastronómica y cultural de la alimentación. Hay que fomentar el placer de compartir la hora de la comida con la familia y los amigos.
- En la adolescencia, las necesidades energéticas son elevadas y varían en función del sexo y de la actividad física. En general, hasta los 11 años son iguales en ambos sexos.
- En esta etapa de estirón puberal se observa un aumento de masa muscular, lo que condiciona un aumento de las necesidades proteicas. Aunque las proteínas deben seguir contribuyendo entre un 12-15% de valor energético de la dieta, es aconsejable que sean de alto valor biológico.
- Los hidratos de carbono deben suponer el 50-55% del aporte calórico, preferentemente de tipo complejo. La ingesta adecuada de fibra se calcula según la edad, de forma que los gramos aconsejables son la edad +5, esto es aplicable hasta los 20 años de edad.
- La dieta debe aportar suficiente cantidad de vitaminas y minerales (sobre todo calcio, hierro y zinc) dados los mayores requerimientos en esta etapa. Si la dieta es variada y equilibrada, no son necesarios los suplementos de vitaminas y minerales.
- Conviene ser ordenados en cuanto a los horarios de las comidas y los tiempos de dedicación a las mismas. No se deben saltar tomas, ni picar entre horas.
- Fomentar el consumo de frutas, verduras, pescado y reducir el consumo de dulces, refrescos azucarados y comida rápida *fast food*.
- Si el adolescente, de forma esporádica, consume comida rápida, mejor pizza que hamburguesa o Frankfurt, por su menor contenido en grasas saturadas.
- En época de exámenes, dado que la glucosa es la principal fuente energética de las neuronas, se aconseja fraccionar la dieta en más tomas con el objetivo de mantener un aporte constante de hidratos de carbono al organismo y, además, de menor volumen para evitar la sensación de plenitud después de las comidas. Debe moderarse el consumo de bebidas estimulantes como café, té o colas.
- Los adolescentes que practican determinadas actividades deportivas de competición en las que se requiere un control estricto del peso corporal (gimnasia rítmica, atletismo, etc.) pueden necesitar un mayor control de la alimentación para cubrir los requerimientos adicionales y evitar carencias nutricionales. Se ha observado además, que las actividades deportivas en las que existe una preocupación constante por el peso, se asocian con mayor frecuencia a trastornos del comportamiento alimentario.
- Si se detecta por parte de los padres posible trastorno del comportamiento alimentario, consultar inmediatamente con el médico de Atención Primaria.
- En esta etapa adquiere gran importancia el consejo dirigido a evitar hábitos tóxicos (tabaco, alcohol o drogas).

Capítulo H. Consejo alimentario en el adulto

El estilo de vida actual, con la mujer incorporada al mundo laboral, hace que el tiempo dedicado a cocinar y comprar alimentos frescos haya disminuido y, por otra parte, son muchos los adultos que realizan una de las comidas del día en bares, restaurantes o comedores de empresa, por lo que no es infrecuente detectar errores nutricionales en esta etapa. Los consejos que debemos dar son:

- La dieta mediterránea, rica en fruta, verduras, hortalizas, cereales, frutos secos, pescado, legumbres y aceite de oliva es muy saludable y equilibrada y debe ser el patrón a seguir.
- En cuanto a las raciones, se deben seguir las recomendaciones de la Pirámide de la Alimentación Saludable (1ª unidad didáctica, pág. 26).
- Es aconsejable priorizar el consumo de pescado y moderar el consumo de carnes. El huevo es una buena alternativa a la carne y al pescado.
- El pan, la pasta, el arroz y la patata son alimentos básicos. Son ricos en hidratos de carbono complejos que dan equilibrio a la dieta.
- Se debe priorizar beber agua frente a otras bebidas, no obstante, el consumo de vino o cerveza de forma moderada y opcional, puede formar parte de una dieta equilibrada.
- Organizar la lista de la compra para consumir alimentos frescos varias veces a la semana. Seguir las indicaciones pre-

cisas para descongelar correctamente los alimentos.

- Unos buenos hábitos alimentarios y una actividad física regular incrementan nuestro nivel de salud.
- Se debe moderar el consumo de sal.
- El consumo de alimentos en cuanto a aporte energético debe ser proporcional al tipo de actividad laboral desarrollada para permitir el mantenimiento de un peso saludable. Recordar que peso ideal no es sinónimo de peso saludable.
- Aproximadamente a partir de los 40 años las necesidades de energía aportadas por los alimentos disminuyen, por lo que si se sigue comiendo igual, hay una tendencia progresiva a aumentar de peso, así que debemos estar atentos para adecuar la ingesta al gasto energético y evitar la tendencia a la obesidad.
- Las técnicas culinarias más aconsejables son: vapor, plancha, horno, papi-lote o grill. El consumo de fritos y rebosados debe moderarse.
- En la mujer, en la etapa de menopausia los alimentos ricos en calcio (productos lácteos) y fitoestrógenos (soja) pueden desempeñar un papel beneficioso.

Capítulo I. Consejo alimentario en la vejez

Los problemas asociados a esta edad que pueden influir en el patrón nutricional son la reducción de la actividad física, problemas en los dientes y la masticación, menor percepción de sed, menor olfato y sentido del gusto, que condi-

cionan una peor función digestiva, problemas de tipo social (soledad, pensiones bajas, etc.), trastornos de memoria que pueden influir en la manipulación y conservación de alimentos, presencia de enfermedades crónicas y de sus tratamientos.

Algunos estudios realizados en ancianos revelan que aunque el sobrepeso es frecuente, no se cubren los requerimientos de algunas vitaminas (A, B, C y D) y minerales (calcio) debido a que las necesidades energéticas disminuyen de forma progresiva, pero las de micronutrientes permanecen constantes.

Otro problema frecuente en esta etapa es el estreñimiento asociado a una disminución de la ingesta de agua, fibra y de actividad física.

Por otra parte, no es infrecuente que la persona de edad avanzada padezca enfermedades crónicas, algunas de las cuales requieren consejos alimentarios específicos. También es frecuente que estén polimedicados, lo cual puede alterar los mecanismos de absorción y metabolización de algunos nutrientes. Por todo esto, los consejos que debemos dar en esta etapa son:

- Es importante mantener una correcta hidratación garantizada por el aporte suficiente de agua y líquidos. Se aconsejan unos 8 vasos al día.
- La dieta debe ser equilibrada y variada. Se debe evitar repetir y recalentar platos preparados. Al menos deben tomar dos comidas calientes al día.
- Los platos deben ser de fácil preparación pero apetecibles, bien presentados y de fácil masticación y digestión.

- Diariamente deben consumir fruta fresca y verduras.
- Los productos lácteos son muy necesarios para reducir el riesgo de osteoporosis.
- Moderar el consumo de bebidas alcohólicas. Si existe consumo de alcohol, y no hay contraindicación específica, se puede beber preferentemente vino o cerveza. Se recomienda no superar los 30 g de etanol/día en el hombre y los 20 g/d en la mujer.
- Moderar el consumo de sal.
- Mantener una actividad física adecuada a las características de la persona que, junto con un consumo energético adecuado al gasto calórico, permitan mantener un peso adecuado o con discreto sobrepeso.
- El menú diario se debe basar en un entrante o primer plato (cereales, harinas, verduras, patatas), segundo plato (carne mejor blanca que roja, pescado, huevos, legumbres) y un postre (frutas, lácteos, dulces) y acompañar con pan. Es aconsejable fraccionar la dieta en 4 ó 5 comidas diarias.
- Para aderezar o cocinar se aconseja el uso de aceite de oliva virgen.
- Evitar la soledad, comer en compañía y aumentar las relaciones sociales siempre que sea posible. Es importante fomentar los aspectos relacionados con el carácter convivencial y lúdico de las comidas.

TEMA 2.

Entrevista motivacional centrada en el cambio de hábitos alimentarios

DRA. M^a LUISA LÓPEZ DÍAZ-UFANO

Médico de Familia. Centro de Salud Torres de la Alameda. Madrid.

Capítulo A. Introducción

La base sobre la que se sustenta una correcta y productiva relación entre un médico y sus pacientes es la comunicación que se establece entre ambas partes. Si el médico no comprende lo que quiere decir su paciente (descripción de los síntomas, desarrollo de los mismos, etc.) o es incapaz de transmitir sus recomendaciones terapéuticas o educativas (cómo usar los medicamentos, qué hacer para evitar la aparición de un problema, etc.), tendremos un panorama de incomprensión que será motivo de errores, frustración e ineficiencia. Para los médicos, desarrollar nuestras habilidades comunicativas debería ser un aspecto prioritario de nuestro trabajo, además de la necesaria competencia técnica.

Históricamente, la relación entre los médicos y sus pacientes ha sido asimétrica o “paternalista”. Este modelo impregnado de despotismo ilustrado daba al médico el poder de tomar las decisiones que afectaban a los pacientes sin solicitar su opinión o permiso, negándoles toda capacidad de decisión sobre su propia enfermedad. El objetivo terapéutico se superponía a cualquier otra consideración, ya que el paciente desconocía lo básico de su enfermedad y por ello le era negada cualquier capacidad de decisión. En esta situación, la falta de información y de participación era suplida por una fe ciega en la ciencia y en los científicos (los médicos). El desarrollo tecnológico que ha acompañado a la medicina en este siglo reforzó esta visión de la realidad.

Sin embargo, los avances sociales y culturales han hecho posible un cambio de actitud, primero de los pacientes y después de los médicos, que ha provocado una nueva forma de relación médico-paciente basada en la información mutua y en la toma de decisiones com-

partidas. Considerar a los pacientes como personas adultas, autónomas y responsables de sus acciones está muy alejado de la relación clásica de sumisión, acatamiento y veneración que históricamente la sociedad ha dispensado a los médicos. Y los primeros que debemos adaptarnos a esta realidad somos los propios médicos, en muchos casos todavía imbuidos de la superioridad que supuestamente nos da el conocimiento científico.

La información médica, es decir, lo que compartimos con nuestros pacientes sobre la enfermedad que padecen, es un punto clave para establecer una buena comunicación. Si por ejemplo, un paciente diagnosticado de asma bronquial no conoce las ideas básicas sobre el origen y los daños que puede producir a corto y largo plazo el mal control de la enfermedad, es probable que realice un tratamiento irregular o erróneo e incrementará su riesgo de una manera significativa. Este mismo paciente, conocedor de la información necesaria que justifica el tratamiento, del control periódico de la terapia, etc., será un paciente convencido y colaborador que facilitará la labor a su médico y obtendrá el máximo beneficio de la relación profesional. La información de doble flujo siempre provoca los mejores resultados.

La relación entre un médico y sus pacientes sigue siendo, a pesar de los avances tecnológicos, una relación personalizada y única.

Capítulo B. La comunicación como herramienta de relación y comunicación eficaz

La forma de comunicarse es la tarjeta de presentación del profesional. El modo en

como el médico comunique y el tipo de relación que establezca con el paciente va a tener una influencia decisiva en la forma en que el paciente afronte su enfermedad y responda a los tratamientos.

Se sabe que una buena comunicación médico-paciente:

- Establece, incrementa o consolida una buena adhesión terapéutica a los tratamientos.
- Aumenta el grado de satisfacción de los enfermos a la atención que reciben.
- Disminuye las reclamaciones por mala praxis.
- Alivia la ansiedad.

Los médicos que tratan pacientes con alteraciones nutricionales en su práctica clínica diaria han de abordar la comunicación en situaciones problemáticas y asociadas a un alto nivel de ansiedad, que no se puede obviar si se pretende un abordaje terapéutico eficaz.

La comunicación es la herramienta básica para la relación interpersonal y a través de ella se abordan las emociones de los pacientes y se estimulan los cambios comportamentales de los mismos. Por ello, es muy importante:

- Cuidar tanto el nivel verbal de la comunicación como el nivel no-verbal.
- Entrenar a fondo el uso de ciertos verbos clave: concretar objetivos, preguntar, escuchar (activamente), empatizar, sintetizar, retroalimentar y reforzar.

La comunicación es el acto por el cual un individuo establece con otro un contacto que le permite transmitir una información. En la comunicación intervienen diversos elemen-

tos que pueden facilitar o dificultar el proceso:

- Emisor: la persona (o personas) que emite un mensaje.
- Receptor: la persona (o personas) que recibe el mensaje.
- Mensaje: contenido de la información que se envía.
- Canal: medio por el que se envía el mensaje.
- Código: signos y reglas empleadas para enviar el mensaje.
- Contexto: situación en la que se produce la comunicación.

La comunicación eficaz entre dos personas se produce cuando el receptor interpreta el mensaje en el sentido que pretende el emisor.

Capítulo C. Tipos de comunicación

Las formas de comunicación humana pueden agruparse en dos grandes categorías:

- La comunicación verbal: se refiere a las palabras que utilizamos y a las inflexiones de nuestra voz (tono de voz).
- La comunicación no verbal: hace referencia a un gran número de canales, entre los que se podrían citar como los más importantes el contacto visual, los gestos faciales, los movimientos de brazos y manos o la postura y la distancia corporal.

Pese a la importancia que le solemos atribuir a la comunicación verbal, entre un 65% y un 80% del total de nuestra comunica-

ción, con los demás la realizamos a través de canales no verbales. Para comunicarse eficazmente, los mensajes verbales y no verbales deben coincidir entre sí. Muchas dificultades en la comunicación se producen cuando nuestras palabras se contradicen con nuestra conducta no verbal.

Se ha de cuidar la comunicación no verbal. Para ello, se tendrá en cuenta lo siguiente:

- La comunicación no verbal debe de ir acorde con la verbal.
- Contacto visual. Es el porcentaje de tiempo que se está mirando a los ojos de la otra persona: debe ser frecuente pero no exagerado.
- Afecto. Es el tono emocional adecuado para la situación en la que se está interactuando. Se basa en índices como el tono de voz, la expresión facial y el volumen de voz (ni muy alto ni muy bajo).

Se ha de elegir el lugar y el momento adecuados. En ocasiones, un buen estilo comunicativo, un modelo coherente o un contenido adecuado pueden irse al traste si no hemos elegido el momento adecuado para transmitirlo. Es importante cuidar algunos aspectos que se refieren al momento en el que se quiere establecer la comunicación, tales como:

- El ambiente, el lugar, el ruido que exista, el nivel de intimidad, las interrupciones...
- Si se va a criticar o pedir explicaciones, se debe esperar a estar a solas con nuestro interlocutor.
- Si se le va a elogiar, será bueno que esté con su grupo u otras personas significativas.

- Si se ha comenzado una discusión y vemos que se nos escapa de las manos o que no es el momento apropiado, se utilizarán frases como: *“si no le importa podemos continuar esto en... , más tarde”*.

Capítulo D. Técnicas de comunicación eficaz

Todos conocemos y podríamos citar en teoría cuales son los principios básicos para lograr una correcta comunicación, pero, tal vez por simpleza, frecuentemente nos olvidamos de ellos. Algunas de las estrategias que podemos emplear son tan sencillas como las siguientes:

La escucha activa

Uno de los principios más importantes y difíciles de todo el proceso comunicativo es el saber escuchar. La falta de comunicación que se sufre hoy día se debe en gran parte a que no se sabe escuchar a los demás. Se está más tiempo pendiente de las propias emisiones y en esta necesidad propia de comunicar se pierde la esencia de la comunicación, es decir, poner en común, compartir con los demás. Existe la creencia errónea de que se escucha de forma automática, pero no es así. Escuchar requiere un esfuerzo superior al que se hace al hablar y también del que se ejerce al escuchar sin interpretar lo que se oye. Pero ¿qué es realmente la escucha activa?

