



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**  
Unidad Xochimilco

**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD**  
**LICENCIATURA EN NUTRICIÓN HUMANA**

**LA ALIMENTACIÓN INTUITIVA COMO INTERVENCIÓN DENTRO DE LA CONSULTA  
NUTRIOLÓGICA**

**PRESENTA:**

Melissa Angeles Agua (matr. 2202035329)

**Fecha de inicio:** 07/09/2023

**Fecha de terminación:** 07/05/2024.

**Asesor interno:**

Dr. Luis Ortiz Hernández.

**Asesora externa:**

Mtra. Diana Pérez Salgado

**Lugar donde se realizó el proyecto:**

Laboratorio de Nutrición y Actividad Física

Departamento de Atención a la Salud

Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco

## Contenido

1. INTRODUCCIÓN .....	1
2.- ANTECEDENTES.....	3
3. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	7
4. METODOLOGÍA UTILIZADA .....	8
4.1 Actividades del servicio .....	8
4.2 Proyecto específico.....	10
5. ACTIVIDADES REALIZADAS .....	29
6. OBJETIVOS Y METAS ALCANZADOS .....	30
7. RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....	34
7.1 No aceptó trabajar bajo este enfoque.....	35
7.1.1 Presentación del caso.....	35
7.1.2 Evaluación del estado de salud y nutrición de la persona: .....	35
7.1.3. Diagnóstico nutricio .....	40
7.1.4. Intervención y monitoreo .....	41
7.1.5 Propuesta de seguimiento .....	44
7.2 Inseguridad alimentaria .....	46
7.2.1 Presentación del caso.....	46
7.2.2. Evaluación del estado de salud y nutrición de la persona: .....	46
7.2.3. Diagnóstico nutricio.....	49
7.2.4. Intervención y monitoreo .....	49
7.2.5 Propuesta de seguimiento .....	50
7.3 Expectativa de aumento de peso .....	52
7.3.1 Presentación del caso.....	52
7.3.2. Evaluación del estado de salud y nutrición de la persona: .....	52
7.3.3. Diagnóstico nutricio .....	54
7.3.4. Intervención y monitoreo .....	54
7.3.5 Propuesta de seguimiento .....	55
7.4 Hombres .....	57
7.4.1 Presentación del caso.....	57
7.4.2. Evaluación del estado de salud y nutrición de la persona: .....	57
7.4.3. Diagnóstico nutricio.....	61
7.4.4. Intervención y monitoreo .....	61
7.4.5 Propuesta de seguimiento .....	66
7.5 Primera vez con una nutrióloga .....	67
7.5.1 Presentación del caso.....	67

7.5.2. Evaluación del estado de salud y nutrición de la persona .....	67
7.5.3. Diagnóstico nutricional .....	71
7.5.4. Intervención y monitoreo .....	72
7.5.5 Propuesta de seguimiento .....	85
7.6 Expectativa de pérdida de peso. ....	86
7.6.1 Presentación del caso.....	86
7.6.2. Evaluación del estado de salud y nutrición de la persona .....	86
7.6.3. Diagnóstico nutricional .....	89
7.6.4. Intervención y monitoreo .....	90
7.6.5 Alta (consulta 6) .....	109
7.7 Expectativa de un enfoque no centrado en el peso.....	114
7.7.1 Presentación del caso.....	114
7.7.2 Evaluación del estado de salud y nutrición de la persona .....	114
7.7.3. Diagnóstico nutricional .....	116
7.7.4. Intervención y monitoreo .....	116
7.7.5 Alta .....	148
7.8 Buscaban: mejorar su relación con la comida. ....	150
7.8.1 Presentación del caso.....	150
7.8.2. Evaluación del estado de salud y nutrición de la persona .....	151
7.8.3. Diagnóstico nutricional .....	153
7.8.4. Intervención y monitoreo .....	153
7.8.5 Alta (consulta 5) .....	167
7.9 Condición médica .....	171
7.9.1 Presentación del caso.....	171
7.9.2. Evaluación del estado de salud y nutrición de la persona .....	171
7.9.3. Diagnóstico nutricional .....	173
7.9.4. Intervención y monitoreo .....	174
7.9.5 Alta .....	205
7.10.- Discusión .....	209
7.10.1 Causas y costos de perseguir “el cuerpo perfecto”.....	209
7.10.2 No aceptaron trabajar este enfoque: barreras para la adopción de la AI .....	211
7.10.3 Inseguridad alimentaria: AI como un privilegio .....	213
7.10.4 Expectativa de aumento de peso: la dualidad de la búsqueda del cuerpo perfecto .....	214
7.10.5 Hombres: ¿miedo a expresar emociones? .....	215
7.10.6 Primera vez con una nutrióloga .....	217

7.10.7 Expectativa de pérdida de peso: el “objetivo de vida” de muchas personas .....	219
7.10.8 Expectativa de un enfoque no centrado en el peso: “tocar fondo” con las dietas.	221
7.10.9 Mejorar su relación con la comida: afrontando las consecuencias de vivir obsesionadas con las dietas y la imagen corporal.....	223
7.10.10 Presentaban alguna condición médica: ¿perder peso es el único tratamiento efectivo? .....	226
7.10.11 ¿Qué pasa con el peso? .....	228
7.11 Conclusiones .....	230
8. RECOMENDACIONES .....	233
8.1 Actividades del servicio .....	233
8.2 Proyecto específico .....	234
9. BIBLIOGRAFÍA .....	237
10. ANEXOS .....	240

## 1.- INTRODUCCIÓN

En México las principales causas de muerte a nivel nacional son las enfermedades del corazón, enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos (Soto-Estrada et al., 2016). Puede apreciarse que las enfermedades crónicas son quienes ocupan los primeros lugares. Se ha atribuido que los principales factores de riesgo para desarrollar estas enfermedades son el sobrepeso y la obesidad. En la actualidad, México ocupa el quinto lugar en obesidad a nivel mundial. A nivel nacional de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018) el porcentaje de adultos de 20 años y más con sobrepeso y obesidad fue de 75.2% (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad), cifras que indican un incremento del 4.1% en 6 años, pues en 2012 el total era de 71.3%. Pero es importante considerar que hay otros factores que influyen en el desarrollo de enfermedades crónicas como el tabaquismo, alcoholismo, niveles altos de colesterol e hipertensión arterial (Soto-Estrada et al., 2016).

Existen medidas que se han tomado para “erradicar” esta situación. Desde el ámbito nutricional, el paradigma dominante se basa en el balance de energía negativo, por medio de la restricción calórica “dietas restrictivas”, la modificación de la distribución de los macronutrientes del régimen alimenticio e incremento de la actividad física (AF) (en ocasiones como ejercicio excesivo) se busca promover la pérdida de peso. Sin embargo, las estadísticas mencionadas con anterioridad demuestran que no se está dando el resultado esperado.

¿Vale la pena considerar a este paradigma como eficaz cuando hay una gran cantidad de desventajas? El paradigma tradicional de pérdida de peso ha sido reconocido por su porcentaje de ineffectividad a largo plazo en un 95-98%. Las dietas restrictivas son causa del aumento en la incidencia de desórdenes alimenticios y deterioran la salud psicológica de las personas (Miller y Jacob, 2000). Al mismo tiempo, el estar en un régimen de dieta ha propiciado que las personas se desvinculen de sus necesidades fisiológicas, como escuchar sus señales de hambre y saciedad (Cadena y López, 2014).

Aunado a esto, se ha demostrado que las dietas restrictivas pueden provocar ciclos de pérdida y ganancia de peso o “Weight cycling”. La restricción dietética produce consumo excesivo propiciando re-ganancia de peso, especialmente en peso normal (Dullo et al., 2015). Dichos ciclos son totalmente lo opuesto a lo que se espera a largo plazo de acuerdo con el paradigma dominante. Además, los ciclos de pérdida y ganancia de peso propician el aumento del riesgo cardiovascular y de desarrollo de diabetes, pues algunos efectos adversos son una mayor ganancia de peso, resistencia a la insulina y síndrome metabólico o riesgo metabólico, fluctuaciones en la presión arterial, frecuencia cardíaca, filtrado glomerular y en los niveles de glucosa y lípidos sanguíneos (Montani et al., 2015).

Bajo esta premisa han surgido enfoques alternativos centrados en el bienestar de la persona como: salud en todas las tallas, alimentación con consciencia plena y alimentación intuitiva, dentro de los cuales los pilares son el bienestar y la salud física, evitar restricciones dietéticas, reconocer señales de hambre y saciedad, promover el autocuidado y salud mental (Miller y Jacob, 2001).

Entre los beneficios asociados a los nuevos paradigmas como el de la alimentación intuitiva (AI), se encuentran índices de masa corporal (IMC) más bajos, mejora en valores de colesterol y presión arterial, mayor satisfacción corporal y un detrimento en los niveles de depresión y conductas alimentarias de riesgo (CAR) (Denny et al, 2013). Otro enfoque no centrado en el peso es salud a todas las tallas (HAES, por sus siglas en inglés). Este enfoque también ha mostrado disminuir las CAR y ayudar a reducir el estigma en torno al peso corporal. Se ha propuesto que la reducción del estigma se debe a que el enfoque de HAES incentiva la aceptación de los cuerpos de cualquier tamaño (Darragh, 2020).

Es por ello, y reconociendo que hace falta una mayor cantidad de estudios que exploren este paradigma emergente, que se buscó brindar una atención nutricia dentro de la comunidad UAM, en los consultorios de orientación nutricional con el objetivo de implementar y documentar un modelo de proceso de atención nutricia bajo el paradigma de AI. En el que se atendieron a 45 personas que fueron distribuidos en 9 grupos según sus características. En el presente trabajo se documenta el caso clínico más representativo de cada grupo, por ende, los beneficios o daños de la intervención.

## **2.- ANTECEDENTES**

De acuerdo a Tribole y Resch (1995), los principios de la alimentación intuitiva son los siguientes:

1.- Eliminar la mentalidad de dieta (P1): evitar todos los libros, revistas, redes sociales, aplicaciones de seguimiento de dietas y contadores de calorías que ofrecen falsas esperanzas de adelgazar de manera rápida. Desvincularse de todo aquello que profese la cultura de la dieta. Esta cultura ha llevado a sentir fracaso cada vez que se recupera el peso perdido en una dieta. En términos de salud mental, se han encontrado mayores beneficios de la implementación de enfoques no centrados en el peso. Con el uso de estos enfoques se abandona la búsqueda del cuerpo perfecto, lo cual trae consigo cansancio, deterioro mental y prácticas no saludables para perder peso. Además, de acuerdo con Darragh (2020) los enfoques no centrados en el peso proponen la reducción del estigma y discriminación hacia personas de cuerpos grandes (detonadas por la sociedad, medios de comunicación y sobre todo por los propios profesionales de la salud) e incentiva el trato digno e igualitario a cualquier tamaño de cuerpo, considerando que no es necesario perder peso para tener un buen estado de salud. Un discurso que se da para mejorar la salud física y prevenir enfermedades crónicas y metabólicas es la pérdida de peso, pero la pérdida de peso con dietas restrictivas no es sostenible a largo plazo cayendo ciclos de ganancia y pérdida de peso. Estos ciclos son totalmente lo opuesto a lo que se espera, pues aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades metabólicas (Byun et al., 2019 citado en Hayashi et al., 2023), por lo que lo ideal y para evitar estas complicaciones, sería mantener un peso estable independientemente del IMC.

2.- Honra tu hambre (P2): Es importante mantener al cuerpo alimentado como lo indica la biología (con energía, proteínas, lípidos y carbohidratos necesarios). Si esto no sucede se puede desencadenar un impulso normal y primitivo de comer en exceso, lo que podría explicar una sobre ingesta o atracones. Al no comer en periodos prolongados se llega a un momento de hambre excesiva en la que comer de manera moderada o consciente podría llegar a ser difícil, por lo que se recomienda comer cada 3 o 4 horas. Al darse una sintonía con el cuerpo y tener una mayor conciencia interoceptiva con los alimentos se puede dar una reducción de atracones e inanición que ayuda a mejorar la calidad de la dieta, pues al existir el permiso incondicional

para comer se promueven elecciones variadas de alimentos (Linardon et al., 2021; Babbot et al., 2023), Además, identificar esta señal biológica ayudará a desarrollar la confianza en sí mismo y en la comida.

3.- Hacer las paces con la comida (P3): Darse permiso incondicional para comer sin restringir ningún alimento. Cuando se restringe, se pueden desarrollar sensaciones intensas de privación. Esto conlleva a una ansiedad incontrolable y comer compulsivamente (sobre ingesta y/o atracones). Cuando las personas consumen alimentos sin control experimentan una sensación de culpa. Las dietas restrictivas son causa del aumento en la incidencia de desórdenes alimenticios, del incremento e intensidad de las CAR y deterioran la salud psicológica de las personas (Miller y Jacob, 2001). Aunado a esto, se ha visto que la restricción alimentaria produce consumo excesivo propiciando re-ganancia de peso, especialmente en peso normal.

4.- Desafiar a la policía de los alimentos (P4): rechazar el catalogar a los alimentos como buenos y malos. Todas esas ideas y pensamientos negativos provocan que se desarrolle culpa por comer. Alejarse de esas ideas ayudarán a regresar a la AI.

5.- Siente tu saciedad (P5): Es necesario generar una consciencia corporal al identificar las señales del cuerpo ante el hambre y la saciedad. Se recomienda comer alimentos que satisfagan el cuerpo, sin distracciones, manteniendo atención a cómo es que sabe la comida en cada momento y qué tan saciado se está para identificar si ha sido suficiente. Es indispensable creer que uno es capaz de dejar de comer cuando se está lleno, así como empezar a comer en el momento en que el hambre surja.

6.- Descubrir el factor de satisfacción (P6): En la cultura japonesa se promueve el placer como un objetivo de vida sana. Al estar tan preocupados por la cultura de las dietas, se pasa por alto el placer y la satisfacción que se pueden encontrar al ingerir algún alimento. Cuando se come lo que realmente disfruta, ayudará a sentir sensación de satisfacción. Al encontrarse con esta experiencia, se identificará que se requiere una menor cantidad de comida para decidir que ha sido suficiente, de esta manera disminuir la sobre ingesta y, por ende, las conductas compensatorias. Cada uno de los principios de la AI ayuda a promover la capacidad para encontrar más satisfacción



en cada comida que se realice y las prácticas de atención plena son un gran recurso para que las personas puedan conectar con el aquí y el ahora.

7.- Haz frente a tus emociones con amabilidad (P7): Como seres humanos, experimentamos emociones que no son del todo agradables: la ansiedad, la soledad, el aburrimiento o el enojo. Estas tienen un desencadenante y un apaciguante. La comida es una herramienta que puede ayudar a evadir sentimientos, sin embargo, estos deben ser confrontados y aceptados. La finalidad de esto es identificar las necesidades que no se están cumpliendo y atender la situación propiamente, ya sea de manera autónoma o con la ayuda de un profesional de la salud mental.

8.- Respeta tu cuerpo (P8): Es necesario aceptar nuestra genética, y el tipo de cuerpo que ello conlleva, como parte de soltar la mentalidad de la dieta y la búsqueda del cuerpo perfecto. Se reconoce que todos merecen dignidad sin importar la talla de ropa que usen y se incentiva admirar el complejo diseño del cuerpo. El dejar las comparaciones de lado, eliminar preocupaciones por el peso y aceptar el cuerpo que uno posee en el presente ayudan a mantener ese respeto. En investigaciones realizadas por Linardon et al., (2021); Guest et al., (2019); Babbot et al., 2023 se vió que al implementar los principios de enfoques no centrados en el peso, se desarrolla mayor aceptación corporal, menor preocupación por el peso y disminuye la internalización del ideal de belleza, lo que lleva a disminuir la necesidad de perder peso a costa de todo por lo que hay menor restricción, menores conductas alimentarias de riesgo (atracones, purga, comer por emociones o estímulos externos). Y esto acompañado de mayor autocompasión y autoestima y menor afecto negativo, ansiedad, síntomas depresivos y estrés.

9.- Sentir la diferencia con el movimiento (P9): si ha existido resistencia a la práctica de ejercicio o realización de movimiento se debe descubrir la causa. Se deben despegar los conceptos de “pérdida de peso” y “ejercicio”, ya que este último no debe de buscar un objetivo que incida en la imagen corporal, sino en las sensaciones experimentadas y el beneficio que éstas brindan. La OMS (2020) recomienda que la población adulta sana realice al menos 150 minutos de actividad física moderada o 75 minutos de actividad física vigorosa a la semana o la combinación de ambos. Realizar ejercicio tiene beneficios para la salud cardiovascular, el cuerpo y la mente,

es un factor protector para el desarrollo de enfermedades no transmisibles como el cáncer, cardiovasculares y metabólicas, mejora habilidades de aprendizaje y pensamiento, reduce síntomas de depresión y ansiedad, en niños y jóvenes asegura un crecimiento y desarrollo saludable; en general mejora el bienestar físico y mental. Por último, se sugiere considerar estas actividades como prioridades no negociables, sin caer en la obsesión. La OMS sugiere que “hacer algo de actividad física es mejor que no hacer nada”.

10. Honra tu salud con nutrición amable (P10): se deben comer suficientes alimentos que provean de carbohidratos complejos, proteínas y grasas sin miedo a ninguno de estos macronutrientes que son necesarios para las funciones vitales del cuerpo. Las características de una dieta correcta son que debe ser completa, equilibrada, inocua, suficiente, variada y adecuada. Por lo tanto, para garantizar una alimentación saludable, en cada comida principal se debe incluir los 3 grupos de alimentos (Verduras y frutas, Cereales y tubérculos, Leguminosas y alimentos de origen animal) y consumir lo menos posible grasas, aceites, azúcar, edulcorantes y sal, así como los alimentos que los contienen (NOM-043-SSA2, 2012).

### **3.- OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS**

#### **Objetivo del proyecto general**

El objetivo general del proyecto de consultorios de nutrición fue diseñar y operar un modelo de atención nutricional -a cargo de pasantes y estudiantes de la Licenciatura en Nutrición Humana- enfocado a la población que asiste a los centros de salud de primer nivel de atención.

#### **Objetivo del proyecto específico**

El objetivo general del proyecto específico fue diseñar, implementar y documentar un modelo de proceso de atención nutricia bajo el paradigma de alimentación intuitiva.

#### **Objetivos específicos:**

- Implementar el paradigma de alimentación intuitiva en la consulta nutricional en el primer nivel de atención.
- Documentar el proceso de atención nutricia centrada en la persona bajo el paradigma de alimentación intuitiva.
- Documentar los efectos del paradigma de la alimentación intuitiva en población con presencia de CAR.

## **4.- METODOLOGÍA UTILIZADA**

Para la realización de este proyecto se usaron las instalaciones de los consultorios de orientación nutricional dispuestos en la UAM Xochimilco para la impartición de la asesoría.

### **4.1 Actividades del servicio**

La estructura de las consultas impartidas fue siguiendo los elementos que conforman el proceso de atención nutricia (PAN) que se encuentran en la historia clínica. Se abordó de maneras diferentes dependiendo de los objetivos de cada paciente.

1. Evaluación: Con todos los pacientes se realizó una preevaluación por medio del cuestionario preconsulta (CPC) en el que se daba un acercamiento a la situación y el motivo de consulta del paciente. Al momento de la sesión se comenzaba indagando en el estado de salud de la persona, si presentaba alguna enfermedad, se indagaba el tratamiento médico que recibió o recibía. En caso de que le motivo de la consulta fuera el control de alguna enfermedad, primero se tomaban las medidas antropométricas correspondientes y se revisaban sus indicadores bioquímicos (si los había). Después, se realizaba una dieta habitual para identificar los grupos de alimentos en los que le convenía trabajar y hábitos de movimiento.

Si el motivo de consulta era la modificación del peso corporal (aumento de peso y masa muscular o disminución de peso y grasa corporal) se indagaba en experiencias previas intentando el mismo objetivo, el historial de peso y hábitos de actividad física. Después, se realizaba una dieta habitual para calcular la energía y macronutrientes consumidos en la actualidad.

En todos los casos, si las personas marcaban positivo a las CAR que vienen en el CPC se indagaba en la severidad. Si las conductas no eran motivo de preocupación se daba paso a trabajar con un plan de alimentación de equivalentes. Si la persona externaba preocupación excesiva por estas conductas, se profundizaba más al respecto.

2. Diagnóstico nutricional: Se realizaba con la información que se obtuvo en la evaluación, en base a esto, se daba paso a la intervención.
3. Intervención: La intervención se daba considerando las necesidades de cada persona y el diagnóstico nutricional, dando prioridad a la severidad del problema. Para modificación en el peso corporal se trabajaba con un plan de alimentación con sistema de equivalentes y el formato de equivalentes. Si la persona no era

apta para trabajar con un plan de alimentación con sistema de equivalentes, se modificaba la intervención a cambio de hábitos con “MPS”.

En el caso de personas con alguna enfermedad relacionada con la nutrición se trabajaba en la modificación de su alimentación siguiendo los formatos de índice glucémico, contenido de sodio, diario de alimentos, mi plato saludable o plan de alimentación, según fuera el caso.

Con todos los pacientes se trabajaba la implementación de actividad física siguiendo las recomendaciones de la OMS. Si la persona deseaba modificar su peso corporal se incrementaban las recomendaciones para pérdida de peso y si estaba en sus posibilidades se proponía acudir con un entrenador (en su mayoría asistían al gimnasio). Si en el CPC que tenían hábitos que iban en contra de su bienestar también se abordaban (consumo de alcohol, tabaco, sueño, etc).

4. Monitoreo: En las consultas subsecuentes se evaluaban los avances, adherencia y barreras que tenían los pacientes respecto a la intervención de la sesión anterior. Con todos se evaluaba el consumo de alimentos, hambre y saciedad, barreras, apego y cambios que notaron.

Cuando era plan de alimentación con sistema de equivalentes, se evaluaba el apego al conteo de equivalentes y variedad en sus comidas. Si se sentían muy llenos o se quedaban con hambre se realizaba la redistribución de grupos de alimentos. En cada consulta se hacían modificaciones en el incremento o disminución de energía según el objetivo establecido.

En el manejo de alguna enfermedad relacionada con la nutrición se evaluaba la meta de consumo de alimentos que le convenía a la persona según su situación. Si lograba el objetivo, se buscaba que la persona pudiera mantener el hábito. Si existían barreras, se buscaba que la persona lograra asegurar el consumo de alimentos. En cuanto a actividad física se trazaban metas realistas y eran evaluadas cada sesión.

En el cambio de hábitos la evaluación se hacía en función de las metas y objetivos establecidos. Si la persona cumplía los objetivos se trabajaba en mantenerlos e ir trazando nuevos. Si la persona no las cumplía se negociaba y se buscaban metas realistas. Cuando se trabajaba con “mi plato saludable” el seguimiento se enfocaba en evaluar la distribución de los 3 grupos de alimentos en sus comidas. Si se identificaba que había grupos a los cuales prestar más atención, se buscaba el incremento de cada grupo de forma gradual hasta lograr el objetivo.

Cuando la persona había logrado el objetivo que tenía en la primera consulta y ya se habían abordado todos los temas, se les preguntaba si necesitaban algo más, si no, se les daba de alta.

#### **4.2 Proyecto específico**

La población objetivo fueron personas que habían realizado repetidamente esfuerzos para perder peso. Las personas fueron invitadas a tomar consulta por medio de carteles difundidos en redes sociales (ver anexo 1). Para identificar a la población que cumpliera con este perfil, previo a la sesión se envió un cuestionario pre consulta (CPC) (ver anexo 2). Este CPC ayudaba a identificar información del paciente, como datos sociodemográficos, el estado nutricional, enfermedades o padecimientos, alergias, actividad física, consumo de sustancias nocivas, horas de sueño, preocupación por la imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo (CAR). Las personas que enviaron sus datos y presentaban por lo menos una CAR, fueron considerados como posibles candidatos, en la etapa de la evaluación se definía si lo eran.

La estructura de las consultas se basó en el Proceso de Atención Nutricia (PAN), propuesto por la Academia de Nutrición y Dietética de los Estados Unidos de América (Hammond et al, 2014). Todos los datos fueron reportados en la historia clínica (ver anexo 3). Consta de 4 etapas conectadas entre sí y pueden ser lineales o no: evaluación, diagnóstico, intervención y monitoreo. En todas las consultas se usaron habilidades de atención centrada en la persona y de la entrevista motivacional. Sobre todo, establecer *rapport* entre la nutrióloga y la persona fue un elemento importante para que la persona sintiera que era un lugar de confianza, en el que no existirían juicios ni críticas. La escucha reflexiva y la actitud afirmativa fueron elementos muy importantes para lograr que las personas tuvieran adherencia a la intervención. En la Tabla 1 se encuentra la descripción de los casos de los que se documentó la intervención siguiendo esta metodología.

1. Evaluación: La evaluación se realizaba en la primera consulta. Se comenzaba indagando en el estado de salud de la persona, si presentaba alguna enfermedad se preguntaba sobre el tratamiento médico que recibió o recibía.

El segundo paso era obtener información sobre sus experiencias previas modificando su peso corporal. Se indagaba en los cambios en su alimentación y/o actividad física por iniciativa propia, con otros nutriólogos u otros profesionales de la salud. Específicamente, se preguntaba por cuanto tiempo llevaron a cabo el cambio, qué plan siguieron (plan de alimentación con equivalentes, eliminar grupos de alimentos, ejercicio, uso de medicamentos o productos milagro, etc.), cómo se sentían respecto a su alimentación (se quedaban con hambre, se sentían demasiado llenos, ansiosos, mayor deseo por los alimentos restringidos, etc.), los cambios que se presentaron (perdieron o ganaron peso, disminución o aumento en indicadores bioquímicos, se sentían con más o menos energía, etc.), la razón por la que lo abandonaron (falta de tiempo, desesperación al no ver resultados deseados, no se ajustaba a su estilo de vida, etc.) y qué pasó después con el peso (aumentó, disminuyó o se mantuvo). Después se preguntaba sobre el historial de peso (habitual, máximo y mínimo) en su vida adulta. A ningún paciente se le tomaron medidas antropométricas, ellos reportaron su peso y estatura en el CPC.

Posteriormente se pedía a las personas que explicaran a detalle las CAR que habían marcado como positivas en el CPC. Se usó la habilidad de “escucha reflexiva” que a su vez consta de 3 elementos: escucha atenta, empatía y formación de reflejos. La intención fue ayudar a la persona a clarificar sus ideas, promover que continuara hablando y que se sintiera en un entorno seguro en el que estaba siendo escuchada.

2. Diagnóstico: El diagnóstico se realizaba con la estructura PES en base a lo obtenido en la evaluación. Los diagnósticos más usados fueron “Precaria calidad de vida nutricia” y “Patrón de alimentación desordenado”. Para definir que la persona era candidata se tomó en cuenta que presentara por lo menos uno de los siguientes signos y síntomas: uno o más intentos de modificar el peso corporal, preocupación y/o percepción alterada de la imagen corporal, restricción de alimentos y/o atracones (sobre ingesta), sensación de pérdida de control con los alimentos, culpa al comer y/o al no hacer ejercicio, conteo de calorías con aplicaciones o tablas de contenido energético, ciclos de ganancia y pérdida de peso, vergüenza y frustración al no perder peso, insatisfacción corporal. Se identificó que el origen del problema nutricio provenía de la difusión de la cultura del cuerpo perfecto en las redes sociales,

malas experiencias con dietas restrictivas propiciadas por profesionales de la salud o por cuenta propia, maltrato por pares en la educación básica y por la familia.

3. Intervención: Para la intervención se usó el modelo de alimentación intuitiva que es un enfoque nutricional más compasivo. Se acompañó al paciente a hacer las paces con su cuerpo y con la comida, guiándolo para que se volviera a reconectar con sus señales de hambre y saciedad. Y de esta manera comenzara a tomar decisiones basadas en el autocuidado y compasión (Tribole & Resch, 1995).

La primera intervención fue E-1.5 Educación nutricia. A todos los pacientes se les brindaba información que se adecuara a su situación considerando los elementos que se obtuvieron en la evaluación. Por ejemplo, si la persona comentaba que había tenido varios intentos de pérdida de peso y no había logrado su objetivo, se le brindaba información sobre los efectos negativos de los ciclos de ganancia y pérdida de peso. El tipo de información que se ofrecía se encuentra descrita en los antecedentes.

Después se explicaba a las personas las razones por las cuales les convenía trabajar este enfoque y se preguntaba si estaban de acuerdo. Si la persona accedía, se continuaba con la intervención planeada. Si la persona no accedía, se respetaba su decisión y se le preguntaba de qué manera continuar.

A continuación, se presentan los recursos, herramientas y actividades que se usaron siguiendo el modelo de la AI. El manual de la AI (Tribole & Resch, 1995) presenta instrucciones y espacios para que la persona realice los ejercicios de forma autónoma. En contraste, en este proyecto las personas realizaban los ejercicios bajo el acompañamiento de la nutrióloga. Se presentan todas las actividades y ejercicios que se realizaban, organizadas en el orden que se llevó a cabo con más frecuencia. Ya que no hubo un orden específico en la implementación de estas herramientas, se usó la que respondiera a las necesidades de cada persona y el diagnóstico nutricional dando prioridad a la severidad del problema. Aunque, con todas las personas se discutió el historial de dieta y con la mayoría de las personas la segunda herramienta utilizada fue la EHyS.