La escucha activa significa escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla. ¿Cuál es la diferencia entre oír y escuchar? El oír es simplemente percibir vibra-

ciones de sonido, mientras que escuchar es entender, comprender o dar sentido a lo que se oye. La escucha efectiva tiene que ser necesariamente activa por encima de lo pasivo. La escucha activa se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo. Para llegar a entender a alguien se precisa asimismo cierta empatía, es decir, saber ponerse en el lugar de la otra persona.

Elementos que facilitan la escucha activa:

- Disposición psicológica: prepararse interiormente para escuchar.
- Observar al otro: identificar el contenido de lo que dice, los objetivos y los sentimientos.
- Expresar al otro que le escuchas con comunicación verbal (*ya veo, humm, uh, etc.*) y no verbal (contacto visual, gestos, inclinación del cuerpo, etc.).

Elementos a evitar en la escucha activa:

- No distraernos, porque distraerse es fácil en determinados momentos. La curva de la atención se inicia en un punto muy alto, disminuye a medida que el mensaje continúa y vuelve a ascender hacia el final del mensaje. Hay que tratar de combatir esta tendencia haciendo un esfuerzo especial hacia la mitad del mensaje con objeto de que nuestra atención no decaiga.
- No interrumpir al que habla.
- No juzgar.
- No ofrecer ayuda o soluciones prematuras.

- No rechazar lo que el otro esté sintiendo, por ejemplo: *“no te preocupes, eso no es nada”*.
- No contar “tu historia” cuando el otro necesita hablarte.
- No contraargumentar. Por ejemplo: si el otro dice *“me siento mal”* responder *“yo también”*.
- Evitar el “síndrome del experto”: se tiene las respuestas al problema de la otra persona, antes incluso de que te haya contado la mitad.

En una relación en la que es importante motivar al paciente al cambio, hacer frente a la frustración, ansiedad, miedo, vergüenza o agresividad, es muy útil disponer de habilidades de escucha activa específicas para este fin. Darle la debida importancia a estos aspectos puede incrementar el poder de influencia del médico sobre el paciente para promover un cambio de hábitos y/o favorecer su bienestar.

Las habilidades para la escucha activa son:

- Mostrar empatía: escuchar activamente las emociones de los demás es tratar de “ponernos en su lugar”, entender sus motivos; es escuchar sus sentimientos y hacerle saber que “nos hacemos cargo”, intentar entender lo que siente esa persona. No se trata de mostrar alegría, ni siquiera de ser simpáticos, simplemente, hacer ver que somos capaces de ponernos en su lugar. Sin embargo, no significa aceptar ni estar de acuerdo con la posición del otro. Para demostrar esa actitud, se usan frases como: *“entiendo lo que sientes”, “noto que...”*.
- Parafrasear. Este concepto significa verificar o decir con las propias palabras lo

que parece que el emisor acaba de decir. Es muy importante en el proceso de escucha ya que ayuda a comprender lo que el otro está diciendo y permite verificar si realmente se está entendiendo y no malinterpretando lo que se dice. Un ejemplo de parafrasear puede ser: *“Entonces, según veo, lo que pasaba era que...”*, *“¿Quieres decir que se sintió...?”*

- Emitir palabras de refuerzo o cumplidos. Pueden definirse como verbalizaciones que suponen un halago para la otra persona o refuerzan su discurso al transmitir que uno aprueba, está de acuerdo o comprende lo que se acaba de decir. Algunos ejemplos serían: *“Esto es muy divertido”, “me encanta hablar contigo”, “debe de ser muy bueno jugando al tenis”, etc.* Otro tipo de frases menos directas sirven también para transmitir el interés por la conversación: *“Bien”, “Humm” o “estupendo”*.
- Resumir. Mediante esta habilidad informamos a la otra persona de nuestro grado de comprensión o de la necesidad de mayor aclaración. Expresiones de resumen serían: *“si no le he entendido mal...”*, *“O sea, que lo que me está diciendo es...”*, *“a ver si te he entendido bien...”*.

Expresiones de aclaración serían: *“¿es correcto?”*, *“¿estoy en lo cierto?”*.

Otros aspectos que mejoran la comunicación

- Criticar a otra persona, hablar de lo que hace, no de lo que es. Las etiquetas no ayudan a que la persona cambie, sino que refuerzan sus defensas. Hablar de lo que es una persona sería: *“te has vuel-*

to a olvidar de sacar la basura. Eres un desastre”, mientras que hablar de lo que se hace sería: “te has vuelto a olvidar de sacar la basura. Últimamente te olvidas mucho de las cosas”.

- Discutir los temas de uno en uno, no “aprovechar” que se está discutiendo, por ejemplo sobre la impuntualidad, para reprocharle que es un olvidadizo, que no hace lo que se le recomienda.
- No ir acumulando emociones negativas sin comunicarlas, ya que producirían un estallido que conduciría a una hostilidad destructiva.
- Ser específico. Ser concreto, preciso, es una de las normas principales de la comunicación. Tras una comunicación específica hay cambios, es una forma concreta de avanzar. Cuando se es inespecífico, rara vez se moviliza nada.
- Evitar las generalizaciones. Los términos “siempre” y “nunca” raras veces son ciertos y tienden a formar etiquetas. Es diferente decir: “últimamente le veo ausente” que “siempre está en las nubes”. Para ser justos y honestos, para llegar a acuerdos, para producir cambios, resultan más efectivas expresiones del tipo: “la mayoría de veces”, “en ocasiones”, “algunas veces”, “frecuentemente”. Son formas de expresión que permiten al otro sentirse correctamente valorado.
- Ser breve. Repetir varias veces lo mismo con distintas palabras, o alargar excesivamente el planteamiento, no es agradable para quien escucha. Produce la sensación de ser tratado como alguien de pocas luces o como un niño. En todo

caso, corre el peligro de que le rehuayan por pesado cuando empiece a hablar. Hay que recordar que: “lo bueno, si breve, dos veces bueno”.

Capítulo E. Estilos de comunicación

La forma de interactuar con los demás puede convertirse en una fuente considerable de estrés en la vida. El entrenamiento asertivo permite reducir ese estrés, enseñando a defender los legítimos derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido. En conclusión, podemos afirmar que ser una persona asertiva aporta en las relaciones interpersonales una mayor relajación.

La palabra asertivo proviene del latín *assertus* y quiere decir “afirmación de la certeza de una cosa”, de ahí podemos ver que está relacionada con la firmeza y la certeza o veracidad y así, podemos deducir que una persona asertiva es aquella que afirma con certeza.

Se define asertividad como la habilidad personal que nos permite expresar sentimientos, opiniones y pensamientos, en el momento oportuno, de la forma adecuada y sin negar ni desconsiderar los derechos de los demás. Es decir, nos referimos a una forma para interactuar efectivamente en cualquier situación que permite a la persona ser directa, honesta y expresiva.

La falta de asertividad se da en las personas que tienen problemas a la hora de relacionarse. Debemos diferenciar entre conducta asertiva, pasiva y agresiva.

- **Conducta asertiva.** Implica firmeza para utilizar los derechos, expresar los pensamientos, sentimientos y creen-

cias de un modo directo, honesto y apropiado, sin violar los derechos de los demás. Es la expresión directa de los propios sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas. La aserción implica respeto hacia uno mismo al expresar necesidades propias y defender los propios derechos y respeto hacia los derechos y necesidades de las otras personas. La conducta asertiva no tiene siempre como resultado la ausencia de conflicto entre las dos partes, pero su objetivo es la potenciación de las consecuencias favorables y la minimización de las desfavorables.

- **Conducta pasiva.** Transgresión de los propios derechos al no ser capaz de expresar abiertamente sentimientos, pensamientos y opiniones o al expresarlos de una manera autoderrotista, con disculpas, falta de confianza de tal modo que los demás puedan hacerle caso. La no aserción muestra una falta de respeto hacia las propias necesidades. Su objetivo es el de apaciguar a los demás y el evitar conflictos a toda costa. Comportarse de este modo en una situación puede dar como resultado una serie de consecuencias no deseables tanto para la persona que está comportándose de manera no asertiva como con la persona con la que está interactuando. La probabilidad de que la persona no asertiva satisfaga sus necesidades se encuentra reducida debido a la falta de comunicación o a la comunicación indirecta o incompleta. La persona que actúa así se puede sentir a menudo incompre-

endida, no tomada en cuenta y manipulada.

Además, puede sentirse molesta respecto al resultado de la situación o volverse hostil o irritable hacia las otras personas, puede acabar por estallar. Hay un límite respecto a la cantidad de frustración que un individuo puede almacenar dentro de sí mismo.

- **Conducta agresiva.** Defensa de los derechos personales y expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera inapropiada e impositiva y que transgrede los derechos de las otras personas. La conducta agresiva en una situación puede expresarse de manera directa o indirecta. La agresión verbal directa incluye ofensas verbales, insultos, amenazas y comentarios hostiles o humillantes. El componente no verbal puede incluir gestos hostiles o amenazantes. La agresión verbal indirecta incluye comentarios sarcásticos y rencorosos y murmuraciones. Las víctimas de las personas agresivas acaban, más tarde o más temprano, por sentir resentimiento y por evitarlas. El objetivo habitual de la agresión es la dominación de las otras personas. La victoria se asegura por medio de la humillación y la degradación. Se trata en último término de que los demás se hagan más débiles y menos capaces de expresar y defender sus derechos y necesidades. La conducta agresiva es reflejo a menudo de una conducta ambiciosa, que intenta conseguir los objetivos a cualquier precio incluso si eso supone transgredir las normas éticas y vulnerar los derechos de los demás. La conducta agresiva puede traer como resultado consecuencias favorables, como una expresión

emocional satisfactoria, un sentimiento de poder y la consecución de los objetivos deseados. También pueden surgir sentimientos de culpa; las consecuencias a largo plazo de este tipo de conductas son siempre negativas.

La asertividad se construye en todo un modelo que sigue principios generales, de dentro hacia fuera, de construir fortalezas en nuestra persona, para después poder exteriorizar un desempeño que sirva a los demás; es así como se parte del “respetarte a ti mismo” para “respetar a los demás”. Le continúan a estos principios asertivos ciertas habilidades instrumentales que favorecen la comunicación real. El modelo completo en cuanto a los principios generales sigue siendo la lógica:

- Respeto por uno mismo.
- Respetar a los demás.
- Ser directo.
- Ser honesto.
- Ser apropiado.
- Control emocional.
- Saber decir.
- Saber escuchar.
- Ser positivo.
- Lenguaje no verbal.

Los derechos asertivos son puntos a sostener y a hacer valer ante nosotros mismos y ante los demás. Quien más lesiona nuestro propios derechos asertivos es nuestro yo, cuando no nos respetamos y por nuestro derecho hacemos valer los de los demás. Entre los derechos asertivos hallamos los siguientes:

- Considerar las propias necesidades.
- Cambiar de opinión.

- Expresar tus ideas y sentimientos.
- Decir no ante una petición sin sentirse culpable.
- Ser tratado con respeto y dignidad.
- Cometer errores.
- Pedir y dar cuando así lo decidas.
- Hacer menos de lo que como humano puedes hacer.
- Establecer tus prioridades y tus propias decisiones.
- Sentirse bien.
- Tener éxito.
- La privacidad.
- La reciprocidad.
- No usar tus derechos.
- Exigir la calidad pactada.
- Ser feliz.

Técnicas asertivas

Lo normal es encontrarnos con diversas dificultades a veces difíciles de superar. La mayoría de ellas son que la otra persona ignore el mensaje y continúe con su conducta, o bien intente criticarla o descalificarla de distintas maneras. Para estas eventualidades se deberá estar preparado con una serie de técnicas asertivas adicionales. A continuación recogemos algunas:

- Disco rayado: técnica que consiste en la repetición serena de palabras que expresan nuestros deseos una y otra vez, ante la inexistencia de otros por acceder a los suyos. Evita tener que poner excusas falsas y nos ayuda a persistir en nuestros objetivos.
- Banco de niebla: técnica que nos ayuda a aprender a responder a las críticas

manipulativas de otras personas reconociendo su posibilidad o su parte de verdad.

- Aceptación negativa: esta técnica nos enseña a aceptar nuestros errores y faltas (sin tener que excusarnos por ellos) mediante el reconocimiento decidido y comprensivo de las críticas que nos formulan a propósito de nuestras características negativas, reales o supuestas.
- Aceptación positiva: consiste en la aceptación de la alabanza que nos den (elogios, felicitaciones, etc.), pero sin desviarnos del tema central.
- Interrogación: uno mismo se pregunta lo que le preocupa buscando sus propias respuestas.
- Compromiso: puede ser muy asertivo y muy práctico siempre que no esté en juego el respeto que nos debemos a nosotros mismos, ofrecer a la otra parte algún compromiso.
- Información gratuita: consiste en escuchar activamente la información que nos dan los demás sin habérsela pedido nosotros y de ahí partir para solicitar más datos y seguir la conversación.

Capítulo F. Counselling

Es difícil encontrar en castellano una palabra que pueda traducir el significado de *counselling* y que englobe todos aquellos elementos y matices que le son propios. Las traducciones más frecuentemente utilizadas son “consejo asistido” y/o “relación de ayuda” y/o “asesoramiento”. Se podría definir

como la técnica relacional que hace más eficaz la comunicación con el paciente para ayudar a la toma de decisiones que considere más adecuada para él. El *counselling* se encuadra dentro del estilo de comunicación asertiva.

El *counselling* implica un conjunto de técnicas como son:

- Las habilidades de comunicación básicas.
- Poder dar apoyo emocional.
- Facilitar la resolución de problemas.
- Tener el suficiente autocontrol para lograrlo.

El objetivo último del *counselling* es mejorar la salud del paciente. Ahora bien, lo que da el matiz más específico a esta tecnología humana es el “objetivo intermedio” que se plantea desde el *counselling*: cuidar al profesional (cuidar al que cuida, curar al que cura) para que pueda trabajar de forma más eficaz en el logro del objetivo final y, además, lo haga al menor coste personal posible.

El logro de los objetivos propuestos pasa por la adquisición y/o mejora de una serie de conocimientos, actitudes y habilidades para la relación “profesional-paciente”, en especial en aquellas situaciones donde puedan producirse alteraciones emocionales en alguno de los protagonistas implicados y/o cuando se desea promover cambios en las conductas de los pacientes.

En relación con los protagonistas de la relación, cabe señalar que la mayor parte de habilidades que configuran el *counselling* son útiles también para su aplicación en otra relación clave: “profesional-profesional” (sea el “otro profesional” un igual, un superior o un subordinado); es decir, el *counselling* ofrece una

serie de técnicas, instrumentos y métodos perfectamente aplicables a la mejora de las relaciones interpersonales de los propios profesionales de la salud.

En relación con el tipo de situaciones en las que es aplicable, es importante señalar que aunque su utilidad será máxima en aquellas situaciones en las que aparecen alteraciones emocionales (angustia, ansiedad, desmotivación, miedo, rabia, etc.) en los dos protagonistas (la escena de comunicar malas noticias sería un ejemplo paradigmático), su aplicación es también adecuada en aquellas situaciones en las que la alteración emocional afecta sólo a uno de los protagonistas.

Cada vez con más frecuencia se utiliza el *counselling* en su vertiente preventiva, en aquellas situaciones donde no ha aparecido aún ninguna alteración emocional y lo que se pretende es precisamente evitar su aparición, o que aparezca con mucha menos intensidad. Los dos protagonistas principales en el *counselling*, ya se ha dicho, son el profesional y el paciente. Cabe ahora concretar el papel que propone éste para cada uno de estos protagonistas: ¿qué hace, en síntesis, cada uno de ellos para lograr el objetivo final y el objetivo intermedio citados? El verbo que mejor sintetiza la tarea del profesional es “facilitar”, facilitar conocimientos, instrumentos, herramientas, técnicas, habilidades, materiales, sugerencias, alternativas..., tanto al paciente como a su entorno. Por otro lado, el verbo que más se acerca a la tarea básica del paciente es “conducir”, conducir su proceso, sus cambios comportamentales, su salud y sus decisiones respecto a ella.

La actuación del profesional sanitario es radicalmente distinta (en contenido y en forma) si cree que la salud es un derecho que

ese paciente tiene, o si cree, por el contrario, que es una obligación. El *counselling* apuesta por la idea de que asumir que la salud (y el seguimiento de las indicaciones terapéuticas) es un derecho o una opción del paciente, favorece el cumplimiento por parte del profesional de su función facilitadora y evita la tentación de decidir “por el otro” (con los enormes riesgos que ello conlleva: incumplimiento de pautas terapéuticas, farmacológicas y/o conductuales, errores diagnósticos y de prescripción, denuncias, etc.).

Propone un cambio en la forma de concebir la relación médico-paciente pasando del clásico modelo paternalista a un modelo no paternalista (en el que el paciente toma parte activa en sus cuidados y en las decisiones que le conciernen). Para conseguirlo se necesita aprender a deliberar, desde una posición de simetría moral, con el paciente, individualizando actitudes y estrategias a las características particulares de éste.

Capítulo G. Los elementos del *counselling*

Modelos conceptuales:

- Potenciación.
- Sufrimiento.

Principios éticos:

- Autonomía.
- Beneficencia no paternal.
- Justicia.
- No maleficencia.

Conocimientos:

- Del problema atendido.
- De la profesión.
- Del tipo de enfermedad.
- Del contexto.

Actitudes:

- Aceptación.
- Empatía.
- Congruencia/veracidad.
- Confidencialidad.

Habilidades relacionales:

- Comunicación asertiva.
- Apoyo emocional.
- Autorregulación.
- Solución de problemas.

Capítulo H. Actitudes en la técnica de *counselling*

Las actitudes básicas que propone el *counselling* son:

Empatía. Transmitir con lo que decimos y cómo lo decimos, una sensibilidad y respeto profundo hacia las emociones del paciente. La empatía concreta hará que el paciente se sienta entendido y será más eficaz nuestro trabajo.

Aceptación incondicional. Transmitir con gestos y acciones que se le considera capaz, devolviéndole una imagen cómoda de sí mismo. Aceptación de cómo es con sus valores y su peculiar biografía.

Congruencia/veracidad. Comunicar en sintonía con los sentimientos propios y del paciente.

Capítulo I. Habilidades en la técnica de *counselling*

Tres son los grupos de habilidades fundamentales para una aplicación óptima del

counselling: habilidades emocionales, habilidades de comunicación y habilidades de motivación para el cambio de conducta.

Habilidades emocionales

Son habilidades dirigidas a manejar tanto las propias emociones como las de los pacientes y allegados, y las de otros profesionales.

Las habilidades emocionales son necesarias antes de establecer cualquier comunicación y, también, durante y después de la misma (a fin de controlar las alteraciones emocionales que puedan ir apareciendo en el propio profesional y en el usuario y/o familiares). El objetivo de las habilidades emocionales no es eliminar, reprimir o “tragarse” las emociones, pues este tipo de emociones pueden resultar útiles, ya que al ser desagradables empujan a buscar soluciones y a actuar sobre las situaciones a las que están asociadas. El objetivo es lograr que estas emociones no desborden al profesional (sea por su intensidad y/o duración) y pierdan entonces su funcionalidad. Para ello, se interviene sobre los tres niveles de la respuesta humana que están en el origen y mantenimiento de las emociones: nivel cognitivo, nivel fisiológico y nivel motor.

Intervención a nivel cognitivo

La forma como interpreta una situación, lo que uno mismo se dice respecto a ella, es uno de los puntos clave que determina si una persona va a enfrentarse eficazmente a esta situación o si se va a sentir desbordada e incapaz de hacerlo. Ésta suele ser una de las fuentes principales de alteraciones emocionales. En este sentido, cabe señalar la existencia de una serie de pensamientos que podrían denominarse “improductivos”, que:

a) Se centran en los aspectos más negativos de las situaciones, magnificándolos y olvidando los positivos.

b) Se centran en lo peor que pueda ocurrir, aunque las probabilidades de que ocurra lo peor realmente son inciertas y, a menudo, remotísimas.

c) Magnifican la propia responsabilidad en las cosas que “salen mal”, incitando al autocastigo.

d) Juzgan, moralizan.

En resumen, se trata de pensamientos que, en lugar de interpretar objetivamente la realidad y buscar soluciones a los problemas, se empeñan en negativizar esa realidad, consiguiendo a veces bloquear cualquier intento de solución. Por eso, cuando uno se siente incapaz de enfrentarse a una situación y empieza a entrar en el juego de los pensamientos improductivos, suele ser útil decirse: “¿para qué me sirve pensar esto? Si lo único que consigo es sentirme peor, a ser más saludable y gratificante dirigir mi pensamiento a interpretar la situación de forma más objetiva y buscar soluciones realistas”.

Intervención en el nivel fisiológico.

Cuando una persona interpreta una situación como amenazadora, estresante o desagradable, automáticamente su organismo se prepara para enfrentarse o para huir de esa situación, activándose entonces el sistema nervioso vegetativo. En principio, este es un mecanismo ventajoso que posibilita, cuando presenta niveles moderados, la reacción ante cualquier situación nueva. Pero si este mecanismo se mantiene excesivamente en el tiempo o se activa a niveles muy altos, provoca:

a) una disminución de la capacidad para enfrentarse eficazmente a la situación,

b) un aumento de la sensación de malestar y

c) una desorganización en los niveles cognitivo y motor.

Controlar el sistema vegetativo de forma directa es difícil pero indirectamente puede hacerse a través de la práctica de la respiración profunda, de la relajación progresiva y de la distensión continua.

Intervención en el nivel motor.

Ante una situación difícil es probable que no se sepa cómo actuar por inhibición o por bloqueo, o que se actúe de forma descontrolada o desorganizada.

Una de las formas para evitar ambas reacciones consiste en plantearse la situación siguiendo las seis fases del “Esquema de Afrontamiento de Situaciones” que se muestra a continuación:

1. Describir la situación. A veces, cuando la situación es emocionalmente intensa, cuesta mucho limitarse a describir objetivamente la situación y suelen aparecer interpretaciones subjetivas que dificultan una resolución eficaz.

2. Escribir un listado de alternativas. Ocurre con frecuencia que no se invierte el tiempo necesario en este paso y se olvida que esta fase creativa es fundamental para el afrontamiento eficaz de la situación. Es clave darse permiso para sentirse libre y para no criticar, juzgar o boicotear cada una de las alternativas que se van proponiendo.

3. Valorar cada alternativa. Esta es la fase crítica donde se analizan, juzgan y valoran a fondo cada una de las alternativas pro-

puestas en el paso anterior. Desde el *counselling* se proponen dos criterios de valoración. a) criterio de coherencia: “Lo que voy a decidir y hacer tendrá que ver con lo que pienso, lo que creo, lo que me hace levantar de la cama cada mañana”; b) criterio de inteligencia: analizando los beneficios en términos de salud y de convivencia e interviniendo desde el área “inteligente”, donde coinciden los beneficios para el profesional con los beneficios para “los otros” (paciente y/o familiares, compañeros de trabajo, etc.). Esta estrategia (“todos ganan”) es la más adecuada para que los cambios que se consigan sean duraderos. Conviene evitar estrategias del tipo “malévolo”: el profesional gana y “el otro” pierde, pues con esta estrategia los cambios, en caso de producirse por temor, dependencia, autoridad, etc., no suelen ser duraderos. Tampoco son recomendables las estrategias “ingenua” (el profesional pierde y “el otro” gana), ni estúpida (donde “todos pierden”).

4. Tomar la decisión. El mayor riesgo de esta fase es precisamente no realizarla, al no encontrar la “solución perfecta”, y volver a los anteriores pasos del esquema y entrar en un “círculo vicioso” que dificulte el paso a la acción.

5. Es muy importante que se asuma que la alternativa elegida es la mejor, no la perfecta (que casi nunca existe), de manera que luego puedan interpretarse correctamente las consecuencias negativas que puedan aparecer al ponerla en práctica.

6. Evaluar la actuación. El concepto más clave en este paso es: objetividad.

Resulta muy complicado abordar las emociones del otro sin manejar adecuadamente las propias. Muchas veces la irritación nos hace perder eficacia ya que el paciente per-

cibe a un nivel no verbal esa emoción y, es probable, que interiormente decida no comunicarse con el profesional.

Con el fin de manejar adecuadamente las emociones del profesional, es decir, sin herirse ni herir al paciente, se sugiere lo siguiente:

- Estar despierto a las propias emociones y mantener el canal de escucha interno siempre conectado.
- Autoaceptación: es normal que los pacientes nos provoquen irritación, pena, ansiedad.
- ¡Atención a cómo se habla a sí mismo! El tipo de diálogo, lo que se denomina auto-instrucciones, influye en la amplificación o disminución de la reacción emocional.

Habilidades de comunicación

La comunicación es la herramienta básica para la relación interpersonal y a través de ella se abordan las emociones de los pacientes y se estimulan los cambios comportamentales de los mismos. Por todo ello, es muy importante cuidar tanto el nivel verbal de la comunicación como el nivel no-verbal y entrenar a fondo el uso de ciertos verbos clave: concretar objetivos, preguntar, escuchar (activamente), empatizar (también activamente), sintetizar, retroalimentar y reforzar.

El tema de habilidades de comunicación tiene una larga tradición en la formación de los profesionales de la salud, por ello aquí sólo se va a resumir en dos verbos para prevenir el riesgo de “actuación teatral” y que son los que más fácilmente la provocan (empatizar y reforzar); puede ser de utilidad asociarlos a aspectos concretos y no globales, por ej.:

empatía global: “*Te entiendo, te comprendo*”, *empatía concreta*: “*Entiendo que te parezca complicado acordarte cada día de tomar...*”.

Los riesgos de la empatía global son varios: además de sonar “teatral”, es tan inespecífica que no aclara qué es lo que realmente se entiende y fácilmente puede “volverse en contra”. La empatía concreta evita, por una parte, esos riesgos, y consigue, por otra, los objetivos motivadores y facilitadores de la comunicación que busca la empatía. Es por ello mucho más eficaz.

Respecto al refuerzo global, los riesgos son los mismos que en la empatía global, además de sonar a “teatral”, es poco específico, pues no queda claro qué es lo que realmente se quiere reforzar. Por el contrario, el refuerzo concreto consigue objetivos motivadores.

En ambos casos (empatía y refuerzo), si la respuesta a la pregunta ha sido positiva y se ha encontrado algo concreto para empatizar o para reforzar, la eficacia de ambas acciones se potenciará enormemente dada la credibilidad que transmitirá una comunicación honesta y basada en lo que realmente piensa el profesional.

Habilidades de motivación para el cambio de conducta

Estas habilidades son fundamentales dado que la comunicación que establece el profesional con el paciente tiene como objetivo último, en muchas ocasiones, estimular determinados cambios en las conductas y hábitos del paciente. De ahí la importancia de contar con una serie de habilidades específicas, tanto a nivel de diagnóstico comportamental (conocer los factores más relevantes que explican las conductas) como a nivel de intervención.

Estas habilidades están dirigidas a realizar primero un buen diagnóstico comportamental, a través del Modelo PRECEDE, de Green adaptado por Bimbela, para luego intervenir con éxito en la motivación de cambios de conducta a través de instrumentos como el Decálogo de petición de cambios.

Cabe señalar que el modelo PRECEDE es útil tanto para la realización de “diagnósticos individuales” como para “diagnósticos grupales”.

Las siglas de *Predisposing* (predisponentes), *Reinforcing* (reforzantes), *Enabling* (facilitadores), *Causes* (Causas), *Educational* (educacional), *Diagnosis* (diagnóstico) y *Evaluation* (evaluación), sugieren que son tres los tipos de factores que ayudan a explicar conductas: factores predisponentes, facilitadores y reforzantes.

Factores predisponentes:

Tienen que ver con la motivación del sujeto o del grupo para realizar la conducta que se pretende promover: la información, las actitudes, los valores y creencias, etc., tanto en relación con las prácticas que se quieren modificar o eliminar como con las que se quieren promover. Es importante investigar tanto los predisponentes de los sujetos que no realizan la conducta analizada, para poder modificarlos, como los de los sujetos que ya la realizan, para poder reforzarlos, y, además, obtener argumentos pro-conducta que pueden ser facilitados a la población que no los tiene.

Factores facilitadores:

Tienen que ver con las facilidades que el individuo o el grupo tiene para realizar la conducta.

Por un lado, habilidades o destreza para realizar la conducta (seguir una prescripción facultativa, negociar con la pareja cambios en la dieta diaria, etc.) e incidir en el entorno a fin de prevenir y/o modificar acciones del mismo que sean contrarias a dicha conducta y, por otro, la existencia y accesibilidad de instrumentos y centros con sus respectivos profesionales que puedan facilitar la realización de la conducta.

Factores reforzantes:

Hacen referencia a las consecuencias que tiene para el individuo o el grupo el hecho de haber realizado la conducta: la respuesta de los agentes clave del medio, la respuesta del propio individuo o grupo, los beneficios/perjuicios físico-emocionales o las consecuencias tangibles.

Cualquier tipo de interacción profesional con el paciente y/o familiar puede ser desarrollada desde el referente del *counselling*. No obstante, existen algunas pautas que pueden ser comunes, combinadas con la adecuada personalización de la intervención.

Capítulo J. Guía de una sesión de counselling

1. Identificar edad, situación familiar y/o enfermedad.
2. Identificar preocupaciones, situaciones de mayor temor y necesidades, del modo más específico posible. Facilitar la expresión emocional.
3. Ayudar a jerarquizar lo que se ha identificado, empatizando con sus emociones y los valores subyacentes a lo expresado.

4. Identificar recursos y capacidades, ya sean internos o externos.

5. Proporcionar información. Identificar lo que el paciente sabe, lo que quiere saber y lo que ha entendido en torno a lo que le preocupa.

6. Abordar las preocupaciones, una vez jerarquizadas, combinándolas con los recursos y capacidades que dispone la persona, en primer lugar, y con otros que podamos sugerir. Escuchar lo que dice el paciente... y lo que no dice.

7. Clarificar, conjuntamente, las distintas opciones evaluando pros y contras.

8. Ayudar en la toma de decisiones desde la congruencia con los propios valores y recursos del paciente.

9. Resumir y planificar el futuro.

Como conclusión podemos decir que el *counselling* beneficia al profesional de la salud, que puede trabajar de forma más eficaz, cómoda y satisfactoria (más éxito y mayor logro de sus objetivos y a un coste personal menor). También beneficia al paciente que se siente mejor atendido, más satisfecho y más motivado para mantener conductas más saludables. Además, no puede olvidarse que las instituciones sanitarias se benefician también de la aplicación del *counselling*, al ver aumentar la calidad percibida por los pacientes y al mejorar el clima laboral entre los profesionales (menos estrés, menos “queme”, menos “daños asociados”: bajas, dolores musculares cefaleas...).

Finalmente, la sociedad, en general, también obtiene ganancias, pues logra un uso más racional de servicios y fármacos y puede desarrollar estilos de vida más saludables.