### Cuestionario preconsulta (CPC)

Formato que se envió a cada paciente previo a la consulta para identificar si cumplía con el perfil, pues esta herramienta permitió recabar datos del paciente como datos sociodemográficos, el estado nutricional, enfermedades o padecimientos, alergias, actividad física, consumo de sustancias nocivas, horas de sueño, preocupación por la imagen corporal y CAR (ver anexo 2).

### Historial con las dietas y ¿Cómo hacer dieta ha interferido en tu vida?

**Objetivo:** Ayudar a ver la realidad de las dietas, para reflexionar y rescatar hechos relacionados a intentos previos de pérdida de peso.

**Diagnósticos en los que se usó:** NB-2.5 Precaria calidad de vida nutricia (CVN). Es decir, fue implementado con personas que habían tenido múltiples intentos de pérdida de peso, ya sea por cuenta propia o con la ayuda de un profesional de la salud.

**Intervenciones nutricias a las que correspondió:** C-2.8 Reestructuración cognitiva

**Instrucciones al paciente:** Esta actividad se hizo con todos los pacientes a los que se atendió bajo el enfoque de AI, pues fue un indicador del perfil de las personas que eran aptas. Se indagó en la experiencia de la persona en cada intento de pérdida de peso. Se rescataron hechos sobre cómo se sintieron tanto física como emocionalmente durante el periodo que llevaron a cabo estos intentos, así como los efectos posteriores que estos conllevaron. A través de reflejos se exponían de manera objetiva los hechos con el fin de invitar a la reflexión sobre los beneficios y desventajas de someterse nuevamente a dietas restrictivas.

### La mayoría de las veces

**Objetivo:** Instaurar autocompasión para disminuir el pensamiento perfeccionista relacionado a la alimentación y actividad física.

**Diagnósticos en los que se usó:** NB-2.5 Precaria calidad de vida nutricia (CVN). Es decir, fue implementado con personas que presentaban pensamiento dicotómico o tendencias a ponerse objetivos perfeccionistas (ej., “a partir de hoy sólo me alimentaré de manera intuitiva”).

**Intervenciones nutricias a las que correspondió:** C-2.8 Reestructuración cognitiva, E-2.2 Desarrollo de habilidades y C-2.9 Prevención de recaídas.

**Instrucciones al paciente:** Durante la consulta, si la persona verbalizaba sus ideales relacionados a la alimentación con palabras absolutistas como “jamás”, “nunca” o “siempre”, se reflejaba la realidad de estas palabras. Así mismo se invitaba a tomar una mentalidad más flexible pensándose a sí misma como “la mayor parte del tiempo” o “la mayoría de las veces”. Esta es una herramienta que conviene se presente desde el inicio del tratamiento, pues el proceso de incorporar la alimentación intuitiva requiere de prestar atención, paciencia y práctica. El ponerse objetivos perfeccionistas puede ser un impedimento en su adopción.

### Escala de hambre y saciedad (EHyS)

**Objetivo:** Incrementar la consciencia interoceptiva respecto a las señales de hambre y saciedad para identificar el momento exacto para empezar y terminar de comer.

**Diagnósticos en los que se usó:** NB-1.5 Patrón de alimentación desordenado y NB-2.5 Precaria calidad de vida nutricia (CVN). Es decir, se implementó en personas que habían perdido la interocepción para el consumo de alimentos derivado de antecedentes con dietas restrictivas y/o atracones.

**Intervenciones nutricias a las que correspondió:** E-2.2 Desarrollo de habilidades, ND-1.3 Horarios de las comidas/líquidos y C-2.2 Establecimiento de metas.

**Instrucciones al paciente:** Se partió explicando lo que es la consciencia interoceptiva y cómo el hambre y la saciedad pueden ser reguladas por sensaciones físicas intrínsecas. Así mismo se explicó que estas señales podían verse afectadas por diferentes factores, como la restricción dietética o tener reglas alimentarias. Posteriormente se invitó a la persona a elaborar su propia EHyS (ver anexo 4) identificando frases que usaran cotidianamente para describir sus experiencias y sensaciones físicas al comer. Se pidió que identificaran los diferentes niveles de hambre y saciedad que tuvieran para ubicarlos en el formato que cuenta con 7 niveles, dejando claro que cada persona tiene una escala diferente por lo que podía tener más o menos de esa cantidad. Resultó más sencillo identificar los extremos, el nivel de máxima hambre (7) y el nivel de máxima saciedad (1). Durante la práctica se identificó que conviene poner un nivel donde el hambre haya desaparecido y la saciedad sea cómoda (4), pues a algunas personas les benefició partir de este punto. Una vez identificada la escala, se pidió a la persona que llevara un registro de los niveles en los cuales empezó y dejó de comer durante al menos una semana, para identificar patrones relacionados a sus señales de hambre y saciedad, señalando que realizara

el ejercicio con autocompasión. En una sesión consecuente se preguntaba a la persona si le gustaría revisar o comentar el registro que realizó y en base a lo que comentaba se negociaba un plan de acción para seguir trabajando con esta herramienta sin llegar a la obsesión. Un ejercicio ligado es el de bocados conscientes.

### Comer por emociones

**Objetivo:** Reconocer los sentimientos que propician el comer sin la necesidad de sentir hambre para identificar soluciones.

**Diagnósticos en los que se usó:** NB-1.5 Patrón de alimentación desordenado. Es decir, se implementó con personas que depositaban en su comida un valor emocional.

**Intervenciones nutricias a las que correspondió:** C-2.6 Manejo del estrés, C-2.7 Control de estímulos y C-2.8 Reestructuración cognitiva.

**Instrucciones al paciente:** Al realizar la actividad de la EHyS se podía identificar en el registro si la persona tendía a comer por emociones (enojo, ansiedad, tristeza, etc.) o en algunos casos era verbalizado por la persona misma. Si las emociones eran una de las causas por las cuales la persona comía sin escuchar sus señales de hambre y saciedad, se invitaba a explorarlas desde la conciencia interoceptiva. Prestando atención a las sensaciones físicas que se percibían en el cuerpo cuando estas aparecían, se trabajaba con ayuda de la actividad de Bocados conscientes. También se le comentaba que la mayor parte del tiempo la comida tiene asociaciones emocionales tanto positivas como negativas. Se debe de cuidar no transgredir el trabajo de los psicólogos, así que la intervención se reducía a escuchar la historia de la persona sin tratar de solucionar sus problemas, aplicando la escucha reflexiva. La nutrióloga valoraba cómo era el afrontamiento de esta emoción, ya que si era muy difícil o complicado para el paciente, se invitaba a buscar ayuda con un profesional de la salud mental.

### Bocados conscientes (BC)

**Objetivo:** Recuperar la conciencia interoceptiva respecto a las sensaciones propias de ingerir un alimento.

**Diagnósticos en los que se usó:** NB-1.5 Patrón de alimentación desordenado y NB-2.5 Precaria calidad de vida nutricia (CVN). Es decir, se implementó con personas que se encontraban desinhibidas de sus señales de hambre y saciedad, tenían

alimentos prohibidos y en general, todas las personas que estaban desarrollando habilidades relacionadas a la AI.

**Intervenciones nutricias a las que correspondía:** E-2.2 Desarrollo de habilidades, C-2.8 Reestructuración cognitiva y C-2.2 Establecimiento de metas.

**Instrucciones al paciente:** Se iniciaba comentando al paciente que tenía el permiso incondicional para comer o dejar de comer cualquier alimento. Se invitaba a hacerlo en un espacio agradable, en donde las distracciones fueran mínimas con la finalidad de poder concentrarse en la experiencia de comer. Se sugirió que cada vez que se llevara un bocado a la boca, se diera el tiempo para apreciar el sabor de la comida, sus texturas y las sensaciones que éste le causaba. Una vez que las sensaciones físicas ya no fueran agradables y no sintiera más hambre se pedía que dejara de comer. Se sugería a la persona que usara esta actividad cuando sintiera el impulso de comer sin escuchar a sus señales de hambre y saciedad o cuando se encontrara expuesto a sus “alimentos prohibidos”. Por lo que se pedía que realizara esta actividad en la mayoría de sus comidas, para que cuando se presentara esta situación la persona ya tuviera desarrollada dicha habilidad. En el manual de la AI se encuentra como “Formación en la conciencia de la AI”.

### El entorno en el que comes

**Objetivo:** Generar un entorno tranquilo y cómodo para que la persona pudiera maximizar el factor de satisfacción, así como facilitar la intercepción con los alimentos.

**Diagnósticos en los que se usó:** NB-2.5 Precaria calidad de vida nutricia (CVN). Es decir, fue implementado en personas que estaban trabajando con la actividad de BC, y en general cualquier persona que estaba desarrollando habilidades de la AI.

**Intervenciones nutricias a las que corresponde:** E-2.2 Desarrollo de habilidades.

**Instrucciones al paciente:** Durante la consulta se le preguntaba al paciente cómo era el entorno en el que comía y si era de su agrado. Se usó como guía la actividad del ciclo de la alimentación consciente (ver anexo 5) Si la persona no lograba identificar algún factor, se informaba sobre cómo es un entorno ideal para comer. Por ejemplo, el tiempo para disfrutar la comida, comer mientras se está distraído, la gente, el desorden, el entorno y el ruido. Considerando que el paciente ya tenía la información necesaria, se preguntaba si le gustaría que algo fuera diferente y cómo

se podrían disminuir las distracciones para que el entorno fuera de su agrado. Una vez identificados los elementos que podrían mejorar la experiencia de comer, se invitaba a incorporarlos.

#### Saciedad aportada por colaciones. Horarios de comida

**Objetivo:** Aportar estructura a los tiempos de comida para evitar llegar con mucha o poca hambre a las comidas principales.

**Diagnósticos en los que se usó:** NB-2.5 Precaria calidad de vida nutricia (CVN). Es decir, fue implementada con personas que pasaban periodos prolongados de tiempo sin comer o carecían de estructura en sus tiempos de comida.

**Intervenciones nutricias a las que correspondió:** E-2.2 Desarrollo de habilidades y ND-1.3 Horarios de las comidas/líquidos.

**Instrucciones al paciente:** Durante la consulta la nutrióloga indagaba sobre la existencia de tiempos de comida y si estos eran respetados. Se hacían las preguntas correspondientes respecto al tiempo que pasaba sin comer, la saciedad y el hambre percibida en cada tiempo, las consecuencias que esta dinámica traía consigo, así como la razón de saltarse comidas (estos elementos se detectaban en los registros de la actividad EHYS). Una vez obtenida la información a través de reflejos que propiciaban la reflexión, se negociaba establecer tiempos de comida y/o colaciones, con la intención de no llegar con demasiada hambre y evitar las consecuencias que esto pudiera conllevar (mismas que ya habían sido verbalizadas por la persona). Después se indagaba en sus actividades diarias para identificar los horarios en los que más le convenía comer, considerando que fuera cada 3 o 4 horas. Establecer un patrón de alimentación regular ayudaba a disminuir atracones o sobre ingestas.

#### Inventario de alimentos prohibidos

**Objetivo:** Reflexionar sobre el impacto de tener alimentos prohibidos o restringidos.

**Diagnósticos en los que se usó:** NB-1.5 Patrón de alimentación desordenado, NB-2.5 Precaria calidad de vida nutricia (CVN.) y NB-1.1 Déficit de conocimientos relacionados con la alimentación y nutrición. Es decir, se implementó con personas que tenían ingesta limitada de alimentos derivado de catalogar alimentos como “buenos y malos” o “saludables y no saludables”.

**Intervenciones nutricias a las que correspondió:** C-2.8 Reestructuración cognitiva.

**Instrucciones al paciente:** Durante la consulta se pedía a la persona que identificara los alimentos que evitaba comer o sentía culpa después de comerlos. Se le proporcionaba el formato (ver anexo 6) en el que hacía este registro (durante la sesión o en su casa). Después de ello, a través de preguntas y reflejos se invitaba a reflexionar sobre las implicaciones que traía a su vida el prohibirse esos alimentos. Si la persona se encontraba lista, se comenzaba a trabajar con la habituación por medio de la exposición a estos alimentos. La intención era que identificara que cuanto más libertad de consumirlos tuviera, menos atracción le provocaría. Se pedía que fuera con un alimento a la vez y con la ayuda de la actividad de BC.

### Valoración del plato vacío

**Objetivo:** Romper el hábito de comer sin tomar en cuenta sus señales de hambre y saciedad.

**Diagnósticos en los que se usó:** NB-2.5 Precaria calidad de vida nutricia (CVN). Es decir, fue implementado en personas que tendían a pasar por alto sus señales de saciedad y continuaban comiendo.

**Intervenciones nutricias a las que corresponde:** C-2.8 Reestructuración cognitiva.

**Instrucciones al paciente:** Si la persona comentaba que tenía el hábito de acabarse todo lo que había en su plato e ignorar sus señales de saciedad, la nutrióloga indagaba si era por hábito o por un valor personal. Esto era con la finalidad de negociar el dejar uno o dos bocados de comida en el plato para evaluar las sensaciones físicas percibidas en el momento, e identificar la presencia de hambre o saciedad. Una de las razones por las que las personas tendían a terminar todo lo que había en su plato, era porque en su familia no era bien visto dejar comida, si este era el caso, se trabajaba con “aprende a decir no”.

### Aprende a decir no

**Objetivo:** Desarrollar la capacidad de decir “no” ante el ofrecimiento de más comida por parte de las personas del entorno.

**Diagnósticos en los que se usó:** NB-2.5 Precaria calidad de vida nutricia (CVN). Es decir, se implementó en personas que no sabían poner límites cuando alguien más les ofrecía comida, aun cuando el hambre era ausente, ya que esto podía estar impidiendo su adopción de la AI.

**Intervenciones nutricias a las que correspondió:** C-2.4 Resolución de problemas, C-2.8 Reestructuración cognitiva y E-2.2 Desarrollo de habilidades

**Instrucciones al paciente:** Si el paciente comentaba que le costaba negarse cuando alguien le ofrecía comida, se invitaba a desarrollar frases incorporando la comunicación no violenta. En donde pudiera expresar su sentir con las personas y las consecuencias que podría traer el seguir comiendo. Se pedía que las escribiera en un lugar que pudiera tener a su alcance cuando se presentara esta situación.

#### Impactos de los comentarios de otras personas

**Objetivo:** Examinar normas que son relativas a la alimentación y actividad física, provenientes de personas del entorno para identificar estrategias que ayuden a disminuir el impacto a la calidad de vida de la persona.

**Diagnósticos en los que se usó:** NB-2.5 Precaria calidad de vida nutricia (CVN). Es decir, se implementó con personas que tenían diálogo interno negativo relacionado a la alimentación y actividad física, que era influenciado por las personas de su entorno.