Capítulo K. Entrevista motivacional centrada en los cambios alimentarios

La motivación para el cambio requiere pasar de un estado de acomodación y de conformidad en una situación habitual a otro de cuestionamiento de la conformidad, arriesgándose a la acción y al cambio. Es una opción personal. Esta transición puede desencadenarse por sucesos y experiencias personales significativas, por la propia intervención clínica o por influencias y apoyos sociales.

Una serie de condiciones previas ayudan a aumentar la probabilidad de elegir iniciar un cambio, comprometerse con el tratamiento y remontar cuando haya recaídas:

1. Establecer una relación de confianza basada en el principio de autonomía, en un diálogo empático, generando un espacio de escucha y entendimiento. Un lugar de encuentro clínico al que le resulte agradable al paciente volver. Mostrarse siempre sensible a las dificultades y no “echar broncas” resulta de ayuda.

2. Realizar un trabajo cooperativo. El tratamiento es cosa de dos, con los objetivos y tareas que se van a realizar presentados como retos (“el trabajo en conjunto que vamos a hacer le va a permitir controlar...” más que como amenazas (“como no haga usted algo, se va a descontrolar...”) y como decisiones compartidas. Para asegurar el compromiso con el cambio, es importante influir en el balance decisional e inclinarlo hacia el lado del cambio. Para ello es necesario evaluar costes y beneficios del plan de acción. Los beneficios que se obtienen (placer inmediato) explican, a menudo, las resistencias al cam-

bio. Como estrategias clínicas motivadoras podemos señalar:

- Comprendemos y validamos que es difícil que alguien se decida a romper el “apego” que tiene a sus hábitos y estilos de vida relacionados con la alimentación y la nutrición, a renunciar a la seguridad que le proporcionan y a aventurarse por el territorio desconocido de las acciones de cambio, con los costes y molestias que éstas pueden acarrear. Pueden sorprenderse cuando alguien ve problemas donde ellos no los ven y resistirse cuando se les coacciona para que se apresten a un cambio.
- Puede ocurrir que la decisión de acometer un cambio personal empiece a madurarse cuando ese equilibrio se rompe, cuando ocurren acontecimientos vitales que contribuyen a desestabilizar los estilos de vida habituales y se empiezan a sopesar las ventajas e inconvenientes de seguir las manteniendo o de cambiarlas. La intervención clínica, incluso breve, puede ayudar a “tomar conciencia” y a romper la conformidad.
- Por todo ello, trabajamos para reducir el “apego” que tiene a los comportamientos habituales, disminuir o suprimir los beneficios y apoyos reales o percibidos, personales o sociales con los que cuentan esos comportamientos. Al mismo tiempo, en el otro lado de la balanza, trabajamos para aumentar los costes e inconvenientes de la conformidad, haciendo por ejemplo explícitas, a través del feedback, las consecuencias adversas que tiene o puede tener el comportamiento habitual y los malos hábitos alimentarios.

- Comprendemos que las consecuencias gratificantes de los comportamientos constituyen uno de los factores clave para explicar su aparición y mantenimiento. Por ello, trabajamos para aumentar los beneficios del cambio. Analizar con el paciente sus fuentes de gratificación y recompensa puede ser muy útil.
- 3. Dedicar tiempo a definir bien los objetivos reales y realizables:
 - Definir objetivos realistas y alguno de los cuales sea posible alcanzar pronto.
 - Presentar los objetivos como desafíos emocionalmente significativos conectados con lo que es valioso para ellos y les importa en la vida: verse más atractivos, poderse poner la ropa que le gusta, poder jugar con sus hijos o nietos sin agotarse...
 - Poner de manifiesto su importancia para la salud.
 - Dar la oportunidad de intervenir en la elección de los objetivos del cambio.
 - Asegurarse que sean compatibles con sus valores, estilos de vida y recursos.
- 4. No nos limitamos a dar instrucciones y a persuadirles para que las cumplan.
- 5. Asegurar que existen condiciones favorables para llevar a la práctica las pautas de tratamiento.
- 6. Asegurar que son capaces de hacer lo que hemos establecido en el plan de tratamiento.
- 7. Anticipamos las consecuencias positivas que se van a derivar del compromiso con las acciones de cambio porque las consecuen-

cias son fuente de motivación y de esperanza. Las hacemos predecibles de manera realista y las reforzamos verbalmente a cada oportunidad, recordando que todo el esfuerzo se hace para algo.

8. Les comunicamos a menudo reconocimiento, atribuyéndoles los logros que se van alcanzando. Este reconocimiento les ayuda a mantenerse motivados, a que les valga la pena continuar (“me admira cómo saca tiempo para hacer ejercicio todos los días y mantener una dieta...”).

9. Resaltamos que tiene “fundadas esperanzas”, tratamos de suscitar y hacer explícita su autoeficacia y sus expectativas de control, explorando y mostrando los logros del pasado en situaciones similares y reconociendo que el paso dado para acudir a la relación de ayuda es un indicador de que se preocupan por sí mismos, de que quieren resolver el problema y que se conceden capacidad para ello.

10. Cooperamos en la adquisición de las competencias necesarias para realizar las acciones de cambio.

11. Nos aseguramos de que tengan muchas experiencias de dominio de la situación y de que los cambios en la dieta y todas las acciones del plan de tratamiento logren resultados lo más inmediato posible.

12. Graduamos los objetivos y diseñamos las tareas, de manera que se evite la experiencia de fracasos repetidos y la desmotivación consiguiente.

13. Ayudamos a afrontar las recaídas para que no constituyan una fuente de desmotivación, sino una oportunidad de aprendizaje y tirar hacia delante.

Capítulo L. Objetivos y pautas de intervención en las distintas fases del cambio

Antes de emprender el tratamiento es importante:

- Clarificar y acordar que quieren realizarlo y qué quieren al emprenderlo, llegando a un compromiso terapéutico. Evaluación para clarificar la motivación.
 - ¿Quiere realmente hacer el cambio?
 - ¿Por qué quiere hacerlo ahora y no antes?
 - ¿Cuáles son sus objetivos? ¿Para qué lo hace?
 - ¿Qué espera conseguir?
- Realizar una exploración diagnóstica de los factores que están incidiendo en su comportamiento. A nadie se le ocurre dar un tratamiento farmacológico sin hacer un diagnóstico previo. Tampoco es adecuado dar indicaciones psicológicas: haga esto, no haga lo otro, no tome esto... sin una previa exploración de los factores que predisponen, facilitan o refuerzan los comportamientos de las personas con malos hábitos alimentarios. Evaluación diagnóstica de los factores que inciden en su comportamiento. Explorar la información que tiene: lo que sabe y lo que no sabe: "¿cuáles cree que son las razones de su sobrepeso?".
 - Explorar actitudes, valores y creencias: "¿hasta qué punto le es difícil? ¿se siente capaz?".

- Explorar sus relaciones interpersonales, familia, amigos.
- Explorar su grado de satisfacción en el trabajo y en su ocio.
- Explorar los factores reforzantes asociados, premiándolo o castigándolo: "¿qué le proporciona a usted el comer de más?".

Fase de precontemplación

Objetivo:

- Aumentar la percepción de riesgo con respecto a sus hábitos actuales.

Pautas de intervención:

- Explorar mediante preguntas abiertas focalizadas en el nivel de riesgo percibido: "¿conoce cuáles son los riesgos del sobrepeso para su salud? ¿le gustaría que habláramos sobre ello?".
- Ayudar mediante la confrontación a situarle en la realidad: "¿a qué cree que se debe esta diabetes y la tensión arterial tan alta? Me gustaría que me comentara cómo ve usted su peso y qué efectos cree que tiene sobre su salud".

Fase de contemplación

Objetivos:

- Evaluar pros y contras de iniciar un cambio de hábitos.
- Facilitar que se incline la balanza en dirección al cambio.
- Fomentar la percepción de autoeficacia del paciente para el cambio.

Pautas de intervención:

- Persuadir de la utilidad de moverse por objetivos.
- Participación del paciente en la toma de decisiones.
- Evaluar pros y contras en su balance decisional: "por lo que me ha comentado usted piensa que sería bueno perder peso. Me gustaría que comentáramos cuáles son los pros y contras de intentar un cambio en sus hábitos de alimentación. ¿Cuáles son los pros y contras de seguir como está? ¿y de intentar un cambio? Si usted decidiera ponerse manos a la obra ¿qué esperaría conseguir? ¿cómo cree que se sentiría si consiguiera...? ¿hasta qué punto se siente capaz de conseguir cambiar sus hábitos?".

Fase de determinación

Objetivos:

- Ayudar al paciente a decidir cuál sería el mejor curso de acción para conseguir cambiar sus hábitos.
- "Arrancarle" el compromiso.

Pautas de intervención:

- Acordar el plan de acción.
- Personalizarlo en función de sus necesidades, deseos y objetivos.
- Explorar recursos.
- Preguntar opinión para involucrarlo en el compromiso terapéutico: "ahora que ha tomado la decisión de hacer algo con su peso vamos a discutir cuál

es el mejor plan de acción. En mi opinión sería conveniente... ¿qué le parece a usted? Me gustaría que analizáramos los anteriores intentos de perder peso para poder prevenir desde el principio las dificultades que encontró. Por lo que usted me dice le es más fácil hacer ejercicio que restringir mucho la comida. ¿Qué le parece si...? ¿se siente preparado psicológicamente para empezar? ¿cuánto esfuerzo le supone hacer este plan? ¿qué cosas cree que le pueden ayudar?".

Fase de acción

Objetivos:

- Ayudar al paciente a dar los pasos hacia el cambio.
- Recompensar los esfuerzos y logros.
- Sugerir opciones que reduzcan el esfuerzo percibido.

Pautas de intervención:

- Atribuir sus logros a su esfuerzo: "enhorabuena, veo que esta semana ha conseguido mantener los objetivos del plan pese a todas las dificultades que ha tenido".
- Empatizar: "cambiar de hábitos no es nada fácil y usted lo está haciendo".
- Devolverle el control, explorando sus propios recursos: "¿qué cree que le ayudaría a mantener su objetivo en las comidas familiares?".
- Explorar percepción de apoyo: "¿cómo reacciona su familia a sus intentos? ¿le ayudan? ¿le cuesta

decir que no a los amigos cuando le invitan a unas copas?”.

- Explorar el estado de ánimo: *“¿cómo se siente?”.*

Fase de mantenimiento

Objetivos:

- Ayudar al paciente a identificar y utilizar las estrategias para prevenir la recaída.
- Confrontar las posibilidades reales del tratamiento y el esquema corporal.

Pautas de intervención:

- Anticipar respuestas y facilitar la confrontación en la búsqueda de sus recursos para mantener sus objetivos: *“por lo que me ha dicho, los momentos de estrés son los de máximo riesgo para recaer: ¿qué puede hacer? ¿qué le ayudaría? ¿se ha planteado aprender algún método de relajación, yoga, etc.? ¿Cree que le sería útil acudir a un psicólogo o algún profesional que le ayude a controlar su ansiedad?”.*
- Arropamiento emocional. Apoyo del entorno: *“según comenta, el pasear solo se le hace muy aburrido, ¿hay alguien en su entorno que pudiera ser su aliado?... En mi experiencia creo que sería muy útil buscar un compañero de paseos ya que esto le ayudaría a mantener su motivación. Resulta muy útil analizar cuáles son las emociones o situaciones que le hacen recaer. Por eso le sugiero que esta semana apunte en su*

autorregistro las situaciones de riesgo y así buscamos entre los dos el modo de hacerle frente. ¿Está satisfecho con lo conseguido hasta ahora? ¿cómo se siente con su cuerpo?”.

Fase de recaída

Utilizar estrategias inadecuadas o propias de otra fase para motivar al paciente pueden resultar contraproducentes. Por ello, sugerir un plan de tratamiento a un paciente que se halla en fase de conformidad (precontemplación) o vacilación (contemplación), puede provocar que éste se afirme aún más en sus hábitos.

Conclusión

Las habilidades comentadas (emocionales, de comunicación, de motivación para el cambio) son de enorme aplicabilidad a temas, situaciones y patologías tan diversas como: adhesión a tratamientos, VIH/SIDA, fases terminales de cualquier enfermedad, enfermedades crónicas, urgencias, intervención en poblaciones específicas (jóvenes, consumidores de drogas, internos de centros penitenciarios, etc.). Cabe destacar también la creciente aplicación del *counselling* en la mejora de las relaciones “profesional-profesional” y en la gestión de recursos humanos.

Comunicamos por lo que decimos y mucho más por lo que no decimos ni queremos decir. La comunicación ayuda al paciente adulto a la toma de decisiones médicas compartidas, a la adherencia al tratamiento y a la participación del paciente en el control de su enfermedad.

TEMA 3.

Mitos y errores en alimentación

DR. VICENTE ORÓS ESPINOSA

Director médico del Centro de Salud Sant Andreu. San Andrés de la Barca. Barcelona.

Capítulo A. Introducción

La alimentación, es decir, lo que comemos, cómo, cuándo, dónde y con quién lo comemos, con qué frecuencia, etc., es un proceso complejo en el que intervienen multitud de factores.

La preeminencia de unos factores sobre otros hará que nuestros hábitos alimentarios, nuestras preferencias y aversiones, los conocimientos culinarios, nuestras creencias y religiones, el tiempo disponible, nuestra cultura gastronómica y, por supuesto, los condicionantes de salud y enfermedad, edad, sexo, clima, entorno socioeconómico, entre otros, facilitará o dificultará que finalmente nuestra forma de alimentarnos acabe procurándonos un adecuado estado nutritivo; es lo que hoy se plantea como alimentación saludable o alimentación óptima.

El hecho incontestable es que comemos lo que comemos, no porque resulte lo más conveniente ni lo más bueno para nosotros (nutritivamente hablando). En muchas ocasiones va a primar lo práctico, lo fácil, lo cómodo.

En las economías de mercado actuales se corre el peligro de identificar lo bueno y por lo tanto conveniente para comer, con lo bueno para vender, con independencia de las cualidades nutritivas del alimento en cuestión.

En un ámbito tan complejo como el que estamos describiendo, es obvio que los profesionales de la salud, que asumimos la función de aconsejar o guiar a nuestros pacientes entre las muchas y atractivas ofertas alimentarias, deberemos capacitarnos en conocimientos y habilidades que compitan con la durísima y hábil

presión mediática de quienes ponen en el mercado tanta y tan diversa oferta.

Frente al atractivo y a veces hasta utópico panorama, donde los productos más modestos se nos presentan asociados a toda clase de felicidad, divertimento y placer sin límites; nos toca a nosotros la antipática tarea de desmentir, desmitificar y poner en su sitio numerosos conceptos erróneos o directamente falsos, que por manidos se presentan como incontestables.

Por poner un solo ejemplo, cuántas veces hemos atendido a esa madre inquieta por el aspecto demacrado de su hijo, o por el bajo rendimiento escolar... *"¡y eso que le estoy dando Jalea Real!"*, nos espeta toda ufana.

Pues bien, si dispusiéramos de 2 ó 3 minutos, se le podría explicar que la Jalea Real es un alimento buenísimo para la abeja reina. Que se sepa, nuestro aparato digestivo tiene poco que ver, ni anatómica ni funcionalmente, con el de los insectos en general y con el de estos himenópteros en particular. Y que si algún día llegáramos a parecernos a estos insectos, la dosis equiparable sería del orden de 700 kg/día de Jalea Real. Todo ello para poder emular la prodigiosa capacidad reproductiva de la susodicha abeja reina, que dicho sea de paso, nada o poco parece estar relacionado con la capacidad intelectual y la astenia del infante o adolescente. Sobran otros comentarios.

Parece claro pues que, con una actitud cercana y empática, con el paciente ante nosotros con nombre y apellidos, deberemos aprovechar esta posición de privilegio, que precisamente ellos nos otorgan, para desmontar minuciosamente todas las falsedades y exageradas expectativas para, con los pies en la tierra, iniciar el camino hacia esa pretendida alimentación óptima.

Capítulo B. Mitos sobre conceptos generales en alimentación

La alimentación natural vs. artificial, aparece como uno de los conceptos más redundantes en todo tipo de comentarios de calle, de revistas más o menos especializadas, de comercio de productos "naturales", de determinados tipos de publicidad e, incluso, de algunos profesionales de sectores afines a la nutrición.

Se trata de una confrontación absurda y por definición artificiosa, si partimos de la base de que la única alimentación "natural" para el ser humano es la leche materna, y tampoco para siempre. A partir de ahí cualquier alimento disponible es "no natural".

En "artificial" suelen incluirse toda una serie de conceptos sin ningún tipo de relación o categoría entre ellos. Así, es frecuente englobar en este variopinto grupo los alimentos "industriales", "manufacturados", que llevan "química", que vienen provistos de etiquetado, con sus correspondientes aditivos, conservantes y controles sanitarios, etc. frente a "lo natural", "de campo", "de pueblo", "de la abuela", "de la montaña", "de leña"... Así, podemos encontrarnos curiosidades como:

Leche de vaca de montaña, pan de pueblo a la leña, miel de abejas (¿?) del tío X, o *"yo le compro la carne directamente al pastor, sin que pase por el matadero (¿?), porque es más natural"*.

Se trata de una actitud sustentada en el anhelo y búsqueda nostálgica de la naturaleza de tiempos pretéritos, y que hace alusión a lo "auténtico", rechazando todo alimento que huele a tecnología. Por otra parte, el consumidor asiduo a estos productos es frecuente que caiga en contradicción. Así, podemos encontrarnos que no tendrá ningún reparo de, tras

desayunarse todo un repertorio de alimentos "auténticos", "los de toda la vida", o los más exóticos, acicalarse con todo tipo de potingues que, éstos sí, vienen provistos de los últimos avances de la nanotecnología y envueltos en todo tipo de términos: "ultra", "mega", "crio", "bio", "body", etc. que, aún sin atinar a descifrar su verdadero significado, son bien aceptados.

Insistiendo en este mismo contexto, ¿pueden predisponer los aditivos en la aparición de algunos cánceres u otras patologías?

Transcribiré la respuesta textual del profesor Grande Covián a esta misma pregunta en un coloquio:

"El temor a los aditivos es, simplemente, una histeria colectiva que nace de unos cuantos irresponsables que, al ser despedidos, hicieron circular una lista de aditivos, haciéndola pasar como procedente del Instituto del Cáncer de Villejuif, en París.

Los aditivos que están autorizados legalmente en la mayoría de países han sido también estudiados con experimentación en varias especies animales diferentes, en dosis curativas, dosis progresivas, dosis crónicas, dosis agudas... que hay muy pocos motivos para creer que puedan ser nocivos".

Alimentos buenos y malos

De forma rotunda y para no dar más rodeos, los alimentos malos NO EXISTEN.

Recordaremos que alimento es todo conjunto de sustancias que aportan los nutrientes al organismo favoreciendo su desarrollo y funcionamiento.

Así pues, concluiremos que no existen alimentos insanos sino porciones o frecuencias de consumo inadecuados.

Un solo ejemplo bastará para resaltar lo dicho, nuestro preciado "oro líquido", el riquísimo aceite de oliva. Un consumo adecuado en cantidad y frecuencia enriquecerá nutritivamente nuestra dieta. Si caemos en el exceso, su poder energético (9 kcal/g, como el de cualquier otra grasa -animal o vegetal-), tirará por tierra todas las propiedades salutíferas.

No obstante, sí que existe consenso entre la comunidad científica internacional, en destacar las ventajas y beneficios en salud de unas determinadas formas de alimentarse.

Su máximo exponente es la *dieta mediterránea*.

De la misma forma, tampoco es correcto atribuir a ciertos alimentos y nutrientes la responsabilidad total de nuestra salud, podríamos denominarlos nutrientes curalotodo.

En los últimos tiempos asistimos a una avalancha de informaciones acerca de las propiedades beneficiosas de los nutrientes de algunos alimentos (licopeno, resveratrol, ácido linolénico conjugado, selenio, terpenos, etc.), que con muy diferentes niveles de evidencia científica, pero con un claro interés comercial, son presentados fuera de su fuente alimenticia habitual, empujando a la opinión pública a buscar de forma más o menos racional todas estas "propiedades" regenerativas, depurativas, rejuvenecedoras, antioxidantes, que activan la inteligencia, que queman las grasas sobrantes..., dando todo ello como resultado que entre los consumidores se cree la sensación lógica de complejidad en todo lo relacionado con la nutrición, cuando en nuestro medio contamos con el magnífico recurso de nuestra dieta mediterránea, que de forma natural y tradicional reúne y compendia todos, o casi todos los nutrientes mencionados en sus justas proporciones y frecuencias de consumo, con el aval de siglos de experiencia.

Uno de los errores más nefastos para la salud de todos, y en la infancia además para la adquisición de correctos hábitos, es la mala *distribución horaria de las comidas*.

Es erróneo hacer un desayuno escaso o inexistente. Ello nos conducirá necesariamente al inadecuado picoteo o a ir arrastrando toda la mañana una sensación de malestar y fatiga física e intelectual, especialmente importante en escolares y estudiantes en general.

Ya Don Quijote recordaba a Sancho Panza aquel sabio consejo: *“desayuna como un emperador, come como un marqués y cena como un mendigo”*.

Pero sin duda el error que más comúnmente se comete hoy día en nuestra sociedad de opulencia y abundancia, es el exceso de casi todo. Comemos más frecuentemente de lo preciso (picoteo), ingresamos mucha más energía de la que vamos a gastar, abusamos de aquellos alimentos de alta densidad calórica, tanto por su aporte en grasas como en azúcares de absorción rápida, y, en general, también ingerimos demasiadas proteínas de origen animal. Todo ello, combinado con el contumaz sedentarismo, sólo puede conducirnos a la cada vez más imponente epidemia de sobrepeso y obesidad.

Uno de los consejos que más puede ayudar a la población en general es que adquieran habilidades y recursos culinarios que amplíen las posibilidades de preparación de sus dietas. Cuanto más limitados se encuentren en estos aspectos, más fácilmente van a verse abocados a platos preparados, precocinados y de comida rápida en general, que deben quedar como recurso socorrido y no como práctica habitual.

También es muy extendido el error de confrontar alimentos que *engordan* vs. alimentos que *adelgazan*.

Resulta obvio que esta controversia no tiene consistencia alguna. Todo se reduce a la existencia de alimentos con más o menos riqueza energética. El único alimento que no engorda es el agua, ni antes, ni durante, ni después de las comidas, lo cual tampoco permite decir que adelgaza.

Alimentos frescos vs. alimentos no frescos. Es ésta otra controversia en la que será bueno puntualizar algunos extremos.

En nuestro medio, con un nivel de tecnificación doméstica equiparable al de cualquier equipo profesional, es perfectamente asumible la prolongación del estado de fresca desde la recolección o puesta en mercado de la mayoría de productos frescos por unos pocos días, sin apenas pérdidas de sus cualidades. Y lo mismo se puede decir de los productos conservados, especialmente los congelados, dándoles después el debido tratamiento y manipulación.

Al respecto de esta cuestión, es ilustrativo el experimento que en un coloquio recordaba el profesor G. Varela respondiendo ante esta inquietud: en una granja de Gran Bretaña se recolectaron unos guisantes y un tercio de ellos se destinó al consumo en fresco, otro tercio se congelaron recién cogidos y el tercio restante se enlataron. Se midió el contenido de vitamina C, que es uno de los índices utilizados para conocer el daño térmico de los alimentos, y se apreció que la mayor pérdida de esta vitamina había ocurrido en los “frescos del mercado”, el lote que sufrió menos pérdidas fue el de los congelados, y un resultado intermedio en los enlatados.

A la reflexión que induce esta prueba es que allá donde los canales de distribución de alimentos no sean los más adecuados, los congelados, si se dispone de infraestructura para su mantenimiento y transporte en frío,

serán la primera opción y si no, los conservados en lata.

Piénsese además, que en países del tercer mundo, sin acceso a la corriente eléctrica ni a la potabilidad del agua, los alimentos preparados van a resultar la opción más ventajosa.

Capítulo C. Mitos y errores en cereales y tubérculos

Los alimentos de este grupo, imprescindibles en nuestra alimentación, reciben toda suerte de calificativos más o menos afortunados, casi todos ligados precisamente a su mejor virtud nutritiva: la energética. Son la principal fuente de azúcares complejos y por lo tanto de absorción lenta, que resultan ser los más convenientes en la alimentación diaria.

“La miga engorda más que la corteza”. A una misma cantidad de una que de otra, es exactamente al revés, en cuanto que la miga, con mayor contenido de agua, tiene una menor densidad calórica que la corteza.

“Los biscotes adelgazan”. Obviamente no. No son más que pan seco. Todo dependerá de la cantidad que finalmente se consuma.

“El pan integral no engorda”. El pan integral cuenta con la misma riqueza energética que el pan blanco. Otra cosa es que pueda presentar un mayor poder saciante y en virtud de esto se acabe de ingerir una menor cantidad, además de favorecer el tránsito intestinal por su contenido en fibra.

“El pan engorda”. Su 33% de contenido aproximado de agua, hace que se le considere un alimento moderadamente calórico. El aporte calórico extra vendrá casi siempre en

el acompañamiento (salsas, embutidos, untables, etc.).

“La pasta engorda”. Todos los alimentos ricos en hidratos de carbono de absorción lenta deben aportar más de la mitad de la energía que precisamos al día. Como en el ejemplo anterior, será el acompañamiento, forma de aderezarlo y su frecuencia de consumo, lo que le hará merecedor de tal aseveración.

“Las patatas engordan”. Como en los anteriores ejemplos dependerá de la frecuencia de consumo y sobre todo de la forma de cocinado y acompañamiento. La patata bien lavada, sin pelar, hervida, al horno, al vapor o al microondas, aúna digestibilidad, bajo aporte calórico, rica en vitaminas y bajo coste.

Capítulo D. Mitos respecto a verduras, hortalizas y frutas

Las verduras y hortalizas, de composición nutritiva muy parecida, tienen en común su bajo aporte calórico (entre 10-50 kcal/100g), ligado a su riqueza en agua (70-90%). Además son fuente natural de fibras, vitaminas y minerales, así como de otras sustancias hoy en día muy apreciadas por ayudar a neutralizar los efectos deletéreos de los voraces radicales libres: nos estamos refiriendo a los antioxidantes.

Es un error no incluir en nuestra dieta de 3 a 5 raciones al día de estos alimentos para cualquier edad y condición.

Es un error buscar de forma exclusiva en alimentos funcionales preparados aquello que la naturaleza nos brinda de forma generosa y casi siempre en sus justas proporciones, vitamina A, betacarotenos, ácido fólico, ácido

nicotínico, vitamina B1 y B2, potasio, hierro, antioxidantes como los polifenoles y carotenoides, con propiedades preventivas contrastadas de enfermedades cardiovasculares y de algunos tipos de cáncer.

Es un error desechar la parte más verde de las verduras y hortalizas, pues es en éstas donde se concentran los nutrientes más interesantes, ácido fólico y hierro, especialmente.

Lechugas, guisantes, acelgas, espinacas y perejil, son ejemplos de ello.

La popularidad de las espinacas, como fuente exclusiva de hierro –de ahí la fuerza de Popeye–, obedece a un error científico que se utilizó con evidente éxito de forma comercial. Como queda dicho, las espinacas son una fuente interesante de este mineral, pero no más que las otras. El error radicaría en hacer un consumo monótono a base de esta verdura en lugar de diversificar entre todas las disponibles.

Es un error desechar el caldo de cocción de las verduras y hortalizas. Podemos encontrarlos con la paradoja de despreciar ingentes cantidades de ácido fólico, antioxidantes y minerales, dejándolas marchar por el fregadero y después del postre tomarnos tal o cual píldora o grajea con esos mismos principios activos.

Una paradoja verdaderamente chocante es asistir a la proliferación de los puestos de verduras entre sucursales bancarias cual boutiques de moda, y, lo que es peor, a precios de postín. Tiene la parte enormemente positiva de que nos presentan estos productos de forma que los hacen más prestigiosos y apetecibles, incentivando así su consumo. Y por el mismo motivo, al encarecerse también restringen su acceso a las capas sociales más desfavorecidas, precisamente donde más se ceba la epidemia de obesidad.

En niños, adolescentes y jóvenes, el consumo de verduras y hortalizas todavía está muy por debajo de lo conveniente.

Pero no se puede pretender que se adopten hábitos y consumos que no les son familiares. Es decir, hará falta la implicación de toda la familia y, por supuesto, de los comedores comunitarios.

Una buena forma de acercarlos al consumo de estos alimentos será haciéndoles participar en la elaboración de los platos y aprovechar la combinación con alimentos mejor aceptados, como son las pastas alimenticias y las legumbres, tan interesantes a ésta como a cualquier otra edad.

En cuanto a las frutas, con un valor calórico que oscila entre las 30-50 kcal/100 g, son ricas en azúcares y sobre todo nos aportan agua, el 75-90% de su peso. La presencia de grasas es prácticamente nula, excepto aguacate, coco y aceituna, y, naturalmente, son muy ricas en fibras, especialmente pectina.

Son fuente de vitamina C, provitamina A y algo del grupo B, además de potasio, calcio, hierro, magnesio y cobre; son muy pobres en sodio y por ello muy recomendables en dietas hiposódicas; son fuente natural de antioxidantes como los flavonoides y antocianos.

La fruta como postre es el perfecto colofón a una comida equilibrada. Es falso que engorde según el momento del día en que se tome. Por su contenido en azúcares dependerá de la frecuencia y cantidad que, como de todo, también tienen su dosis o proporción de consumo óptima, de 2 a 4 piezas o raciones por día.

¿Cuándo engorda más una manzana? Su contenido calórico no varía porque se ingiera antes, durante o después de la comida. Aun-

que probablemente, en medio o tras la comida se metabolizará más lentamente y por tanto sus azúcares se convertirán en grasa en una menor proporción.

Son falsas las propiedades antigrasa que se les atribuyen a algunas frutas. Concretamente se dice de la piña, pomelo y limón. Aunque predomine el sabor ácido que les confiere el cítrico también contienen azúcares y, si se abusa, nos van a desequilibrar el balance energético.

Capítulo E. Mitos y errores en relación a los productos lácteos

Su principal valor nutricional es su contenido en calcio, imprescindible para la salud de los huesos. Así mismo su contenido de proteínas de alto valor biológico (caseína) lo hacen equivalente a la carne. Además aporta vitaminas A y B.

Es falso que sea considerado un alimento exclusivo de niños pequeños. Es idóneo a cualquier edad, pues el metabolismo del calcio no se interrumpe con el crecimiento.

En los adultos, probablemente debamos aconsejar el consumo de productos lácteos semidesnatados o desnatados, adecuándolo en cada paciente según su perfil lipídico.

Así pues, *es falso* que la leche descremada alimente menos que la entera, pues tiene la misma cantidad de calcio, proteínas e hidratos de carbono. Eso sí, tiene menos grasa y por ello también menos vitaminas liposolubles. Para compensar esto último la mayoría de fabricantes añaden o complementan con vitaminas estos productos.

Los productos *lácteos fermentados* son recomendables a cualquier edad, optando

como en el caso de la leche por los desnatados cuando el perfil lipídico lo exija.