**Intervenciones nutricias a las que correspondió:** C-2.8 Reestructuración cognitiva y E-2.2 Desarrollo de habilidades.

**Instrucciones al paciente:** Si durante la consulta la persona verbalizaba comentarios negativos que las personas a su alrededor realizaban en torno a su alimentación o movimiento (ej., *“mi mamá dice que estoy gorda porque como mucho”*), a través de la escucha reflexiva, éstos eran explorados. La finalidad era identificar si existían las suficientes herramientas para sobrellevar esos comentarios o estaban afectando a su calidad de vida. En caso de que las herramientas no fueran suficientes o que el problema representaba una fuerte carga emocional (siempre se preguntaba por ello para no asumir), se invitaba a acudir con un profesional de la salud mental. Si la persona no estaba dispuesta a acudir con un profesional de salud mental o no tenía la posibilidad, se trabajaba durante la consulta la habilidad de “realizar peticiones y no demandas”, para comunicar cómo la hacían sentir los comentarios que le hacían.

#### Mentalidad de hacer dieta

**Objetivo:** Reconocer la mentalidad de la dieta para prevenir que se vea a la AI como una “dieta más” con normas y obligaciones. Lo que conllevaría a evitar seguir hábitos alimentarios restrictivos.

**Diagnósticos en los que se usó:** NB-1.5 Patrón de alimentación desordenado y NB-2.5 Precaria calidad de vida nutricia (CVN). Es decir, fue implementado en personas que tenían historial con dietas restrictivas o reglas alimentarias estrictas, que las llevaron a emplear un lenguaje propio de hacer dieta.

**Intervenciones nutricias a las que correspondió:** C-2.8 Reestructuración cognitiva

**Instrucciones al paciente:** Se invitaba a la persona a identificar pensamientos, ideas, prácticas y/o actitudes que estuvieran asociadas con hacer dieta (ej., comer verduras significa estar a dieta). Una vez identificados, la nutrióloga informaba sobre los beneficios o daños que traía cada situación que identificó la persona (continuando con el ejemplo de las verduras, comer verduras forma parte de una alimentación balanceada y trae múltiples beneficios para el óptimo funcionamiento del organismo). Después se invitaba a la reflexión sobre estos pensamientos y comportamientos, se reforzaba la idea de que a medida que fuera practicando los principios de la AI, estos pensamientos irían pasando a segundo plano. Esta actividad se realizó en más de una consulta dependiendo de cada paciente, pues al estar expuestos a una sociedad que reproduce la mentalidad de dieta, se daban estimulantes que provocaban buscar la pérdida de peso nuevamente.

### Nutrición de emergencia

**Objetivo:** Crear un plan de nutrición diseñando una lista de alimentos que podría comer cuando sus señales de hambre-saciedad no estuvieran presentes, con el fin de nutrir y dar energía a su organismo.

**Diagnósticos en los que se usó:** NB-1.5 Patrón de alimentación desordenado y NB-2.5 Precaria calidad de vida nutricia (CVN). Es decir, fue implementado con personas que vivían con estrés crónico, alguna enfermedad o situación extraordinaria que podían alterar sus señales de hambre y saciedad.

**Intervenciones nutricias a las que correspondió:** C-2.8 Reestructuración cognitiva y C-2.1 Entrevista motivacional.

**Instrucciones al paciente:** Se partía dando una explicación sobre algunas directrices de la alimentación como cuidados propios que correspondieran a la situación del paciente (ej., generalmente es mejor no pasar más de 3 o 4 horas sin comer). Se pedía a la persona que pensara en comidas que fueran fáciles de preparar o comprar y que a su vez proporcionaran saciedad y satisfacción. Se le recordaba que esto no era un plan rígido de comidas si no una oportunidad de brindar a su organismo la



energía que necesitaba. Mientras se iban generando ideas era importante que fuera flexible y que se adaptara a la situación de la persona. Si la persona presentaba ideas rígidas o estaba obedeciendo normas alimentarias, se apoyaba en la reformulación de pensamientos. Al finalizar, se le pedía que tuviera presente la lista que elaboró para cuando la necesitara.

### Mi plato saludable (MPS)

**Objetivo:** Educar sobre los grupos de alimentos y las proporciones que componen un tiempo de comida saludable.

**Diagnósticos en los que se usó:** NB-1.1 Déficit de conocimientos relacionados con la alimentación y nutrición.

**Intervenciones nutricias a las que correspondió:** E-1.5 Modificaciones recomendadas, C-2.8 Reestructuración cognitiva y C-2.2 Establecimiento de metas. Es decir, fue implementado con personas que no conocían las características de una alimentación saludable, que tenían normas estrictas con su alimentación y/o tenían alimentos prohibidos.

**Instrucciones al paciente:** Se le presentaba el formato (ver anexo 7) en el que se pedía que observara e identificara los grupos de alimentos que incluye una alimentación saludable, así como las respectivas proporciones que se sugiere tener en el plato. Se informaba sobre los beneficios nutricionales de cada grupo de alimentos y la importancia de incluirlos. Se invitaba a observar los alimentos enlistados e identificar con calma y paciencia cuáles eran los alimentos favoritos o consumidos con mayor frecuencia, con la finalidad de reconocerlos como pertenecientes a un grupo de alimentos e identificar la proporción adecuada. Después se realizaba un ejercicio para verificar el entendimiento. En el ejercicio armaban un plato saludable tomando como referencia un tiempo de comida previa o algún alimento que consideraba “no saludable”. Por último, se invitaba a implementar esta estructura en sus comidas (tomando en cuenta que ya se había formado un patrón de alimentación regular) la mayoría de las veces, sin caer en la obsesión y con la consigna de que no era una dieta más. Se negociaba la cantidad de días en los que podía implementar esta estructura. Esta actividad se complementaba a lo ya trabajado con la EHyS y BC, pues se daba la indicación de que el tamaño de su plato sería dependiente a sus niveles de hambre y saciedad. Se ayudaba a identificar si tenía que hacer algo en su estilo de vida para poder lograrlo. Se pedía un registro para que

podiera identificar áreas de oportunidad en su alimentación, ésta se revisaba en la siguiente sesión y se iban trazando metas nuevas.

### Beneficios de la actividad física (AF)

**Objetivo:** Identificar los múltiples beneficios de la AF para que las personas identificaran los beneficios personales y razones para hacer ejercicio.

**Diagnósticos en los que se usó:** NB-2.1 Inactividad física. Es decir, se implementó en personas que asociaban a la AF con pérdida de peso o que no realizaban AF y en general a los que estaban desarrollando habilidades para adoptar la AI.

**Intervenciones nutricias a las que correspondió:** E-1.6 Otros temas relacionados y C-2.2 Establecimiento de metas.

**Instrucciones al paciente:** Durante la consulta se preguntaba si realizaba o había realizado AF, ejercicio o el movimiento. Se indagaba en los beneficios que éste trajo o había traído a la vida del paciente y se complementaba con otros en caso de ser necesario (ver más allá de la pérdida de peso). Además, se informaba sobre los beneficios de la AF para la salud física y mental. La información brindada se encuentra en el apartado de antecedentes. Una vez enlistados los beneficios individuales, se invitaba a la reflexión sobre cómo la calidad de vida podría cambiar.

### Descubre actividades físicas que disfrutes

**Objetivo:** Identificar actividades que contribuyan al aumento de AF.

**Diagnósticos en los que se usó:** NB-2.1 Inactividad física.

**Intervenciones nutricias a las que correspondió:** E-2.2 Desarrollo de habilidades y C-2.2 Establecimiento de metas. Es decir, se implementaba en personas que tenían dificultad para identificar actividades que les permitieran mantenerse en movimiento o personas que realizaban AF sin disfrutarlo por tener el objetivo de perder peso.

**Instrucciones al paciente:** Durante la consulta, si el paciente no realizaba ningún tipo de AF o mencionó que no era de su agrado la AF que estaba realizando, la nutrióloga informaba sobre las diferentes actividades que son consideradas como movimiento, se usó el listado de actividades de Tribole y Resch (1995), para que identificara distintas opciones. Se tomaba en consideración los factores de preferencia del paciente, como la dinámica recreativa o de juego, la realización individual o en grupo y la realización en interiores o al aire libre (habiendo realizado primero la actividad de Beneficios de la AF). Una vez definida la AF a realizar, entre

la nutrióloga y la persona se trazaban metas realistas sobre la frecuencia y el tiempo de realización de la actividad a la semana (considerando las recomendaciones de la OMS para AF) con la intención de mantener el hábito como una actividad agradable y divertida.

#### Hacer demasiado ejercicio

**Objetivo:** Identificar posibles conductas de riesgo asociadas a la AF o el deporte.

**Diagnósticos en los que se usó:** NB-1.5 Patrón de alimentación desordenado.

**Intervenciones nutricias a las que correspondió:** E-1.6 Otros temas relacionados y C-2.8 Reestructuración cognitiva. Es decir, se implementaba en personas con prácticas deportivas o AF excesiva que podrían poner en riesgo su salud y bienestar.

**Instrucciones al paciente:** Durante la consulta, si la nutrióloga identificaba alguna conducta de riesgo asociada a la AF (culpa al no hacer ejercicio, hacer ejercicio para compensar lo que comía, hacer ejercicio con la intención de perder o ganar peso), esta era reflejada para promover la reflexión en el paciente. La intención era que reconociera que la práctica podría traer consecuencias a su salud o bienestar (habiendo realizado primero la actividad de Beneficios de la AF). Por medio de la reestructuración cognitiva se fomentaba a que la persona escuchara a su cuerpo en lugar de las normas estrictas que tenía en mente sobre el ejercicio.

#### Metáfora de la escritura a mano

**Objetivo:** Comprender la importancia de las “3 P” (prestar atención, paciencia y práctica) para generar autocompasión en el proceso de adopción de la AI.

**Diagnósticos en los que se usó:** NB-2.5 Precaria calidad de vida nutricia (CVN). Es decir, se implementó en personas que se encontraban en el proceso de adopción de la AI, pero se identificó que también benefició a personas con dificultad para la autocompasión y con un diálogo interno negativo relacionados con la alimentación y/o AF.

**Intervenciones nutricias a las que correspondió:** C-2.8 Reestructuración cognitiva.

**Instrucciones al paciente:** Se explicó a la persona en lo que consiste la actividad, se compartió el formato (Ver anexo 8) y se le pidió que lo contestara en un espacio y tiempo donde se sintiera tranquila/o. Se le advirtió que podría llegar a ser un momento incómodo durante la realización del ejercicio, pero podía parar si era preciso. En una

sesión siguiente o en la misma se preguntó a la persona si deseaba reflexionar lo que se identificó. Si la persona accedía, se iba guiando por medio de las preguntas del mismo formato, y se invitaba a profundizar sus respuestas si era necesario. Al finalizar se invitó a que la paciencia y autocompasión generadas, pudieran estar durante el proceso del desarrollo de habilidades para la AI.

### Ejercicio de autocompasión

**Objetivo:** Promover el cambio por medio de la autocompasión para que les resultara más fácil admitir su vulnerabilidad y sus errores, de esta manera asumir nuevos retos como la adopción de la AI.

**Diagnósticos en los que se usó:** NB-2.5 Precaria calidad de vida nutricia (CVN). Es decir, se implementó en personas con dificultad para la autocompasión, pensamiento dicotómico, tendencia al perfeccionismo (todo o nada) y/o con diálogo interno negativo.

**Intervenciones nutricias a las que correspondió:** C-2.9 Prevención de recaídas y C-2.8 Reestructuración cognitiva.

**Instrucciones al paciente:** Se explicó a la persona en lo que consiste la actividad, se compartió el formato (Ver anexo 9) y se le pidió que lo contestara en un espacio y tiempo donde se sintiera tranquila/o. La definición de autocompasión se encuentra en el anexo. Se le advirtió que podría llegar a ser un momento incómodo durante la realización del ejercicio, pero podía parar si era preciso. En una sesión siguiente o en la misma se preguntó a la persona si deseaba reflexionar lo que se identificó. Si la persona accedía, se iba guiando por medio de las preguntas del mismo formato, y se invitaba a profundizar sus respuestas si era necesario. Al finalizar se invitó a que la paciencia y autocompasión generadas, pudieran estar durante el proceso del desarrollo de habilidades para la AI.

### Reformulación de pensamientos

**Objetivo:** Hacer reflexionar al paciente sobre sus pensamientos relacionados a sus elecciones alimentarias y de movimiento.

**Diagnósticos en los que se usó:** NB-1.1 Déficit de conocimientos relacionados con la alimentación y nutrición y NB-2.5 Precaria calidad de vida nutricia (CVN). Es decir, se implementó con personas que tenían diálogo interno negativo relacionado a la alimentación y/o AF.

**Intervenciones nutricias a las que correspondió:** C-2.8 Reestructuración cognitiva y C-2.1 Entrevista motivacional.

**Instrucciones al paciente:** Si un pensamiento negativo en torno a las dietas, alimentación o ejercicio era verbalizado por el paciente (ej., “no hice ejercicio, subiré de peso”) la nutrióloga respondía con un reflejo acompañado de información del pensamiento (ej., razones por las cuales el peso cambia). Después, este pensamiento era comparado con las experiencias previas del paciente, para propiciar la reflexión sobre si éste debía o no ser reformulado (ej. “no tengo que hacer ejercicio todos los días, mi cuerpo merece descansar”).

#### Diálogo interior positivo y de gratitud

**Objetivo:** Generar un diálogo interno con mayor compasión que acompañe el desarrollo de habilidades relacionadas a la AI.

**Diagnósticos en los que se usó:** NB-2.5 Precaria calidad de vida nutricia (CVN).

**Intervenciones nutricias a las que correspondió:** C-2.8 Reestructuración cognitiva, C-2.6 Manejo del estrés y C-2.7 Control de estímulos. Es decir, se implementó con personas que tenían diálogo interno negativo relacionado a la alimentación y/o AF.

**Instrucciones al paciente:** Se partía explicando a la persona que la autocompasión sería un elemento importante para la adopción de la AI. Se explicaba “el espiral de la curación”, es decir; que no sería un proceso que iría en una línea recta. Por ello, se invitaba a pensar en sus acciones de manera neutral y apreciativa. En el momento en el que la persona verbalizaba un juicio negativo hacia su persona, la nutrióloga hacía el reflejo correspondiente para invitar a la reflexión. También se trabajó con el formato de “Conociendo y replanteando tu diálogo interno” (ver anexo 10) y en la siguiente sesión se invitaba a la persona a verbalizar lo que identificó al realizar la actividad. Esta actividad se fue trabajando en distintas sesiones, cada vez que la persona mencionaba alguna frase que evidenciaba un diálogo interno negativo.

#### Actividades de autocuidado

**Objetivo:** Identificar acciones de autocuidado con el fin de generar estrategias que contribuyan a mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas que estén desarrollando habilidades relacionadas a la AI.

**Diagnósticos en los que se usó:** NB-2.5 Precaria calidad de vida nutricia (CVN) y NB-1.5 Patrón de alimentación desordenado. Es decir, se implementaba con personas que estaban desarrollando habilidades de la AI.