Capítulo F. Mitos sobre los alimentos proteicos

Es falso que las carnes rojas sean más saludables. Como en otros grupos, su interés nutricional no va a depender tanto del tipo de producto como de la forma de consumo y de la frecuencia. La diversificación entre todo tipo de carnes siempre nos va a acercar a una dieta más saludable y rica gastronómicamente.

Es falso que la carne de cerdo sea menos saludable que la de ternera o la de pollo.

Si elegimos las partes más magras, el lomo, solomillo, jamones o incluso embutidos magros, constituyen productos ricos en proteínas de alto valor biológico, rico en vitaminas y minerales, de precio asequible y de un contenido graso para estas piezas del orden de 50-70 mg/100 g, frente a los 70-80 mg/100 g de la carne de ternera y pollo.

Si podemos acceder al extraordinario cerdo ibérico, resulta que el porcentaje de ácido oleico en la grasa muscular alcanza el 75% de su contenido graso. Por ello se le ha tildado de "olivo con patas".

La mejora genética y un cambio en la alimentación de estos animales (a base de cereales y soja) han propiciado que la proporción de los ácidos grasos insaturados sea muy superior a la de los saturados.

Es erróneo que la carne constituya el alimento básico de los deportistas. Su alimentación no ha de diferir de la del resto de población. Si acaso, habrá de ajustarse el aporte calórico de la

mano de féculas (hidratos de carbono complejos). Por otra parte el abuso de proteínas de origen animal puede inducir a importantes problemas de sobrepeso, sobrecarga renal y hepática, colesterol y ácido úrico elevados, etc.

Es erróneo considerar el **pescado** alimento sólo apropiado para estómagos delicados, o sea, para niños, ancianos y convalecientes. Sus proteínas son de alto valor biológico y al presentar una menor proporción de tejido conjuntivo le hacen de una excelente digestibilidad.

Su contenido graso lo clasifica en:

- Graso, de 10-25% (caballa, sardina, salmón, anguila).
- Semigrasa, de 5-10% (besugo, trucha, atún).
- Magro, < 5% (rape, merluza, gallo, lenguado, bacalao, mero).

Lo verdaderamente interesante es la riqueza de grasas poliinsaturadas de la familia omega 3, sin perder de vista su interesante aporte de fósforo y yodo.

Es falso que deban restringirse los pescados de mar en las dietas hiposódicas, pues su contenido en sodio es idéntico a los de agua dulce.

Las excelentes cualidades organolépticas de los pescados se verán realizadas en preparaciones lo más sencillas posibles. El tratamiento culinario del pescado en general es algo más delicado que el de otros alimentos y exigirá una manipulación más cuidadosa.

El **pescado congelado** mantiene intactas todas estas cualidades, siempre que se respete escrupulosamente la cadena del frío.

Con el **huevo** ha pasado algo parecido que con la carne de cerdo. *No está justificada su*

mala fama como máximo responsable de las dislipemias.

En población sana no deberá limitarse su consumo a 2-3/semana, pudiendo llegar a los 4-6/semana. En los casos de dislipemia controlada, sólo la yema habrá de limitarse, pudiendo utilizar la clara en multitud de preparaciones.

El huevo en conjunto -yema y clara- se considera proteína de referencia.

Es falso que la clara ingerida cruda aporte ventaja alguna. Los huevos crudos no alimentan más, al contrario, su digestibilidad está comprometida por una proteína que limita la absorción de algunas vitaminas.

También, como es bien sabido, la calidad nutricional no depende del color del huevo: blanco o moreno, es sólo una cuestión de diferente raza de la gallina.

Lo más destacable de las **legumbres** es que aúnan cualidad proteica, interesante contenido en hidratos de carbono complejos y vitaminas, ausencia casi absoluta de grasas, alto aporte de fibra, enorme valor gastronómico y modesto valor económico.

De todo ello se extrae que es falso que las **legumbres engorden**. Dependerá del acompañamiento y forma de cocinado. Son un alimento absolutamente adecuado en las dietas hipocalóricas y bajas en grasas.

En nuestra riquísima cultura gastronómica, con respecto a las legumbres únicamente habrá que adaptar y reducir la cantidad de grasas de algunas preparaciones (potajes, escudellas...), sobre todo en adultos y en casos de sobrepeso y obesidad.

También es falso que resulten siempre indigestas y flatulentas. Estos inconvenientes son fácilmente superables cocinándolas con un agua

poco calcárea, dándoles el punto de cocción adecuado y un masticado correcto.

Capítulo G. Mitos y errores sobre las grasas vegetales y animales

Las grasas comestibles en general y las vegetales en particular, han sido víctimas de infundadas atribuciones, algunas a favor y otras en contra. Como ocurre en la mayoría de los alimentos, sus mejores "virtudes" conducen, según el uso, a sus más temidos "pecados".

Por ejemplo, se ha enfrentado al aceite de semillas (maíz, girasol, cacahuete o soja) con el aceite de oliva, diciendo que *el de oliva engorda más o que los de semillas son de régimen*.

Todas las grasas contienen el mismo poder calórico, 9 kcal/g, por lo tanto son absurdas las anteriores consideraciones.

Que los *fritos engordan*, o dicho de otro modo, son muy energéticos, resulta una obviedad. Ahora bien, convendrá matizar qué freímos, en qué grasa y de qué modo.

El profesor G. Varela, posiblemente el científico que más ha estudiado esta técnica de cocinado, y especialmente con el aceite de oliva, nos aporta las siguientes reflexiones:

"El aceite de oliva como grasa de fritura resulta más estable que las grasas poliinsaturadas (aceite de semillas) y si el alimento a freír es magro como la patata, al no existir transferencia de grasa del alimento al aceite se puede llegar a utilizar hasta 25 veces sin que se aprecien alteraciones en su composición. Además, permite la formación de una costra periférica que impide la penetración de grasa al interior

del alimento y minimiza las pérdidas de nutrientes, dando como resultado alimentos de una digestibilidad excelente".

Por otra parte, argumentar que *en las dietas hipocalóricas se han de suprimir todas las grasas*, es apuntar hacia una verdad a medias. Hay recordar que en los aceites de semillas y de oliva existen una serie de ácidos grasos esenciales, imprescindibles y que no pueden sintetizarse por el organismo: el linoleico, el linolénico y el araquidónico.

Ningún *aceite vegetal contiene colesterol*, aunque el de coco y palma son ricos en ácidos grasos saturados, por lo que resultarán los menos aconsejables.

Ni *todas las grasas vegetales son saludables ni todas las animales son nocivas*.

Lo acabamos de puntualizar con las de coco y palma, y recordaremos el alto contenido de ácidos grasos insaturados en las grasas de pescado azul e incluso en ciertas piezas del cerdo.

También a la hora de elegir grasas de fritura tendremos en cuenta que las grasas saturadas y el aceite de oliva resisten mejor las altas temperaturas (se conoce como "estrés térmico") de cocción, antes de alterarse y descomponerse, visualmente cuando humea.

Es por esto que resultarían más idóneas para freír que los aceites de semillas, pero mucho menos que el de oliva, que nuevamente es el de elección.

Los "peligros" de las grasas saturadas de origen animal están condicionadas a su frecuencia de consumo, para lo cual deberemos descubrirlas en un sinfín de alimentos. Son las denominadas *grasas ocultas o invisibles*, presentes en mayor o menor proporción en todos tipos de carnes y de pescados y sus derivados embutidos y

salazones, así como en productos lácteos y derivados, helados o salsas.

Capítulo H. Errores en bollería y pastelería

Entendidos como alimentos de consumo esporádico, ocasional o extraordinario, y por lo mismo, alimentos no esenciales; así y todo, también tienen un lugar y un momento determinado en una dieta equilibrada, teniendo bien presente las particularidades de cada individuo.

Los errores nutricionales de estos alimentos vendrán, prácticamente siempre, de la mano de un consumo más frecuente de lo aconsejable.

Capítulo I. Mitos y errores sobre el agua, bebidas alcohólicas y no alcohólicas

El agua es, sin duda, uno de los alimentos imprescindibles en la nutrición diaria. Por su

ausencia de elementos energéticos –0 calorías–, *ni engorda ni adelgaza*, independientemente del momento de su consumo, antes, durante o después de las comidas, se recomienda beber en torno a 2 litros al día.

El *vino* y la *cerveza* también son las dos bebidas alcohólicas de las que se admite que un consumo moderado en personas adultas sanas puede aportar algunos elementos beneficiosos en el contexto de una alimentación saludable.

Lo más importante a destacar es que siempre se ha de tener en cuenta el valor energético de las bebidas alcohólicas. Cuando se metaboliza, el alcohol etílico aporta 7 kcal/g.

Por su consumo indiscriminado, entre las bebidas no alcohólicas, los *refrescos* representan en determinados sectores de la población una seria amenaza al pretendido equilibrio nutricional, por su importante aportación energética, sin otras cualidades reseñables y, por supuesto, absolutamente prescindibles.

Las bebidas isotónicas, tan en boga entre deportistas, rara vez tienen justificación como sustitutas de la única imprescindible, el agua.

Epílogo

Iniciábamos esta Actualización en Nutrición para Atención Primaria con referencias a tiempos preteritos, tanto desde el punto de vista de la apasionante evolución del hombre, como de la propia historia de la Nutrición como ciencia que evoluciona y que sin duda nos ofrecerá en el futuro nuevas explicaciones a muchos enigmas que todavía quedan por resolver. Pretendemos en estas líneas finales dar una mirada global a todo lo anteriormente expuesto e incluso tratar de atisbar hacia dónde se dirigen las propuestas nutricionales desde los diferentes ámbitos implicados.

Nos inquieta a los autores de esta revisión saber si habremos conseguido transmitir la que, posiblemente, sea la idea fundamental de lo que representa el papel del médico de Atención Primaria en materia de nutrición, que no es otra, a nuestro modesto entender, que ejercer en este área del conocimiento de transmisores de los avances que nos ofrecen los auténticos expertos hasta nuestros pacientes, en forma de pautas alimenticias, recomendaciones y patrones alimentarios.

Deberemos pues, estar muy atentos a todas las novedades y a la vez saber separar el grano de la paja, que en este ámbito no siempre es fácil. Tanto la industria como los investigadores tienden a centrarse en nutrientes aislados, aplicando en ocasiones un enfoque reduccionista del estudio de los efectos de los nutrientes o suplementos individuales, debiéndose prestar una mayor atención a los alimentos como fuente de nutrientes y a los patrones alimentarios.

Hemos de ser conscientes de los ingentes intereses comerciales en juego que se depositan en una determinada sustancia a la que se le atribuyen no se sabe cuántas propiedades salutíferas y que en virtud de ello tratarán de que nosotros, como consejeros finales de los pacientes, bendigamos o no tal o cual complemento, tal o cual bebida o pírcima. No es tarea fácil.

Creemos que nuestra actitud debería ser la de recabar suficiente información, lo más independiente y

fiable posible (sin duda una de las cuestiones claves), y ante la duda refugiarnos en lo que, a día de hoy, parece indiscutible y cuenta con abrumadoras evidencias y apoyos de todas las sociedades científicas y comités de expertos: nuestra dieta mediterránea y las posibles variantes que se han comentado en este curso.

Para que se produzcan cambios en los estilos de vida se necesita en primer lugar voluntad –**querer**–, en segundo lugar se deben tener los conocimientos adecuados –**saber**–, sin olvidar que también hay que contar con la suficiente accesibilidad a los alimentos y formas de vida que se pretenden adoptar –**poder**–.

Es uno de los objetivos de este curso el haber ofrecido suficientes conocimientos para tener y poder desarrollar la capacidad crítica que como científicos debe arropar nuestra actividad clínica y educativa para nuestros pacientes. Como médicos de cabecera también será responsabilidad nuestra despertar en los pacientes esa necesidad de cambio.

Así, en la primera unidad –**Generalidades en alimentación**– tratábamos de repasar conceptos ya sabidos por todos e introducir algunos más novedosos a la luz de los últimos conocimientos. Tras recordar el ABC de los nutrientes, repasábamos dónde encontrar estos carbohidratos, proteínas, lípidos, vitaminas, minerales y fibra en los alimentos que llevamos a casa y que finalmente constituyen nuestra dieta. Se exponía la que representa modelo consensuado de Pirámide Nutricional, sobre todo como instrumento pedagógico de lo que debería ser una alimentación saludable.

En el tema de Necesidades Alimentarias se repasaba ampliamente todo lo concerniente con el ingreso y gasto energético, balance clave para entender uno de los problemas clínicos de mayor prevalencia en nuestras consultas, el sobrepeso y la obesidad. Con esta misma intención de mirada global, hacíamos un breve recorrido por las diferentes formas de preparar los alimentos en casa o en los fogones profesionales y se ofrecían unas sucin-

tas nociones de las diferentes formas de preparar los alimentos que encontramos en los puntos de venta, ya sea precocinado o listo para comer. A continuación apuntábamos algunas de las claves en los mecanismos conductuales del hecho cotidiano de comer (en los países desarrollados), finalizando en el siguiente tema con una descripción de los diferentes métodos al uso para valorar el resultado de cómo nos hemos alimentado, es decir, cuál es nuestro estado nutricional.

Terminamos estas generalidades con una breve reseña de cómo interpretar el etiquetado nutricional, tarea cada día más compleja, a pesar de los esfuerzos de la industria alimentaria por simplificarlo, y por otra parte con una legislación internacional más estricta y atenta a la seguridad alimentaria, que por cierto, y en honor a la verdad, día a día alcanza mayores cotas de confianza.

En la segunda unidad –**Alimentación en distintas etapas de la vida**–, tal y como adelantaba la coordinadora del Grupo de Nutrición de SEMERGEN, se desarrollan los aspectos nutricionales en distintas etapas de la vida de las personas en las que existen unos requerimientos en razón a los grandes cambios que acontecen y se incluyen aquí el embarazo y la lactancia, por ese mismo motivo y porque sin duda es un tiempo en el que la mujer se va a mostrar muy receptiva al consejo nutricional, momento especialmente propicio para captar a la mujer como protagonista y elemento clave de la alimentación de toda la familia. Tanto en estos temas, como en los otros dos tratados, la Nutrición en la Adolescencia y la Nutrición en el Anciano, se hace especial mención a las singularidades de cada etapa.

Parece oportuno ahora subrayar que en todas partimos del mismo patrón de alimentación sana y saludable, equiparable a la alimentación variada que una vez más nos ofrece nuestra tradicional dieta mediterránea, la del aceite de oliva, de los cereales, legumbres y pastas alimenticias, la del pescado y la de carnes y la de los productos lácteos con mesura, y también la de las comidas en un entorno relajado y distendido.

En la tercera unidad –**Alimentación en enfermedades cardiovasculares**–, y que también podría haberse titulado “La alimentación en el síndrome metabólico”, se explica con detalle la incuestionable relación de todas estas patologías con los hábitos alimentarios y de cómo tratar con una alimentación adecuada a estos enfermos, cobrando la alimentación aquí categoría de herramienta terapéutica de primer nivel. Queda en evidencia en esta tercera entrega la importancia del nivel de competencia del médico de Atención Primaria en nutrición, pues resulta impensable el manejo de cualquiera de estas muy prevalentes patologías en nuestras consultas, sin un mínimo de conocimientos nutricionales.

La cuarta unidad –**Alimentación en situaciones especiales**– aporta una mirada heterogénea de los aspectos nutricionales en situaciones y patologías cada vez más frecuentes en nuestras consultas y que además ilustran de manera muy pedagógica las enormes dificultades que entraña el adaptar las recomendaciones generales a las necesidades particulares de cada situación.

Hablamos de la menopausia, que aun no siendo una patología, es una etapa en la vida de la mujer en la que se asocian no pocas situaciones de riesgo e incluso patologías muy prevalentes en nuestras consultas. Es el caso de la osteoporosis o de la patología cardiovascular, común también a los varones adultos. Y por supuesto de la alimentación en las enfermedades digestivas y renales. También nos detenemos en las complejas interacciones entre medicamentos y alimentos, especialmente a considerar en la población anciana.

Terminamos esta cuarta unidad con un breve recorrido por diferentes patologías, como la enfermedad de Parkinson, la intolerancia a la lactosa, la enfermedad celíaca, la dieta y el hierro, las dietas vegetarianas y la hidratación y el ejercicio físico.

En la quinta y última unidad –**Consejo alimentario**–, abordamos la cuestión clave de cómo transmitir todos nuestros conocimientos nutricionales con una adecuada técnica de comunicación. Cerrá-

mos por fin la unidad con una relación de los mitos y errores más frecuentes en alimentación.

Las deficiencias nutricionales detectadas en nuestra sociedad actual son mayoritariamente por exceso y parece obvio que las enfermedades carenciales han sido superadas yéndonos al otro extremo, ahora son los excesos (de grasas saturadas, de colesterol, de energía...) los principales problemas.

Y, paradójicamente, en este panorama de abundancia sorprende que debamos reparar en la coexistencia de aportes deficientes de algunos nutrientes. Pues bien, varios metaanálisis de estudios de la población española de la década de los años 90-99, ponían de relieve déficit en vitaminas A, D, E, folatos, B6 y B2. Estos estudios estimaban que hasta el 50% de la población podía presentar déficits de estos nutrientes.

El estudio eVe ponía en evidencia que el 22,6% de varones y el 25% de mujeres de 25-60 años consumían dietas de buena calidad nutricional. Es decir, que un elevado grupo de la población consume dietas de riesgo.

Estos grupos se han identificado entre las personas que siguen dietas de bajo valor energético: los fumadores, los bebedores, los muy sedentarios, las personas que viven solas o las de edad muy avanzada. Son grupos que suelen presentar consumo bajo o insuficiente de frutas, verduras, hortalizas, cereales y legumbres.

Apuntes de futuro

Como en otras áreas de la salud, también la nutrición y la alimentación seguirán muy pendientes de la conclusión del proyecto del genoma humano, lo que facilitará la identificación de las personas con predisposición a enfermedades relacionadas con la dieta.

La secuenciación del genoma va a aumentar las posibilidades de definir el perfil de riesgo individual.

Por otra parte, los cambios en los alimentos disponibles deberán ser tenidos en cuenta en las pro-

puestas y recomendaciones dietéticas, evitando aquellas poco razonables o difíciles de seguir. En este sentido, uno de los riesgos identificados ya hoy día, pero que sin duda se acentuará en el futuro inmediato, es la de exagerar la importancia de los alimentos funcionales de diseño y de los suplementos dietéticos, dando mayor relieve a los nutrientes o componentes fitoquímicos individuales que a la mejora de la dieta global.

Respecto al reto que para todos representa la obesidad, con estimaciones muy realistas de en torno a dos tercios de obesos del total de la población europea para el año 2030, no resulta excesivamente arriesgado vaticinar que la industria alimentaria habrá de ajustar e incluso reformular los productos, con componentes mayoritarios de la dieta, de una parte para mejorar la nutrición y de otra para atender el enorme mercado de alimentos destinados a la prevención de esta enfermedad.

Terminaremos esta Actualización con las doce medidas que desde la *Regional Office for Europe de la WHO* –2000–, se consensuaron:

1. Una dieta nutritiva que incluya alimentos variados, con predominio de vegetales.
2. Comer, varias veces al día pan, cereales, pasta, arroz o patatas.
3. Tomar varias veces al día, vegetales y frutas variadas, preferentemente frescas y de procedencia local.
4. Mantener el peso corporal en el intervalo recomendado (IMC 20-25), desarrollando una actividad física moderada, preferiblemente cada día.
5. Controlar la ingesta de grasa (máximo 30% del aporte energético) y sustituir la mayor parte de las grasas saturadas por aceites vegetales insaturados o margarinas no hidrogenadas.
6. Sustituir las carnes y derivados cárnicos grasos por legumbres, pescado, pollo o carne magra.

7. Utilizar leche y derivados lácteos de bajo contenido en grasa y sal.

8. Seleccionar alimentos de bajo contenido de azúcar y limitar la frecuencia de consumo de bebidas dulces y edulcoradas.

9. Elegir una dieta con bajo contenido de sal. La ingesta diaria de sal debe ser inferior a una cucharadita de café (6 g), incluyendo la sal del pan y alimentos elaborados. La sal debe ser yodada en zonas deficitarias en yodo.

10. Si se consume alcohol, limitar su ingesta a no más de dos bebidas al día (10 g de alcohol).

11. Preparar los alimentos de forma segura e higiénica. La cocción al vapor, el horneado, la ebullición o las microondas ayudan a reducir la cantidad de sal adicionada.

12. Promover la lactancia materna exclusiva y, a partir de los seis meses de edad, introducir, de forma segura y adecuada, la alimentación complementaria, al tiempo que la lactancia materna se prolonga durante el primer año de vida.

Glosario

Angioedema: edema localizado en las capas más profundas de la piel.

Dermatitis atópica: inflamación maculopapular intensamente pruriginosa y a menudo con exco-riaciones, que suele aparecer en la cara y en la superficie antecubital y poplítea de los sujetos con una tendencia alérgica.

Empatía: capacidad para reconocer y, de alguna forma, compartir las emociones y los estados de la mente de los demás, y para entender el significado de la conducta de la otra persona.

Listeriosis: enfermedad infecciosa producida por el género *Listeria*, constituido por bacterias móvi-

les grampositivas no esporuladas. Se transmite por contacto directo de animales infectados, de aguas residuales o suelos contaminados, al hombre. Se caracteriza por la aparición de shock, endocarditis, hepatoesplenomegalia y un exantema rojo oscuro en tronco y piernas. Con frecuencia se acompaña de fiebre, bacteriemia, malestar general y letargo.

Toxoplasmosis: infección común producida por el protozoo intracelular *Toxoplasma gondii*, caracterizada en su forma congénita por afectación hepática y cerebral con calcificaciones cerebrales, convulsiones, ceguera, microcefalia o hidrocefalia y retraso mental.

Bibliografía

Asociación Española de Pediatría:
<http://www.aeped.es>

<http://trabajoyalimentacion.consumer.es>

Sociedad Española de Dietética y Ciencias de Alimentación. <http://www.nutricion.org/index.htm>

Bielsalski H, Grima P. Nutrición: Texto y Atlas. Madrid, Ed. Panamericana, 2007.

Astiasarán I, Martínez JA, Muñoz M. Claves para una alimentación óptima. ICAUN: Díaz de Santos, 2007.

Taylor RB. Medicina de Familia, principios y práctica. 6ª edición. Barcelona: Ed Masson, 2006.

Duch C, Duch G. Quiero más. Barcelona: RBA Libros, 2007.

Bimbela JL. Cuidando al cuidador: Counselling para médicos y otros profesionales de la salud. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Prados Torres D, Leiva Fernández T. Incertidumbre en medicina de familia y toma de decisiones

compartidas con el paciente. Atención Primaria 2006; 38:531-4.

Gené Badía J. Decidiendo juntos ganaremos efectividad. Atención Primaria 2005; 35:175-7.

Okun B. Ayudar de forma efectiva. Counselling. Barcelona: Paidós, 2001.

Lloveras G, Serra J. Comer Salud y Placer. Barcelona. Ed ACV. 2000.

Salvador G, Bultó L, Larousse de la Dietética y la Nutrición. Barcelona. Ed. Larousse, 2001.

Grande Covián F. Nutrición y Salud. Ed Temas de Hoy. Madrid, 1998.

Grande Covián F, Varela Mosquera G. Aspectos de la Nutrición del Hombre. Ed Fundación BBV. Bilbao, 1992.

Harris M. Bueno para Comer. Ed Alianza. Madrid, 1990.

WHO 2000 a. CINDI Dietary Guide, WHO Regional Office for Europe, EUR00/50/501008 (2000).

Test de evaluación

1. El concepto de dieta como régimen de vida o conjunto de hábitos del cuerpo y del alma, que abarca la alimentación, el ejercicio, el medio y la vida social, constituyendo la actividad vital del hombre, se debe a :
 - a) Hipócrates.
 - b) Lavoisier.
 - c) Galeno.
 - d) Aristóteles.
 - e) Arquímedes.
2. Respecto a los hidratos de carbono:
 - a) Sacarosa, maltosa y lactosa son disacáridos.
 - b) Almidones, glucógeno y celulosa son polisacáridos.
 - c) Son macronutrientes energéticos.
 - d) Todas las anteriores son ciertas.
 - e) Ninguna son ciertas.
3. Las grasas "trans":
 - a) Se dan de forma espontánea en la naturaleza.
 - b) Son saludables para el ser humano.
 - c) Proceden de la congelación de los aceites vegetales.
 - d) Todas las anteriores son ciertas.
 - e) Ninguna de las anteriores son ciertas.
4. Son aminoácidos esenciales (aquellos que no pueden ser sintetizados por el organismo humano y tiene que ser aportados en la dieta):
 - a) Isoleucina, leucina, lisina y metionina.
 - b) Fenilalanina, treonina, triptófano y valina.
 - c) Histidina en etapa de crecimiento.
 - d) Todas son ciertas.
 - e) Ninguna de las anteriores son ciertas.
5. La fibra vegetal:
 - a) Favorece el tránsito intestinal.
 - b) Disminuye la absorción de colesterol.
 - c) Mejora el control de la glucemia.
 - d) Todas son ciertas.
 - e) Ninguna de las anteriores son ciertas.
6. Respecto a la dieta equilibrada:
 - a) La proporción adecuada de macronutrientes es: 15% proteínas, 30% grasas (como máximo el 10% serán saturadas) y 55% hidratos de carbono.
 - b) No debe superar los 300 mg de colesterol al día.
 - c) No debe superar 6 g de sal al día.
 - d) Debe proporcionar de 15-25 g de fibra al día.
 - e) Todas las anteriores son ciertas.
7. Para calcular las necesidades energéticas alimentarias de una persona hay que conocer:
 - a) Su metabolismo basal aproximado en función de su edad y sexo, que supondrá un 50-75% del gasto energético total.
 - b) Su actividad laboral y el ejercicio que realiza, que supone un 20-25% del gasto energético.
 - c) El tipo de alimentos que prefiere consumir en función de sus gustos y posibilidades económicas, cuyo efecto térmico postprandial supone un 5-10% del gasto energético.
 - d) Todas las anteriores son ciertas.
 - e) Ninguna son ciertas.
8. La Pirámide Alimentaria es un instrumento didáctico que facilita el consejo nutricional donde se indica:

- a) Cereales y tubérculos son un grupo básico en la alimentación humana, no deben faltar a diario en la dieta.
- b) Hortalizas y frutas están en el 2º escalón de la pirámide, se aconseja un mínimo de 5 raciones al día.
- c) La bollería y pastelería industrial debe ser de consumo ocasional y restringirlos al máximo en la alimentación infantil.
- d) Todas las anteriores son ciertas.
- e) Ninguna son ciertas.
-
9. Respecto a los alimentos funcionales señala la opción correcta:
- a) Son aquéllos que se consumen como parte de una dieta normal y contienen componentes biológicamente activos capaces de mejorar la salud y reducir el riesgo de enfermedad.
- b) Son medicamentos.
- c) Pueden sustituir a los medicamentos.
- d) No es necesario realizar actividad física si se consumen.
- e) Son novedades que saca la industria alimentaria para vender más.
-
10. Para valorar el estado nutricional de una persona es necesario:
- a) Realizar una anamnesis con datos clínicos, situación social y hábitos nutricionales, ayudándonos de la encuesta o el registro nutricional.
- b) Realizar una exploración física completa con datos antropométricos, buscando signos de deprivación nutricional o de exceso ponderal.
- c) Completarlo con métodos indirectos (análisis, impedanciometría, etc.) para la estimación de la composición corporal.
- d) Todas las anteriores son ciertas.
- e) Ninguna son ciertas.
-
11. Los cambios metabólicos que se dan en la segunda fase del embarazo son de:
- a) Carácter anabólico.
- b) Carácter catabólico.
- c) Existe aumento de la gluconeogénesis.
- d) Existe aumento de la lipogénesis.
- e) La b y la c son ciertas.
-
12. La deficiencia de yodo durante la gestación puede:
- a) Provocar una situación hipotiroidea en el feto.
- b) Puede provocar abortos y alteraciones mentales en el feto.
- c) La ingesta recomendada en la embarazada es de 25 g al día.
- d) Las necesidades diarias se cubren con el uso de sal yodada en vez de sal común.
- e) Todas las anteriores son ciertas.
-
13. En el aporte de vitaminas en el anciano es cierto que:
- a) La vitamina D3 no suele ser deficiente y no necesita suplementación.
- b) La vitamina A no interviene en la prevención de enfermedades crónicas.
- c) La absorción de vitamina B12 se ve afectada por las alteraciones digestivas.
- d) La ingesta diaria de vitamina E es de 500 mg/día.
- e) No debe aumentarse la cantidad ingerida de vitamina C en los fumadores.
-
14. En las necesidades de energía del anciano no es cierto que:
- a) Aumentan con la edad un 5% por década.
- b) Disminuyen con la edad un 5% por década.
- c) La ingesta diaria recomendada es de 30 kcal/kg de peso.

- d) Las necesidades están relacionadas con el ejercicio.
- e) Ninguna de las anteriores son ciertas.
-
15. Los parámetros indicados para valorar el estado nutricional en los ancianos más adecuados son:
- a) Peso.
- b) Talla.
- c) IMC.
- d) Medida despliegue cutáneo.
- e) La a y la b son ciertas.
-
16. Entre los beneficios que se atribuyen a la leche materna encontramos:
- a) Nutrición.
- b) Capacidad bacteriostática.
- c) Favorecer la digestión.
- d) Favorecer el desarrollo de bífido bacterias.
- e) Todas las anteriores son ciertas.
-
17. A la mujer lactante se le debe suplementar con:
- a) Hierro.
- b) Vitamina B12.
- c) Calcio.
- d) Vitamina C.
- e) No deben suplementarse, ya que las ingestas habituales son superiores a las necesidades reales.
-
18. Entre los riesgos de practicar actividad física intensa en la adolescencia se encuentran:
- a) Disminución de la calcemia por aumento de la calciuria.
- b) Riesgo de consumo concomitante de anabolizantes.
- c) Riesgo de consumo de suplementos energéticos.
- d) Riesgo de intento de desarrollar masa muscular en el gimnasio.
- e) Todas las anteriores son ciertas.
-
19. Respecto al gasto energético en la adolescencia:
- a) Se incrementan las necesidades energéticas.
- b) El mayor componente del gasto energético corresponde al gasto en reposo.
- c) Las mujeres necesitan mayor ingesta que los varones.
- d) La distribución calórica debe ser: 20-25% desayuno, 30-35% comida, 15% merienda.
- e) Todas las anteriores son ciertas.
-
20. Entre los factores que determinan la deposición ósea en la adolescencia destacan:
- a) Ingesta de calcio.
- b) Ingesta de vitamina D.
- c) Actividad física.
- d) Ninguna de las anteriores.
- e) Todas las anteriores son ciertas.
-
21. Deberemos plantear un cambio de hábitos dietéticos en pacientes que, sin otros factores de riesgo, presenten cifras de colesterol de:
- a) > 250 mg/dl de colesterol total.
- b) Cifras de entre 200-250 mg/dl de colesterol total.
- c) < 200 mg/dl de colesterol total.
- d) La dieta no influye en los valores de colesterol total.
- e) Ninguna son ciertas.
-
22. La prevalencia de la obesidad en España para adultos de 25-60 años es de:
- a) Del 39,2%.
- b) Del 15,5%.