**Intervenciones nutricias a las que correspondió:** E-2.2 Desarrollo de habilidades, C-2.8 Reestructuración cognitiva y C-2.2 Establecimiento de metas.

**Instrucciones al paciente:** Durante consulta se presentaba la intención de trabajar esta actividad y se enviaba el formato (ver anexo 11) con la intención de que la persona pudiera leerlo y reflexionar con las preguntas que se plantean en el mismo. En la sesión siguiente, se preguntaba si deseaba comentar acerca de la actividad, si la persona estaba de acuerdo, se discutía al respecto. Se apoyaba a la persona guiando las nuevas metas que se proponía para cuidar de sí misma, cuidando que fueran metas realistas y que no interfirieran en su salud y bienestar.

#### Prácticas de atención plena

**Objetivo:** Centrarse en las sensaciones físicas o estímulos del entorno con el fin de encontrarse en el aquí y el ahora.

**Diagnósticos en los que se usó:** NB-1.5 Patrón de alimentación desordenado y NB-2.5 Precaria calidad de vida nutricia (CVN). Es decir, se implementaban en personas que estaban desarrollando habilidades de conciencia interoceptiva.

**Intervenciones nutricias a las que correspondió:** C-2.6 Manejo del estrés y C-2.2 Establecimiento de metas.

**Instrucciones al paciente:** En la consulta se informaba sobre los beneficios de la implementación de prácticas de atención plena. Se hacía una demostración en la consulta en el que se pedía a la persona que escuchara las instrucciones de la nutrióloga. La intención era que prestara atención a las sensaciones físicas o a los estímulos del entorno mientras se dejaban pasar los pensamientos. Las indicaciones hacían referencia a percibir las sensaciones del cuerpo o estímulos del entorno de una manera apreciativa y sin juicios. La práctica más utilizada era DROP, por sus elementos: Detente, Respira, Observa y Prosigue.

La instrucción general era la siguiente: Primero detente, haz una pausa en lo que estás haciendo o pensando, mantente en una postura cómoda y puedes cerrar los ojos. Respira, inhala profundamente por 3 segundos, mantén la respiración por 2 segundos y exhala por 5 segundos. Haz esto 5 veces. Ahora recupera tu respiración

normal. Observa: presta atención a los sonidos que hay a tu alrededor, ¿Cómo son?, ¿son repetitivos?, ¿son agradables? ¿son desagradables? ¿cómo te hacen sentir? Ahora enfócate en un solo sonido (esta actividad se puede hacer con los 5 sentidos tacto, vista, sonidos, olores y sabores, en este caso se enfocaba en los sonidos).  
Procede: recupera tu respiración normal y cuando estés listo abre los ojos.

Después se pedía a la persona que verbalizara cómo se sintió y si ella consideraba que esta actividad le resultaría de ayuda se invitaba a realizarla de manera autónoma.

4. Monitoreo: En las consultas de seguimiento se comenzaba evaluando los avances, adherencia y barreras que tenían los pacientes respecto a la intervención de la sesión anterior (descritas con anterioridad). Se ayudaba a la persona a reforzar los beneficios de mantener los hábitos que estaba adquiriendo y si tenía apego se podría pasar al siguiente objetivo. En todas las consultas, al terminar se les preguntaba ¿Cómo se sentían?, ¿Qué les había parecido la sesión?, con la intención de ver si la persona estaba cómoda con la intervención o si era necesario empatar agendas nuevamente. Si la persona había logrado el objetivo que tenía en la primera consulta y ya se habían abordado todos los temas, se les preguntaba si necesitaban algo más, si no, se les daba de alta. Al darlos de alta se les hacía sentir seguras al decirles que si tenían una recaída siempre podían comenzar de nuevo, lo importante era procurar su bienestar físico y emocional. Por lo que el Laboratorio de Nutrición y Actividad Física siempre tendría las puertas abiertas para ellos.

Tabla 1. Descripción de los casos que se reportaron

Folio	Nombre	Edad	Sexo	IMP	CAR	IMC	Grupo	TC
040	Alo	24	F	3	10	42.67	Expectativa de pérdida de peso	6
014	Hel	20	F	3	5	35.46	Expectativa de un modelo no peso centrista	8
033	Rosa	20	F	1	12	26.14	Primera vez con un nutriólogo	3
006	Fran	24	M	2	8	42.61	Hombres	2
018	Azul	33	F	2	3	32.93	Personas con alguna condición médica	9
036	Brisa	18	F	1	10	25.39	Buscaban: mejorar su relación con la comida	5

009	Ruth	27	F	1	6	20.45	Inseguridad alimentaria	1
047	Lupita	25	F	3	7	20.32	Expectativa de aumento de peso	1
026	Gris	20	F	2	10	26.81	No aceptan trabajar este enfoque	1

IMP: intentos de modificación del peso, CAR: conductas alimentarias de riesgo, IMC: índice de masa corporal (kg/m<sup>2</sup>), TC: total de consultas.



## **5.- ACTIVIDADES REALIZADAS**

Durante el servicio social se realizaron las siguientes actividades:

- Orientación y asesoría nutricional a 70 pacientes (45 con el proyecto específico y 25 con el proyecto general) en el laboratorio de nutrición y actividad física de forma presencial y en línea.
- Orientación nutricional a 5 pacientes en “Las ánimas” Tulyehualco.
- Revisión de guías clínicas.
- Revisión de material enfocado a AI.
- Asistencia a sesiones semanales para discusión de casos clínicos.
- Asistencia al taller-Conversatorio de AI, duración: 10 horas.
- Asistencia al Taller-Conversatorio: Las nutriólogas pueden (¿deben?) promover alimentación y nutrición centrados en el bienestar y la salud.

## 6.- OBJETIVOS Y METAS ALCANZADOS

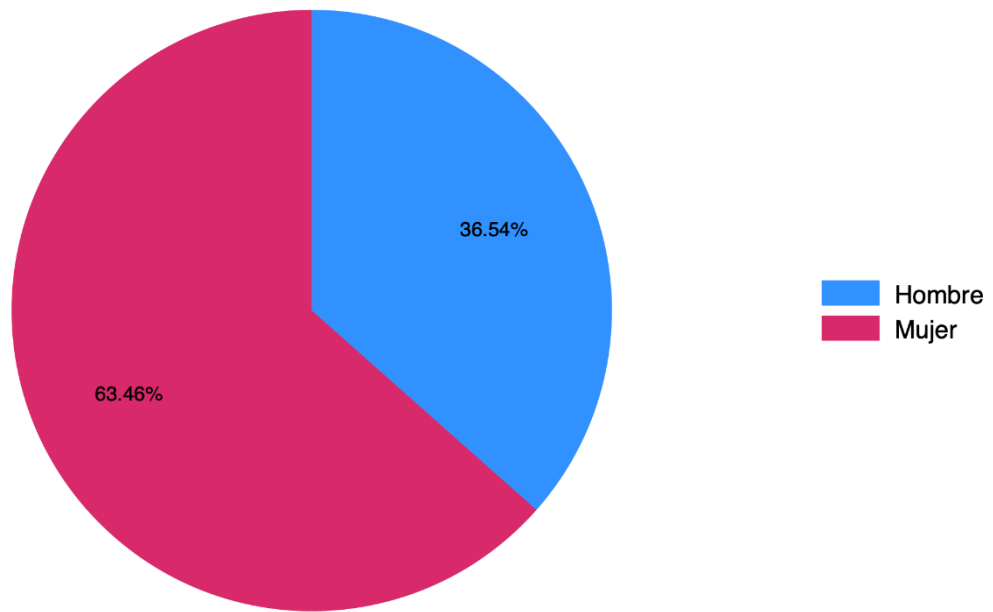
Durante la realización del servicio social se atendieron a 71 pacientes. De los cuales, el 63.38% fueron atendidos bajo el enfoque de AI. El resto fueron del Laboratorio de nutrición y actividad física (LNAF) y del predio de “las ánimas” en Tulyehualco. El total y porcentajes se encuentran descritos en la Tabla 2.

Tabla 2. Total de atendidos por número de expedientes por programa

PROGRAMA	n	%
Laboratorio de nutrición y actividad física	20	28.17
Alimentación intuitiva	45	63.38
Las ánimas	6	8.45
Total	71	100

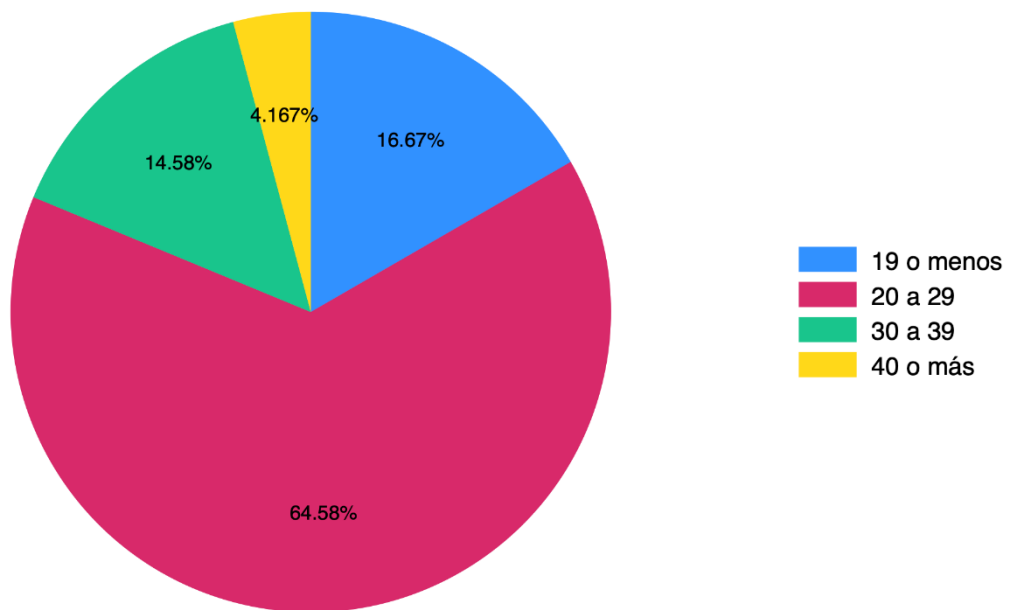
A continuación, se muestran las características de todos los pacientes atendidos. La mayoría fueron mujeres (ver gráfico 1). Eran adultos jóvenes que tenían entre 20 y 29 años (ver gráfico 2), la mayoría fueron estudiantes universitarios de la UAM-X, eso podría explicar que más del 75% reportó tener actividad física muy ligera en su actividad ocupacional (ver gráfico 3). En cuando a la actividad recreativa hubo variedad de movimiento (ver gráfico 4). Hubo una distribución similar entre personas con peso normal, sobrepeso y obesidad (ver gráfico 5), aunque es importante resaltar que los datos fueron estimados a partir del peso y la estatura que reportaron los pacientes.

Gráfico 1. Distribución de pacientes por sexo



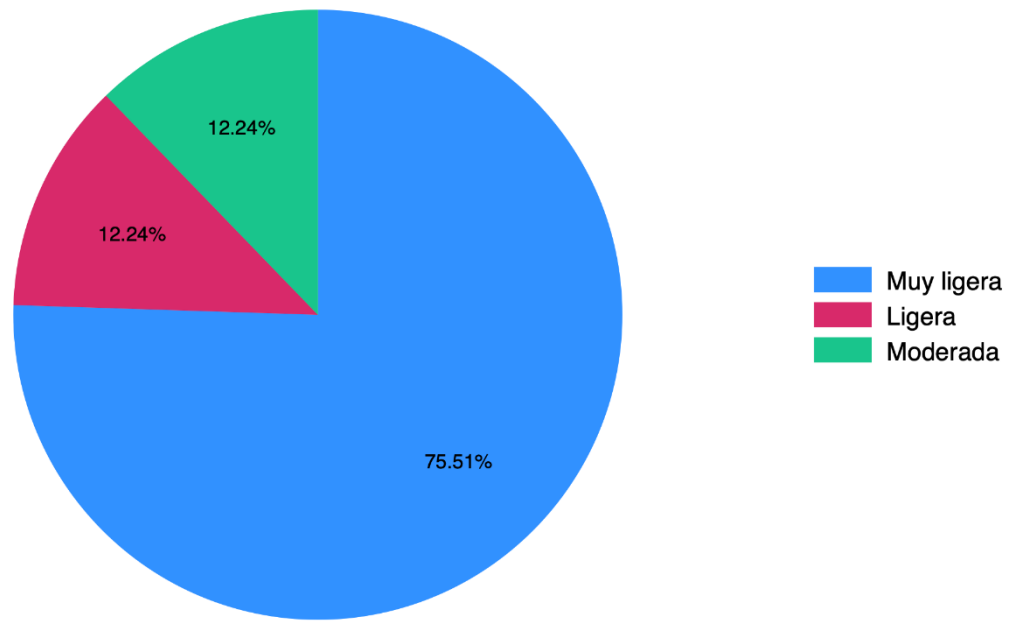
N=52

Gráfico 2. Distribución de pacientes por edad



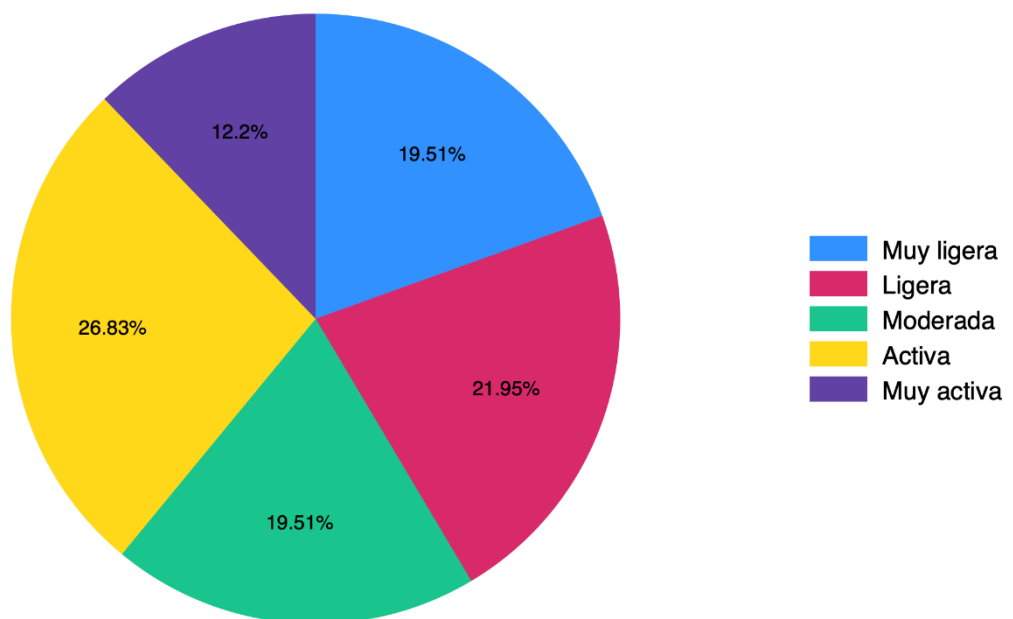
N=48

Gráfico 3. Distribución de pacientes por actividad física ocupacional



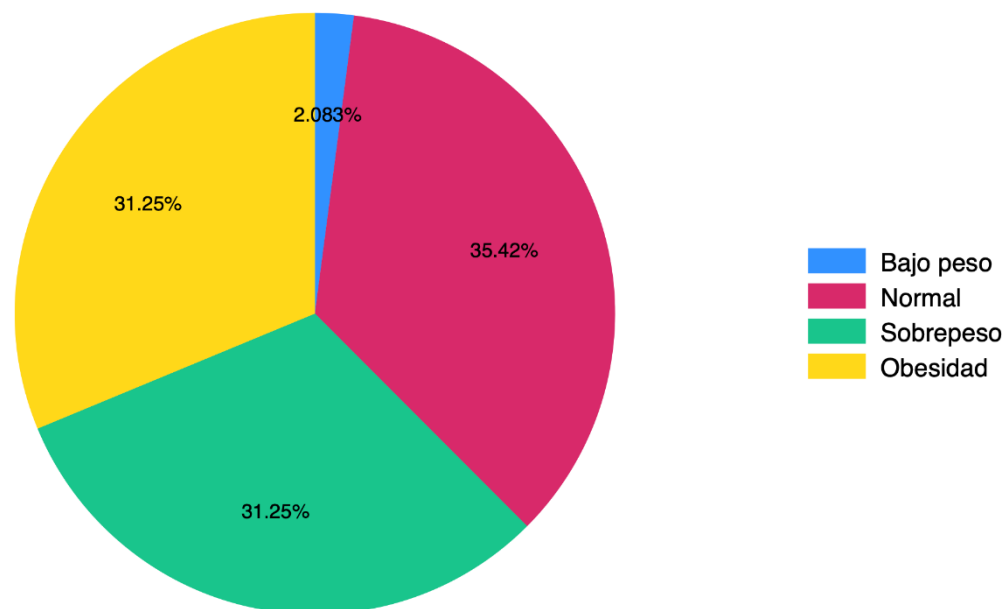
N=49

Gráfico 4. Distribución de pacientes por actividad física recreativa



N=47

Gráfico 5. Distribución de pacientes por IMC



N=49

## 7.- RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se identificaron 49 personas a las cuales les convenía trabajar bajo el enfoque de AI, 4 personas no aceptaron y continuaron en la búsqueda de modificar su cuerpo. Durante la práctica se identificó que algunos pacientes compartían ciertas características en su motivo de consulta, su historial y por ende, la intervención fue por el mismo camino. Por lo que se clasificaron en 9 grupos diferentes, estos grupos y el número de personas que incluyeron cada uno se encuentran en la Tabla 2.

Si bien una persona solamente perteneció a un grupo, había personas que presentaban características de dos o más grupos, pero la severidad del diagnóstico indicaba la intervención del grupo que se le asignó. Por ejemplo, algunas personas que pertenecen al grupo 5 también buscaban pérdida de peso, fue más importante atender su condición médica por lo que se situaron en el grupo 5 y no en el 1. Otro ejemplo fue el grupo 3 que presentaban características de pertenecer al grupo 1 y 6, pero nunca habían asistido al nutriólogo y tenían una perspectiva de lo que conlleva tener una consulta nutricional.

Como se puede notar en la Tabla 2, el mayor porcentaje se centró en el grupo de personas con “Expectativa de pérdida de peso”. Aunque, algunos integrantes de los grupos 3,4,5,6 y 9 también podrían pertenecer a este grupo, ya que en su motivo de consulta también incluyeron “pérdida de peso”. Esto demuestra que el deseo de pérdida de peso es mayor al solicitar consulta nutricional. Incluso hubo pacientes que no presentaban sobrepeso u obesidad, aun así, habían tenido intentos de pérdida de peso y deseaban seguir intentándolo.

A continuación, se presentan los casos clínicos más representativos de cada grupo (descritos en la Tabla 1). Los nombres que se presentan son ficticios para cuidar la privacidad de los pacientes. La elección se hizo tomando en cuenta a las personas que tuvieron mayor adherencia al tratamiento, más herramientas utilizadas, mayores retos y que recopilaban características de mayoría del grupo al que pertenecían. Se modificaron los nombres con la intención de proteger la identidad de los participantes. En la Tabla 1 se encuentran en el orden en el que se fueron identificando los grupos que existían. En la tabla 3 y en la redacción de los resultados se ordenaron en función del grupo con menor adherencia al tratamiento hasta el grupo que tuvo mayor apego y terminaron el tratamiento. Se va describiendo desde el grupo con el que se

trabajaron menos herramientas, hasta el grupo con el que se trabajaron todas las herramientas.

Tabla 3. Número de personas atendidas en el proyecto específico

Grupo	n	%	Folios
Total	49	100	
1.-No aceptó trabajar bajo este enfoque	4	8.1	<b>026</b> , 055, 061, 066
2.-Inseguridad alimentaria	1	2.04	<b>009</b>
3.-Expectativa de aumento de peso	4	8.1	015, <b>047</b> , 065, 071
4.-Hombres	5	10.20	<b>006</b> , 016, 037, 038, 060
5.-Primera vez con una nutrióloga	2	4.08	<b>033</b> , 049
6.-Expectativa de pérdida de peso	18	36.73	005, 011, 019, 020, 023, 024, 030, 034, <b>040</b> , 041, 044, 048, 050, 058, 063, 072, 073, 074
7.-Expectativa de un modelo no peso centrista	4	8.1	003, 012, <b>014</b> , 035
8.-Buscaban: mejorar su relación con la comida	6	12.24	007, 024, <b>036</b> , 051, 057, 069
9.-Personas con alguna condición médica	5	10.20	<b>018</b> , 021, 025, 032, 068

### 7.1 No aceptó trabajar bajo este enfoque

En este último grupo se encuentran 4 mujeres que “no aceptaron trabajar este enfoque”, eran personas que habían intentado perder peso, no lo habían logrado y no abandonaron la idea. Presentaban entre 5 y 10 CAR respectivamente.

#### 7.1.1 Presentación del caso

Gris era una mujer de 19 años, soltera, vivía con sus papás y su hermana, era estudiante universitaria. El encuentro fue presencial. Aceptó que las sesiones fueran grabadas por medio del consentimiento informado. Ella comentó como motivo de consulta lo siguiente:

*“Mejorar hábitos alimenticios para aumentar masa muscular y disminuir grasa corporal”*

#### 7.1.2 Evaluación del estado de salud y nutrición de la persona:

**Elementos previos a la consulta:** Gris contestó el CPC en el que reportó que no fumaba y no consumía bebidas alcohólicas. Su AF en su ocupación principal era moderada y en su tiempo libre era activa. Presentaba problemas para dormir (insomnio). No reportó alguna enfermedad. Marcó que sí a 10 de 15 conductas alimentarias de riesgo.

**Al momento de la consulta:** Gris negó presentar alguna enfermedad metabólica o relacionada con la nutrición diagnosticada y no tenía estudios bioquímicos que demostraran lo contrario. Presentaba 10 conductas relacionadas con un patrón de alimentación desordenado que se abordaron en la sesión, como se indica a continuación:

La primera que respondió afirmativa fue que “se siente nerviosa o mal cuando se pesa o mide”, ante esto ella comentó lo siguiente:

*“Sí, super sí, como que me quedó ese traumita desde chiquita de que, como hacía mucho ejercicio, iba a ballet y normalmente mi metabolismo... eso es lo que le agradezco a mi papá. Es de que cuando empiezo a hacer actividad física es como que va quemando todo lo que no le sirve y así va: fu fu fu. Y puedo agarrar buena condición en poco tiempo, entonces hubo un lapso que tenía como 8 o 10 años dejé de hacer ejercicio, entonces empecé a subir de peso. Y empezó mi papá: ay, es que estás gorda, y te ves fea y a las gordas nadie las quiere. Y yo como de: no, no puede ser. O luego mi papá biológico iba a verme a la secundaria y me decía: ay no, ya como que estas bien gorda, ¿no? Te vas a poner igual que tu mamá. Y yo de: no pues sí. Y eso como que me empezó a generar inseguridades como de que: no quiero ver mi peso porque si no, dejo de comer un buen tiempo y pues no evito comer comidas. Pero ya como que lo fui sanando y también este Aloel me estaba ayudando con eso. Me decía es que seguro también estas subiendo en músculo, entonces muchas veces es como de que: ay pesas 80 kg y es porque ya tienes sobre peso o tienes obesidad, pero puede ser de músculo”*

La siguiente opción que marcó fue que “siente vergüenza por su peso o por el tamaño de su cuerpo”, ella dijo lo siguiente:

*“Si... como siempre he sido como muy tosca y tengo la espalda muy grande. Es como de que: ay no, como que estás muy espaldona, tienes espalda de hombre. Y yo con cara de: ok. Eran cosas que también me generaban muchas inseguridades, pero ahorita ya cuando me dicen: ay no es que te quieres poner muy musculosa como un*



*hombre. Yo digo como: o sea, no todos los hombres están musculosos. O de: es que tu espaldota, parece de hombre. Yo digo: ya quisiera un hombre tener mi espalda. Entonces eso también lo he ido como que manejando, pero a veces me cuesta, y si me digo como que: ¿y si estoy muy grande? ¿sí estoy muy tosca? ¿No me veo femenina? Mi tía luego llegaba y me decía: ay no inventes, estas toda gorda, toda espaldona. Y yo: pues ¿está mal estar así? Y cuando eres chiquita eso pega mucho, es como de: ¿Qué estoy haciendo mal?, pero pues ahí vamos.”*

También marcó afirmativo a que “cree que está gorda, aunque los demás digan que está delgada”, y ella lo aclaró con lo siguiente:

*“Si...cuando estaba chiquita, cuando empecé a hacer ejercicio, como que empecé a bajar mucho de peso, empecé a bajar y bajar, pero yo me fijaba como de: no, es que no se me marca la cintura como yo quiero, no se me marcan los músculos como yo quiero, no se me marca lo que yo quiero. Y eso me frustraba y en mi casa me decían: no es que ya se te ve bien la espalda, se te ve bien la cintura. Y yo: sí, pero es que no, no me siento cómoda, no me siento yo, me siento mal, siento que no estoy haciendo nada. Y ellos empiezan con que: ay, no seas exagerada. Y pues, ya equis”*

La siguiente opción que marcó afirmativa fue que “se siente incómoda o insegura con la grasa corporal que tiene” ella dijo:

*“Si... igual por lo mismo, es como te digo, me gustaría tener más masa muscular, porque ya llegó un punto en el que me metí al gimnasio que me metí por estrés. Porque ya iba a colapsar en un punto fue en la prepa, había colapsado completamente y mi mamá metió al gimnasio entonces como siempre fui gordita, era como de: no, yo quiero ser delgada como las demás niñas, quiero ser delgadita, bonita, así como con las piernas super largas, super así, lo estereotípico ¿no?. Y ya empecé a ir al gimnasio y empezaba a ver a las fuertotas cargando sus pesas sin que les importara lo demás o que las vieran raro, si era como de: ¡wow! Yo quiero ser como ellas. Y ya empecé a ver tiktoks y*

*me aparecían chicas así, yo decía: es que yo quiero ser como ellas. Y así ya cambió como que no quiero seguir ahí estancada, quiero ser como ellas, no quiero ser la flaquita que siempre te pintan de que es lo mejor de lo mejor quiero ser una fuertota, quiero tener músculos como ellas, quiero que se me marque los brazos como ellas y llegó un punto en el que era como de: es que se me ve la grasa, es que esto es mucha grasa, es que no se me marca y, o sea, todo eso”*

También marcó que sí a “contar calorías o macros o medir o pesar la comida la hace sentir mal” y que “sin tener hambre, come muchísimo en poco tiempo (menos de 2 horas)”, al pedirle que comentara más al respecto ella dijo:

*“Sí me pasa que bajo estrés como muchísimo. Bajo estrés, es como, estas últimas 2 semanas era como de traer mis toppers y tenía esto para la comida, esto para el desayuno, esto para la cena y esto para las colaciones y me podía echar la comida y le desayuno en la mañana. Y era como que: es que eso está mal, no lo tienes que hacer. Y había otra cosa: es que tienes que estar masticando algo a fuerzas, cómete algo. Y también cuando estaba en la secundaria, que iba a tener mi fiesta de XV como cualquier niña. Entonces hubo un punto en el que para todo decía: es que eso me va a hacer engordar, es que tiene mucha grasa y eso no lo puedo comer. Y era casi enfermizo llegara a contar casi todo. ¿Es que esto cuanto ha de tener de grasa? Y de no, no puedo comer eso. Era como que me empezaba a restringir de todo, cuando llegaba mi abuelita me decía: es que come pura lechuga y queso panela y ya con eso vas a adelgazar. Y yo: ¿con eso? Y tú eres ingenua y les crees, pues están más grandes que tú, y empiezas a comer eso. Pero ya después lo dejas porque sabes que no está bien, que te está faltando algo, entonces a veces era como de: tiene tanto y me gusta, pero no nos lo podemos comer porque son muchas calorías. Y si llegaba a contarla a un punto de: tienen que ser tantas. O llegaba a las aplicaciones y me decía que 1500 calorías al día, y yo: pero es muy poquita comida, ni modo con eso, pero todavía tengo hambre y no me sació”*

Gris marcó positivo a que “le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere” y que “siente que está obsesionada o preocupada por lo que come”, ante esto ella comentó:

*“Por la ansiedad sí, por ejemplo me compraba barritas y luego traía que 2 que 3 y estaba comiendo. Y como es de que, no sé, como dejé de hacer ejercicio 3 meses pues era como de que me mantenía ansiosa. Pues haz algo para que te dejes de mantener ansiosa, y era como que comer... mi mamá siempre me dice: que deja las azucares. Pero no puedo, luego me digo: tienes una meta, quieres cumplir tu sueño. Luego sí me lo como, y después me entra la culpa de: ¿porque te comiste eso? En los últimos días llego a mi casa y tengo hambre, y veo que hay comida y me atasco y me siento llena y digo: no me tengo que llenar de puras cosas así, no, tengo que medirlo. O de que la longaniza con huevo y de que yo agarro así a lo salvaje, y yo como de: ¿sabes que está mal comer tanta longaniza porque tiene muchísima grasa? Y de que debes de comer 15 gramos, o sea tú sabes lo que debes de comer, aunque sea proporcionalo. O luego de que trajeron tamales y yo de: ay que rico, uno de mole y uno de dulce, mitad y mitad, luego es mitad y uno entero. Y es como de ¿No que estabas a dieta?*

Por último, contestó afirmativo a que “ha realizado ejercicio para compensar lo que comió” y que “se siente ansiosa o triste cuando un día no hace ejercicio o no entrena”, para clarificarlo ella comentó lo siguiente:

*“Sí de hecho me siento aislada, muy ansiosa muy deprimida, por eso cuando voy al gimnasio digo: tengo que ir, porque como que se acumuló mucho estrés y tengo que ir a liberarlo, tengo que ir a hacerlo, lo tengo que hacer de alguno u otra forma. Porque la última vez que me dio un ataque así de estrés, rompí muchas cosas y las aventaba. Tenía mis juegos de colores y todo lo rompí los aventé, tiré muchas cosas y fue como de que: no puedo volver a hacer que pase esto, ahorita fueron romper cosas, que tal después pasen más cosas pues tengo que aclimatarme. Y si no voy al gimnasio por mucho tiempo es*

*como de: ya no me siento cómoda, tengo que ir, necesito ir. Primero fue verlo como de: me va a hacer delgada. Y ahorita es como de que me metí eso de tienes que hacerlo, porque ya tienes una meta, ¿quieres lograr tu meta y ser una fuertota? Entonces para ser una fuertota tienes que comprometerte, tienes que ir a entrenar y tienes que meterle. A parte te ayuda a sentirte bien contigo misma, eso te hace sentir relajada y hay más beneficios: lastimo mis músculos y hago un beneficio a mi cuerpo en vez de andar lastimando a la gente o haciendo cualquier otra cosa”*

**Evaluación bioquímica y antropométrica:** Al momento de la primera consulta, Gris reportó que pesaba 73 kg, medía 1.65 m y su IMC era de 26.61 kg/m<sup>2</sup>. Su historial de peso incluía ciclos de ganancia y pérdida de peso. El peso máximo que tuvo en su vida adulta fue 79 kg y el peso mínimo fue 70 kg, mencionó que no tenía algún peso habitual, pues subía y bajaba de peso constantemente. Gris comentó que desde que era una niña había tenido cuerpo grande y había intentado perder peso. Al no lograrlo cambió de objetivo y en ese momento quería un cuerpo grande generando masa muscular. Ahora su objetivo era ser fisicoculturista.