- c) Del 54,7%.
- d) Del 26,3%.
- e) Del 10%.

23. Respecto a la dieta hiposódica, la afirmación falsa es:

- a) Aunque exista hipertensión arterial, la restricción de sal está contraindicada en el mixedema, hipotiroidismo grave, ileostomía, embarazo y en los pacientes en tratamiento con litio.
- b) Se aconseja evitar o reducir el consumo de aceitunas, conservas, embutidos, bebidas con gas y alimentos preparados.
- c) Se puede consumir cualquier tipo de aditivo que no sea sal común.
- d) Se puede consumir pescado de mar congelado si una vez descongelado se enjuaga antes de proceder a su preparación.
- e) Es importante seguirla en el paciente afecto de hipertensión arterial

24. Hay evidencia de reducción de las cifras tensionales con las siguientes medidas, excepto:

- a) Reducción del consumo de sal a menos de 6 g al día.
- b) Reducción del peso corporal.
- c) Reducción del consumo de lácteos desnatados.
- d) Aumento del consumo de frutas.
- e) Aumento del consumo de verduras.

25. Es verdadero que:

- a) Todas las grasas de origen animal son fuentes de ácidos grasos saturados.
- b) Los ácidos grasos se ingresan en la dieta exclusivamente a través de las grasas de origen animal.
- c) La grasa de coco y palma, como es vegetal, es insaturada.

- d) La grasa del pescado azul es saturada.
- e) Ninguna son ciertas.

26. En cuanto a la ingesta de hidratos de carbono en las dislipemias, es cierto que:

- a) Los hidratos de carbono de la dieta no van a influir sobre el nivel de colesterol total.
- b) Podemos dar libertad de consumo en hidratos de carbono a los pacientes con dislipemia.
- c) En tanto que pueden elevar los triglicéridos, tendremos que limitar el consumo de hidratos de carbono al 50-60% del valor calórico total.
- d) La a y la c son ciertas.
- e) Ninguna son ciertas.

27. En el caso de niños obesos en etapa de crecimiento, el objetivo de la intervención por parte del profesional de Atención Primaria será:

- a) Alcanzar el peso ideal cuanto antes.
- b) Conseguir pérdidas del 15% del peso inicial a los tres meses.
- c) Generar hábitos de nutrición saludables.
- d) Evitar que coma dulces.
- e) Ninguna son ciertas.

28. Una de las siguientes medidas no facilita la adherencia del paciente a la dieta:

- a) Simplificar la dieta y basarse en principios apoyados por datos científicos.
- b) Personalizar la dieta, conocer los gustos del paciente y pactar los cambios.
- c) Exigir desde el primer momento el cumplimiento de todos los cambios nutricionales propuestos, porque si no lo hace desde el principio no lo hará nunca.
- d) Evaluar los obstáculos para el cumplimiento y buscar soluciones con el paciente.

- e) Facilitar una lista de intercambios de alimentos e instruir en su uso.

29. En el conocimiento del patrón de alimentación previo y actual, resultará de interés registrar:

- a) Hora de comida, el tipo de alimento y la ración.
- b) Tipo de guarnición, cantidad de aceite y picoteo.
- c) Dónde, con quién come y el tiempo que dedica a comer.
- d) Bebidas durante la comida y fuera de ellas.
- e) Todas las anteriores son ciertas.

30. Para evaluar la adiposidad global y regional, la determinación del perímetro de cintura:

- a) Es un método que por su alta variabilidad no resulta de interés.
- b) Es mejor indicador de la grasa visceral y de sus cambios con la pérdida de peso que el índice circunferencia de cintura/circunferencia de caderas.
- c) En Atención Primaria serán más coste-efectivas la RNM o el TAC.
- d) No se dispone en la actualidad de ningún método.
- e) Si la persona es muy obesa no lo podremos medir porque los brazos no nos alcanzan a rodear a la persona.

31. La mejor prevención de las complicaciones que se presentan asociadas a la menopausia (obesidad, osteoporosis) vendrán de la mano de:

- a) La promoción de una alimentación sana y saludable durante toda la vida.
- b) La suplementación de alimentos ricos en estrógenos de origen vegetal a partir de los primeros síntomas.

- c) Desde los primeros sofocos, realizar un cambio radical de hábitos.

d) Dado que la aparición de estas complicaciones tiene una alta carga genética, son prácticamente inevitables.

- e) Ninguna son ciertas.

32. Son medidas preventivas de la osteoporosis:

- a) Conseguir un buen pico de masa ósea hasta los 25 años.
- b) Una dieta rica en calcio, no fumar ni abusar del alcohol.
- d) Realizar ejercicio físico de forma regular y de intensidad moderada, junto con una exposición solar adecuada.

d) Todas las anteriores son ciertas.

- e) Ninguna son ciertas.

33. En las interacciones alimentos-medicamentos, de los tres agentes en juego cada vez que se utilizan medicamentos, es decir, el alimento/nutriente, el medicamento y el paciente, respecto a este último:

- a) El grupo de los ancianos está identificado como de riesgo.
- b) No hay significativas diferencias entre los diferentes grupos de pacientes.
- c) En los ancianos se dan más frecuentemente las circunstancias de alimentación inadecuada, polimedicados o incluso automedicados.

d) En los ancianos es frecuente tener la capacidad metabólica alterada.

- e) La a, la c y la d son ciertas

34. En la litiasis renal por cálculos de oxalatos, la recomendación dietética más importante será:

- a) Aumentar la ingesta de líquido hasta conseguir una diuresis mayor de 2 litros.

- b) Controlar la ingesta excesiva de ácido ascórbico (entre 10-20 veces la dosis diaria recomendada -60mg/día-).
- c) Limitar los alimentos ricos en oxalatos, a pesar de que sólo se absorbe el 5% de oxalato exógeno.
- d) Todas las anteriores son ciertas.
- e) Ninguna son ciertas.
-
35. Respecto de la dieta en la hiperuricemia y la gota, es verdad que se basa en:
- a) Suprimir los alimentos con alto contenido en purinas (mollejas, pescado azul, vísceras, extracto de carne, marisco...).
- b) Suprimir las bebidas alcohólicas que elevan la uricemia y pueden precipitar la crisis gotosa.
- c) Reducir la obesidad si existe, pero no hacerlo de forma rápida.
- d) Todas las anteriores son ciertas.
- e) Ninguna son ciertas.
-
36. En el cuadro diarreico agudo se deben evitar los alimentos que nos aportan fibra vegetal, excepto:
- a) La fibra dietética presente en los cereales del desayuno.
- b) La que contienen los alimentos integrales.
- c) La pectina presente en la manzana cocida.
- d) La fibra de las legumbres.
- e) La fibra de las espinacas.
-
37. Las ventajas de una dieta hipocalórica en la insuficiencia cardiaca se basan en que:
- a) Alivia el trabajo cardiaco.
- b) Disminuye la frecuencia cardiaca.
- c) Disminuye la tensión arterial en los pacientes con sobrepeso y obesos.
- d) Disminuye la intensidad de los procesos oxidativos.
- e) Todas las anteriores son ciertas.
-
38. En enfermos cardiovasculares, el efecto protector de hortalizas y frutas, parece estar relacionado con:
- a) El alto contenido de estos alimentos en hidratos de carbono complejos.
- b) Que son ricos en antioxidantes.
- c) Su sabor agradable.
- d) La a y la b son ciertas.
- e) La frescura de estos productos.
-
39. Se han identificado como estimuladores de la absorción del hierro no hemo:
- a) El ácido ascórbico y otros ácidos de frutas.
- b) La proteína tisular (de la carne, del pescado o de las aves).
- c) La a y la b son ciertas.
- d) Hacer coincidir alimentos ricos en calcio y en hierro en la misma comida.
- e) Tomarlo con café o té.
-
40. Respecto de la hidratación y la actividad física, es verdad que:
- a) La sed nos avisa eficazmente cuando necesitamos beber.
- b) Se debería recomendar una adecuada hidratación antes, durante y después de la actividad.
- c) Las bebidas adicionadas de sales, hidratos de carbono u otros suplementos, resultan ya imprescindibles para cualquier nivel de práctica deportiva.
- d) Todas las anteriores son ciertas.
- e) Ninguna son ciertas.
-
41. Marca la respuesta correcta respecto al consejo nutricional en la mujer gestante o en periodo de lactación:

- a) Es un periodo en el que la mujer está especialmente receptiva al consejo nutricional.
- b) Productos tóxicos como el metilmercurio pueden pasar al feto y a la leche materna, por lo que la mujer en esta etapa no debe comer pescado.
- c) Es una falacia que algunos alimentos ingeridos por la madre modifiquen el sabor de la leche que produce.
- d) Si la mujer experimentó un exceso de aumento de peso durante el embarazo, cuanto antes empiece a adelgazar para recuperar su figura mejor, la lactación no es una contraindicación para iniciar dieta hipocalórica.
- e) La a y la d son ciertas.
-
42. En el consejo nutricional al adolescente es cierto que:
- a) La pirámide de alimentación saludable es una herramienta didáctica que facilita la realización de recomendaciones nutricionales.
- b) El consumo de leche y derivados debe ser de 3-4 raciones diarias.
- c) Debe consumir 2-3 raciones de frutas o zumos naturales al día.
- d) El desayuno, antes de salir de casa, se asocia a una mejora del rendimiento intelectual y físico.
- e) Todas son ciertas.
-
43. En caso de sobrepeso y obesidad es falso que el consejo nutricional:
- a) Se dirige a fomentar una dieta equilibrada y la realización de ejercicio físico.
- b) No sirve de nada porque el paciente no lo va a seguir.
- c) Debe formar parte de un plan pactado con el paciente sobre cambios de estilo de vida.
- d) Requiere un conocimiento previo de los hábitos alimentarios y de la actividad del paciente.
- e) Se debe implicar a toda la familia.
-
44. En la persona de edad avanzada debemos aconsejar:
- a) Una dieta variada, sencilla, de fácil preparación pero cuidando la presentación.
- b) Se recomienda no recalentar repetidamente platos ya preparados.
- c) Fomentar el balance adecuado de los diferentes alimentos, evitar que el consumo excesivo de uno de ellos desplace o sustituya a otro también necesario.
- d) El consumo de productos lácteos para prevenir la desmineralización ósea.
- e) Todas las anteriores son ciertas.
-
45. El consejo nutricional tiene como finalidad la adquisición de hábitos alimentarios saludables y la disminución de los factores de riesgo relacionados con la alimentación. El médico de Atención Primaria, al ponerlo en práctica, debe tener en cuenta los siguientes puntos, excepto:
- a) Utilizar un lenguaje adaptado a la edad, sexo y nivel de instrucción del paciente.
- b) Investigar sobre los hábitos insanos del paciente.
- c) Basar sus consejos en datos con rigor científico.
- d) No necesita conocer la entrevista motivacional, el paciente debe cumplir las indicaciones prescritas por orden médica.
- e) Detectar barreras que impidan la modificación de estilos de vida.
-
46. El *counselling* se fundamenta en la Bioética personalista. De las siguientes respuestas ¿qué principio no comparte con la Bioética?:

- a) De justicia.
- b) De no-malificencia.
- c) De solidaridad.
- d) De beneficencia.
- e) De autonomía.

47. El *counselling*, ¿dentro de qué estilo se encuadra?:

- a) Agresivo.
- b) Mediador.
- c) Pasivo.
- d) Asertivo.
- e) Conciliador.

48. ¿Cuál es el objetivo intermedio que se plantea desde el *counselling*?:

- a) Mejorar la salud del paciente.
- b) Cuidar al profesional.
- c) Mejorar los canales de comunicación.

- d) Facilitar habilidades en la comunicación.
- e) Mostrar alternativas en las relaciones.

49. De las siguientes respuestas, ¿cuál es un factor que facilita la comunicación?:

- a) Preguntas cerradas.
- b) Preguntas múltiples.
- c) Preguntas vagas y generalizadas.
- d) Preguntas abiertas.
- e) Preguntas negativas.

50. ¿Cuál de las siguientes no se considera una fase del *counselling*?:

- a) Dar consejos.
- b) Escuchar activamente.
- c) Dejar que exprese sus emociones.
- d) Mostrar respeto.
- e) Ayudar y fomentar el sentido de autoeficacia.

EL INSTITUTO TOMÁS PASCUAL SANZ PARA LA NUTRICIÓN Y LA SALUD incorporará en sus ficheros los datos de carácter personal que nos ha facilitado, para la prestación de determinados servicios, como el envío, por medios tradicionales y/o electrónicos, de informes, dictámenes, documentación científica sobre temas nutricionales y de salud, u otros de su interés. El facilitador de correo electrónico y teléfono móvil supone la autorización expresa al envío de la información y/o documentación vía e-mail y SMS, que podrá revocarse en cualquier momento, pudiendo ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante escrito dirigido a la calle Morazarzal nº 41, 28034 Madrid.



Deseo ser evaluado de las UNIDADES DIDÁCTICAS 1, 2, 3, 4 y 5 del
Curso Actualización en Nutrición para Atención Primaria.

(Escriba sus datos en letras mayúsculas, rellenando todos los campos, especialmente los señalados con un asterisco)

APELLIDOS _____ NOMBRE _____

D.N.I. _____ *TEL. DE CONTACTO _____ *E-MAIL DE CONTACTO _____

CENTRO DE TRABAJO _____

DIRECC. CENTRO DE TRABAJO _____ *Nº DE COLEGIADO _____

POBLACIÓN _____ C.P. _____

PROVINCIA _____ FECHA _____ *Firma _____

RESPUESTAS AL TEST DE EVALUACIÓN

(tachar la respuesta correcta)

UNIDAD DIDÁCTICA 1 GENERALIDADES EN ALIMENTACIÓN	1. A B C D E	6. A B C D E
	2. A B C D E	7. A B C D E
	3. A B C D E	8. A B C D E
	4. A B C D E	9. A B C D E
	5. A B C D E	10. A B C D E
UNIDAD DIDÁCTICA 2 ALIMENTACIÓN EN DISTINTAS ETAPAS DE LA VIDA	11. A B C D E	16. A B C D E
	12. A B C D E	17. A B C D E
	13. A B C D E	18. A B C D E
	14. A B C D E	19. A B C D E
	15. A B C D E	20. A B C D E
UNIDAD DIDÁCTICA 3 ALIMENTACIÓN EN ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	21. A B C D E	26. A B C D E
	22. A B C D E	27. A B C D E
	23. A B C D E	28. A B C D E
	24. A B C D E	29. A B C D E
	25. A B C D E	30. A B C D E
UNIDAD DIDÁCTICA 4 ALIMENTACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES	31. A B C D E	36. A B C D E
	32. A B C D E	37. A B C D E
	33. A B C D E	38. A B C D E
	34. A B C D E	39. A B C D E
	35. A B C D E	40. A B C D E
UNIDAD DIDÁCTICA 5 CONSEJO ALIMENTARIO	41. A B C D E	46. A B C D E
	42. A B C D E	47. A B C D E
	43. A B C D E	48. A B C D E
	44. A B C D E	49. A B C D E
	45. A B C D E	50. A B C D E

Para obtener la acreditación del Curso es imprescindible responder correctamente al 75% de las preguntas de cada unidad didáctica de este test de evaluación y asistir a la sesión presencial.

Fecha límite de entrega del test de evaluación 15 - 09 - 08