**Antecedentes relacionados con la nutrición y la actividad física:** Gris tuvo múltiples intentos para modificar su cuerpo. A los 18 años fue con un nutriólogo con el que trabajó con un plan de alimentación para pérdida de peso, pero comentó que no se sentía cómoda porque la hacían comer tortillas, pasta y pan (ella pensaba que era demasiado), bajó a 71 kg y aumentó masa muscular, se le hizo difícil porque solamente estaba esperando a su “día libre” para comer todo lo que se le restringía. Lo llevó por 2 meses y dejó de seguirlo. Iba al gimnasio 5 días a la semana por 1 hora y media, pero lo dejó de hacer porque se desesperó. Por su parte, había dejado de comer alimentos con carbohidratos y grasas con la intención de perder peso.

### **7.1.3. Diagnóstico nutricional**

Patrón de alimentación desordenado relacionado con maltrato por pares en su familia evidenciado con el deseo de modificar su cuerpo, prácticas restrictivas y compensatorias, preocupación excesiva por la imagen corporal, atracones intercalados con restricción de alimentos, ejercicio excesivo como conducta compensatoria y ciclos de ganancia y pérdida de peso.

#### 7.1.4. Intervención y monitoreo

Con lo que se describió anteriormente, a Gris no le convenía seguir trabajando con un plan de alimentación restrictivo. Como ella misma mencionó, el prohibirse alimentos incrementaba su ansiedad hacia ellos. Al trabajar nuevamente de esta forma se estaría atentando contra su bienestar. Además, estas dietas restrictivas no solamente estaban teniendo un efecto negativo en su salud mental, si no también en su salud física. El ejercicio excesivo lo estaba haciendo con la intención de sentir dolor y estaba presentando ciclos de ganancia y pérdida de peso constantes. Con ella solamente se trabajó una sesión de 60 minutos en la que se pudo obtener información sobre su situación, pero no aceptó trabajar desde un enfoque no centrado en el peso. Por las CAR que presentaba y el intento constante de modificar su cuerpo, la intervención que más le convenía era adoptar AI (E-1.5 Educación nutricia: otros temas relacionados). Al proponerle la forma de trabajo, Gris no estuvo de acuerdo. Con otros pacientes que tampoco aceptaron trabajar, se les preguntaba que ellos qué proponían hacer. Pero la severidad de las CAR que presentaba Gris necesitaban ser intervenidas. Entonces, por medio de la reestructuración cognitiva se intentó buscar que considerara cambiar de opinión.

Se comenzó haciendo un resumen sobre los aspectos negativos que ella había verbalizado de realizar dietas restrictivas. La restricción, la llevaba a tener atracones, sentimientos de culpa y vergüenza. Perdía peso y luego lo recuperaba. Se le preguntó que si ella consideraba que sería diferente esta vez. Ella respondió lo siguiente:

*“Ya le agarré como que el show, ya agarré la onda, estaba viendo videos y vi muchas personas que hacían sus comidas un día, cortaban como que sus pollos o su verdura y todo lo dejaban ya listo y todo pesado, todo separado así. La carne que sus 90 gramos de tal día, los 60 gramos de tal día, o los 70 de esto, los 70 de eso y todo ya lo tienen separado nada más para cocer. Y mientras veía eso me decía: ah! Entonces era eso lo que me falló, no tenía organización para preparar mis comidas. Porque yo hacía, todo lo cocía, y ya cuando lo comía estaba todo seco, todo pastoso y decía: ya no me gusta, ya no se me antoja. Es que también eran muchas verduras, ya no sabía que más meterle, solo me gustan 3”*

La acción que Gris tenía en mente era demasiado perfeccionista, lo que la podría llevar a la obsesión y por sus antecedentes sería contraproducente. Pero, antes de abordar eso, se indagó más en las CAR ya que en ese momento presentaba 10, y en el cuestionario que respondió con el nutriólogo tenía 7. Habían aumentado, las conductas fueron incomodidad con su musculatura, sentimientos negativos al contar calorías y al pesar o medir macros y los atracones. Esto se le mencionó y al preguntarle su opinión Gris dijo que no recordaba eso.

Por medio de la educación nutricia se informó sobre las causas y consecuencias de cambios en el peso corporal, efectos de los ciclos de ganancia y pérdida de peso, efectos negativos de las dietas restrictivas y efectos y causas de los atracones. Al preguntarle si esto aplicaba a su situación ella respondió:

*“tienes razón, super sí me pasa”*

Ella identificaba que tenía un problema con su percepción corporal y con los alimentos, pues mencionó que siempre quiso ser más delgada y como no lo logro ahora quería que su cuerpo fuera más grande. Nuevamente por medio de la reestructuración cognitiva la nutrióloga trató de empatar agendas. Pero ella respondió lo siguiente:

*“La gente que entrena y se dedica al fisicoculturismo ya tiene sus cosas medidas, agarra un día y corta todo, mide todo y lo dejan separado para nada mas cocerlo, ya no es como que tengan que pensarle tanto, nada más es agarrarlo, meterlo al sartén y ya lo tienes”*

Se hizo un reflejo amplificado con lo que comentó y Gris respondió de la siguiente manera:

*“Yo me digo: aquí esta tu comida y solo tienes que comer esto, no puedes hacer más. Y está mi otro lado que me dice: no, si puedes, date otro, sí puedes, te mereces un gustito, estás haciendo todo tu esfuerzo. Y el otro lado es como que: no, estamos por algo, vamos por algo y estamos trabajando en algo, sabes lo que ha pasado toda tu familia con sus problemas de salud, ¿quieres eso?, entonces o te aplacas o nos jodemos. Y pues ya digo: ok, nos aplacamos, solo por hoy y es que estoy intentando que el lado que está más comprometido*

*intente dominar más que el lado que es más percibido (...) sí podemos con el plan alimenticio, estoy bien, sí puedo”*

Gris tuvo sus propias razones para seguir en la búsqueda del cuerpo perfecto, pero lo que ella estaba pidiendo iba en contra de la ética que tiene la nutrióloga que la atendió por lo que se le comentó esto y se pidió esperar un correo para informarle de qué manera seguir trabajando.

#### RC-1.5 Referir a otro profesional de la salud: profesional de la salud mental

Por lo que Gris comentó en la evaluación de las CAR, daba la impresión de que ella sentía que modificando su cuerpo iba a solucionar todos sus problemas. Pero eso solo era una fantasía porque cuando lograba modificarlo seguía sintiéndose igual. La prioridad de ella era atender sus necesidades de salud mental, por lo que se le envió el siguiente correo:

*Estimada Gris:*

*Espero que hayas tenido unas excelentes vacaciones y un buen inicio de año.*

*Te escribo porque quedé contigo de platicar con mi equipo de trabajo para ver la posibilidad de que un nutriólogo enfocado en nutrición deportiva te pueda atender.*

*El objetivo de este consultorio de nutrición es contribuir en la salud de las personas promoviendo hábitos alimenticios saludables y actividad física desde el autocuidado, procurando siempre su bienestar físico y mental.*

*Como te comenté en la sesión que tuvimos, presentas conductas alimentarias de riesgo que se podrían intensificar al someterte a una dieta restrictiva lo que va en contra de nuestra filosofía de trabajo. Esto ya te ha ocurrido antes pues luego de múltiples intentos de seguir dietas se incrementó el miedo a contar calorías y macros, compensar lo que comías con el ejercicio y el miedo a algunos alimentos. La evidencia científica y nuestra experiencia en los consultorios nos*

*indican que esto le ocurre a muchas personas y reforzarlo con más planes de alimentación va en contra de su salud y bienestar. El equipo y los responsables del proyecto coinciden en que proporcionarte un plan de alimentación con el objetivo de modificar tu cuerpo sería perjudicial para ti. Considero que en este momento la prioridad en tu atención podría ser otra que no se resolvería en el consultorio de nutrición. Con esto no quiero decir que se te está negando el servicio, pues si en algún momento decides acudir de nuevo, con gusto te podemos atender y continuar con lo que te comenté en la primer sesión.*

*Te mando un abrazo y quedo al pendiente.*

Otros caos que no fueron documentados pero que conviene que se dé un resumen de su situación. La persona 061 presentaba 8 CAR y al momento que acudió a solicitar la atención estaba consumiendo 700 kcal al día y hacía 2 horas en el gimnasio, como ya no podía seguir perdiendo peso buscó la ayuda, le convenía abandonar su deseo de modificar su cuerpo. La persona 066 tenía 5 CAR y varios intentos de pérdida de peso, no aceptó porque ella quería perder peso para verse bien en su graduación (motivo por el que muchas personas acuden al nutriólogo para perder una cantidad grande peso para una ocasión especial, pero después se recupera ese peso).

#### **7.1.5 Propuesta de seguimiento**

El primer paso, fue sugerir a Gris que le convenía tomar atención psicológica, pues con lo que comentó su insatisfacción corporal no se iban a poder solucionar en el consultorio de nutrición. Además, como se vio con otros pacientes, ir de la mano con un psicólogo y con la nutrióloga sería de gran ayuda en este caso.

Una vez asegurado que Gris tuviera la atención psicológica necesaria y que dentro de la terapia estuviera trabajando su insatisfacción corporal, ahora sí con la nutrióloga podría comenzar trabajando con la mentalidad de la dieta. Esto debido a que había hecho varias dietas restrictivas y esto la había conducido a tener acciones muy arraigadas con la cultura de la dieta. Estas acciones eran contar calorías, catalogar



alimentos como buenos o malos, hacer ejercicio para compensar lo que comía, saltarse comidas cuando sentía que había comido mucho, culpa al comer y no sentirse merecedora de la comida.

El siguiente paso hubiera sido cultivar autocompasión, mejorar su diálogo interno y la reformulación de pensamientos. Esto debido a que la nutrióloga identificó que tenía rasgos de presentar una actitud perfeccionista, lo que la llevaba a ponerse metas muy rígidas en torno a su alimentación y la AF, si no las cumplía solía regañarse o hablarse mal. Junto con su terapia psicológica y la incorporación de prácticas de atención plena la hubieran ayudado mucho.

El siguiente paso sería trabajar con el impacto de los comentarios de otras personas. Gris verbalizó varias veces que su familia hacía comentarios ofensivos en torno a su cuerpo y su alimentación, por lo que hubiera sido importante darle herramientas para ya no permitirlo o al menos que le no le afectara demasiado.

El siguiente paso sería formar un patrón de alimentación estructurado y que pudiera alimentarse de forma placentera. Ya que tenía periodos de restricción y atracón, así como normas alimentarias estrictas. Esto con la ayuda de la EHyS, BC, Alimentos prohibidos, el entrono en el que comes y horarios de comidas.

Después se pudo trabajar con las herramientas de hacer demasiado ejercicio, beneficios de la actividad física y descubre actividades físicas que disfrutes. Esto con la intención de que ya no lastimara a su cuerpo con el ejercicio, sino que lo viera como una forma de tener salud y bienestar tanto físico como mental.

Por último, se propondría trabajar con MPS, para que viera a la nutrición de una manera más amble y le diera a su cuerpo lo que necesitaba.

## 7.2 Inseguridad alimentaria

Hubo una persona a la que le convenía trabajar bajo este enfoque, sin embargo, en el momento que acudió a consulta presentaba inseguridad alimentaria ya que había días que, aunque sentía hambre, no comía porque no tenía recursos económicos. Por lo que se creó ese grupo.

### 7.2.1 Presentación del caso

Ruth era una mujer de 27 años, soltera, vivía con sus roomies, era estudiante universitaria y trabajaba. El encuentro fue presencial. Aceptó que las sesiones fueran grabadas por medio del consentimiento informado. Ella comentó como motivo de consulta lo siguiente:

*“Quiero recibir asesoría sobre los alimentos que puedo incluir en mi dieta, pues considero que es deficiente y eso ha propiciado que pierda peso”*

### 7.2.2. Evaluación del estado de salud y nutrición de la persona:

**Elementos previos a la consulta:** Ruth contestó el CPC en el que reportó que no fumaba y no consumía bebidas alcohólicas. Su AF en su ocupación principal y en su tiempo libre era muy ligera. Presentaba problemas para dormir (sentía que no recuperaba su energía) y regularmente dormía 4 horas. No reportó ninguna enfermedad. Marcó que sí a 6 de 15 conductas alimentarias de riesgo.

**Al momento de la consulta:** Ruth negó presentar alguna enfermedad metabólica o relacionada con la nutrición diagnosticada y no tenía estudios bioquímicos que demostraran lo contrario. Además, comentó que iba al psicólogo. Ruth se veía aletargada, su mirada era fija, al hacerle preguntas contestaba cosas que no correspondían a la pregunta, y bostezaba entre cada frase (la nutrióloga identificó que podrían ser signos de desnutrición y/o anemia). Presentaba 6 conductas relacionadas con un patrón de alimentación desordenado que se abordaron en la sesión, como se indica a continuación:

Ruth marcó positivo a que “Se siente nerviosa o mal cuando se pesa o mide”, “Siente vergüenza por su peso o por el tamaño de su cuerpo”, “Se siente incómoda o insegura con su musculatura”, “Sin tener hambre, come muchísimo en poco tiempo (menos de

2 horas)”, “En los últimos 3 meses ha perdido más de 7 kg de peso” y que “Se siente ansiosa o triste cuando un día no hace ejercicio o no entrena”. Ella clarificó todas las conductas con lo siguiente:

*“Si, es que no me gusta mucho, pero, bueno siempre he sido muy delgada y no me molesta como ser delgada, pero me gustaría como no ser tan delgada o algo así. Entonces cuando, hubo un tiempo, al inicio de la carrera, bueno... es que yo estaba viviendo con el que es mi novio y pues comía bien y como al él le gusta hacer ejercicio pues me metí al gimnasio y me sentía bien. Bueno me sentía bien, o sea, fue algo que encontré que me ayudara en ese aspecto, como que me respalde mucho en esa parte, de por sí me gusta mucho hacer ejercicio... Ahí en su casa mi alimentación sí era buena, sus abuelos eran los que se encargaban de la casa y todo, pues siempre había comida y así. Entonces yo siento que mi alimentación era buena y este, yo vi una mejoría.... Después hubo problemas en mi familia y me fui a vivir con mi papá. Ahí era muy diferente la alimentación, comía más verdura, pero solo una ración, no voy a decir fuerte porque siento que no era fuerte, pero solo una vez al día y para mi demanda energética era muy poco... tuve que buscar estrategias... ahí sufrí mucho esa parte, esa transición porque no me llenaba. Como me venía desde Naucalpan hasta acá, como que era más lo que gastaba de energía que de lo que comía y de ahí empecé a bajar mucho de peso otra vez. O sea, lo que subí otra vez volví a bajar mucho de peso, y no me veía mal o sea yo decía: pues soy así. Aunque si me provocaba sensaciones, pero me provoca más el hecho de transiciones en el que encuentras algo bueno y luego ya no lo tienes. Y luego dije: no puedo estar así, aquí no como bien. Quise buscar algo de independencia y me vine a vivir ahora cerca de la UAM, pero para eso me tuve que meter a trabajar porque como no me ayudan con nada, yo solita, todo, todo, todo lo solvento. Pero de ahí ahora no sé si fue bueno o malo porque ahora mi alimentación es peor, o sea con mi papá, te digo, no era mala pero aquí creo que ya es peor porque a veces no desayuno, a veces por las presiones del trabajo y así, este...*

*no sé no me he podido equilibrar bien con mi alimentación y no sé qué comer, es siento que es lo que me hace estar muy delgada. Últimamente como que he dejado de usar así pantalones pegados porque me da pena, pero todo mundo me dice: es que tienes el cuerpo muy bonito, eres muy delgada. Pero siento que a veces esa parte es a lo mejor como que no estoy bien porque a lo mejor no estoy como yo quisiera, no sé cómo explicarlo, entre mis manos ya vi que puedo hacer una mejora, pero ahorita como que no puedo hacerlo... me quedaba con hambre, me sentía muy mal, decía: es que me da hambre, que más me compro, me compraba ,mis pechugas, me hacía mi arroz... antes comíamos bien y cuando ya sentí esa sensación de hambre y ahora estoy aquí y ya no me da hambre, me lleno muy rápido, me da asco (...) no meda hambre, siento que si por ansiedad.. bueno... también por el dinero, porque si me malpaso... se también que si te malpasas, pues también te puede hacer daño”*

**Evaluación bioquímica y antropométrica:** Al momento de la primera consulta, Ruth reportó que pesaba 55 kg, medía 1.64 m y su IMC era de 20.45 kg/m<sup>2</sup>. Su historial de peso incluía ciclos de ganancia y pérdida de peso. El peso máximo que tuvo en su vida adulta fue 66 kg y el peso mínimo fue 50 kg, su peso habitual era de 60.

**Antecedentes relacionados con la nutrición y la actividad física:** No había tenido experiencias con otros nutriólogos, sólo fue una vez, pero ya no le dieron seguimiento. comentó que en los últimos 3 meses había perdido aproximadamente 5 kg. Cuando era pequeña vomitaba la comida para no ganar peso, pero en este momento ya no.

Se realizó una dieta habitual para identificar si su alimentación tenía que ver con la pérdida de peso. Al hacer esto, ella comentaba que no se llenaba con lo que comía. Al preguntarle si había alguna razón, ella comentó que no le alcanzaba para otra cosa. Los resultados de la dieta habitual fueron:

- 08:40: 1 plátano
- 11: 00: arroz con guisado, compra un plátano (mencionó que no se llena, el plátano es lo único que le quita el hambre).
- 5:00: comida corrida, arroz, guisado (pechuga con verduras), sopa aguada, 4 tortillas

- 11:00: fruta o 1 atún

### **7.2.3. Diagnóstico nutricional**

NB-3.2 Acceso limitado a alimentos relacionado con falta de recursos económicos para adquirir una alimentación suficiente en cantidad evidenciado por pérdida de 5 kg en los últimos meses, preocupación excesiva por su alimentación, y posibles signos de desnutrición.

### **7.2.4. Intervención y monitoreo**

A Ruth no le convenía trabajar con un plan nutricional, ni tampoco enfocarse en el peso, por la preocupación económica que estaba teniendo en la actualidad. Aunado a esto, cuando era más pequeña tuvo conductas compensatorias (provocarse el vómito y dejar de comer) para no ganar peso. Después estuvo intentando subir de peso y no lo logró. Estos eventos la llevaron a presentar ciclos de ganancia y pérdida de peso. Con ella solamente se trabajó una sesión de 60 minutos en la que se pudo obtener información sobre su situación, pero ya no regresó a la siguiente consulta. Por las CAR que presentaba, su situación económica y el intento constante de subir de peso, la intervención se centraría en adoptar AI (E-1.5 Educación nutricional: otros temas relacionados), ella estuvo de acuerdo con trabajar desde un enfoque no centrado en el peso, pero aquí la cuestión sería ¿Cómo iba a seguir sus señales de hambre y saciedad, si su estilo de vida y su economía no era óptima? Más adelante se presenta una propuesta de intervención.

### E-1.4 Educación nutricional: relación de la nutrición con la salud/enfermedad y C-2.8 Reestructuración cognitiva

Consulta 1: Debido a lo descrito con anterioridad, se informó a Ruth sobre los cambios en el peso corporal. Además, debido a que estaba asistiendo al gimnasio y que se sentía débil por no comer lo suficiente, se le informó sobre las condiciones que se requieren para realizar AF. En ese momento, su consumo de energía era deficiente, por lo que se le sugirió dejar de ir al gimnasio en lo que encontraba estabilidad. Ante esto, Ruth se redujo a responder:

*“Todas estas sensaciones se me van ir quitando, ¿no?, el sueño, la distracción”*

Su respuesta demostró que no estaba prestando atención a lo que se estaba hablando.

#### E-1.5 Educación nutricia (modificaciones recomendadas) y C-2.2 Establecimiento de metas: El uso de “mi plato saludable”

Consulta 1: Con ella no se comenzó con la EHyS, lo prioritario era que garantizara comer, por lo que se comenzó a trabajar con “MPS” para que en cada una de sus comidas pudiera implementarlo. Al preguntarle si había entendido la dinámica, ella contestó:

*“no, azúcar no como”*

Su respuesta demostró que no estaba prestando atención a lo que se estaba hablando.

#### **7.2.5 Propuesta de seguimiento**

La meta final de la AI es que las personas se alimenten respondiendo a sus señales de hambre y saciedad. Para lograr esto se pide a los pacientes que puedan hacer elecciones de alimentos que proporcionen saciedad y satisfacción. Por lo que es indispensable que se tenga disponibilidad y sobre todo acceso a estos alimentos. El caso de Ruth fue complejo porque no contaba con los recursos necesarios para poder guiarse desde la intercepción. Esto podría dar indicios de que la AI es un privilegio. Pero ¿es así?

Si Ruth hubiera regresado a la segunda sesión, lo prioritario a trabajar con ella era E-1.2 Educación nutricional: modificación de prioridades, ya que en ese momento tenía distintas actividades diarias por atender. Uno era su situación económica, otra era su situación como estudiante, su alimentación, su salud mental, actividad física, actividades personales (labores del hogar, etc). En el que se le pudo apoyar a discutir otra fuente de recursos económicos. Pareciera que en ese momento tampoco le estaba yendo bien en la universidad, ¿qué tan prioritario sería para ella seguir estudiando o ponerlo en pausa?, discutir qué tan conveniente sería seguir haciendo actividad física, buscar más horas de sueño, etc. El acompañamiento de la nutrióloga lo tendría, pero ella sería la única experta en su situación y tendría que elegir sus prioridades, porque en ese momento estaba haciendo muchas cosas que no la permitían enfocarse en algo. Una vez que ella eligiera que hacer con los recursos que

tenga, el trabajo de la nutrióloga sería asegurarse que sus decisiones no vayan en contra de su salud físico y mental.

Lo que seguiría se dividiría en 3 etapas:

1.- Proporcionar estructura: una vez que haya definido sus prioridades se buscaría que tenga estructura tanto en su vida como en la alimentación. Por medio de la implementación de ND-1.3 horarios de las comidas, garantizar que tenga por lo menos 3 comidas completas al día. Esta era la segunda prioridad, que comiera lo suficiente.

2.- Buscar el mejor uso a sus recursos disponibles: Al lograr que Ruth esté comiendo lo suficiente el siguiente paso sería apoyarla a buscar más opciones de alimentos saludables de menor costo. Por ejemplo, si las frutas, verduras y alimentos de origen animal son demasiado costosos, las leguminosas serían una opción que proporcionen fuentes similares de fibra, proteína e hidratos de carbono, pero a un costo menor y además dan saciedad y no tienen mal sabor.

3.- Trabajar con hambre y saciedad: Aunque Ruth presentaba CAR que requerían la intervención para la adopción de la AI, en ese momento no eran prioritarios. Una vez que ella pudiera tener acceso a alimentos se podría trabajar en la intercepción de los alimentos porque ella mencionó que sí tenía hambre, lo que indicaba que no se había desinhibido de sus señales de hambre y saciedad. Además, tenía atracones cuando había alimentos, pero esta era una respuesta ante la escasez que estaba teniendo, aunque perdió peso. Después se podría comenzar a trabajar con MPS.

### 7.3 Expectativa de aumento de peso

Este grupo lo conformaron 4 mujeres con “Expectativa de aumento de peso”, presentaban delgadez constitucional y habían tenido varios intentos de aumento de peso. Lo que las había llevado a siempre comer más de lo que necesitaban ignorando sus señales de saciedad. Presentaban entre 4 y 11 CAR respectivamente, sobre todo indicaban preocupación por la imagen corporal.

#### 7.3.1 Presentación del caso

Lupita era una mujer de 25 años, soltera, vivía con sus padres y era estudiante universitaria. El encuentro fue presencial. Aceptó que las sesiones fueran grabadas por medio del consentimiento informado. Ella comentó como motivo de consulta lo siguiente:

*“El motivo por el cual me gustaría acudir a consulta es para mejorar mi alimentación, aumentar masa muscular ya que se me dificulta y quiero subir de peso”*

#### 7.3.2. Evaluación del estado de salud y nutrición de la persona:

**Elementos previos a la consulta:** Lupita contestó el CPC en el que reportó que no fumaba y no consumía bebidas alcohólicas. Su AF en su ocupación principal era muy ligera y en su tiempo libre era activa. Presentaba problemas para dormir (insomnio) y regularmente dormía 5 horas. Reportó que padecía asma y rinitis. Marcó que sí a 7 de 15 conductas alimentarias de riesgo.

**Al momento de la consulta:** Lupita comentó que padecía asma y rinitis. Negó presentar alguna enfermedad metabólica o relacionada con la nutrición diagnosticada y no tenía estudios bioquímicos que demostraran lo contrario. Además, comentó que iba al psicólogo y al psiquiatra para tratar su ansiedad, y estaba tomando clonazepam. Presentaba 7 conductas relacionadas con un patrón de alimentación desordenado que se abordaron en la sesión, como se indica a continuación:

Lupita marcó positivo a que “se siente nerviosa o mal cuando se pesa o mide” y lo clarificó con lo siguiente:

*“Lo que pasa es que... no sé, cuando iba a mis consultas sí me ponía como nerviosa porque era como de: a lo mejor ya bajé de peso y todo*



*mi progreso ya se fue a la basura. Así como que luego luego empezaba a tener pensamientos como que negativos... me daba estrés por si me fue bien o me fue mal. Porque me hace sentir como: ay Lupita, todo por tu depresión, todo por tu ansiedad, mira ve ni estás progresando..."*

También contestó que sí a que "se siente incómoda o insegura con su musculatura" y que "se siente ansiosa o triste cuando un día no hace ejercicio o no entrena", ante esto comentó lo siguiente:

*"Sí, lo que pasa es que a mí me gusta mucho ir al gimnasio, me gusta ir a entrenar y todo porque de cierta manera eso también me ayuda con mi ansiedad y también me hace sentir más segura de mí. Pero cuando dejo de ir al gimnasio como que si me hace sentir como muy culpable conmigo de decir: es que así nunca vas a progresar y o sea estás muy flaca. O sea, como que me empiezo a autosabotear... eso hace que a veces no disfrute el ejercicio y que nada más lo vea por obligación"*

Otras conductas que marcó positivas fueron que "contar calorías o macros o medir o pesar la comida la hace sentir mal", "le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere", y que se "siente que está obsesionado o preocupado por lo que come". Estas las clarificó con lo siguiente:

*"Es que... cuando antes, siento que llevaba una mala relación con la comida, o sea, como hace un año, o sea yo era muy... desde que estuve en esta relación como que cambió un poco mi alimentación, este... hace como 2 años si tenía una mala relación con la comida porque era como, no podía comer galletas porque me hacía sentir mal conmigo misma y desde que empecé la relación, como que esta persona era: te traje esto son galletas. Y como que me empecé a llevar mejor con la comida y ya no me hacía sentir mal comerme unas galletas, porque aparte yo le preguntaba a mi nutriólogo, le decía: es que luego me siento mal cuando como esto o lo otro. Y él me decía como: no Lupita, no te sientas mal porque aparte estás, queremos que subas de peso y no tienes por qué satanizarlo, si te lo quieres comer,*

*cómetelo, no pasa nada, no te digo que comas galletas todos los días pero si se te antoja algo, unos tacos o así, te los comes, no pasa nada”*

El último inciso que marcó positivo fue que “ha realizado ejercicio para compensar lo que comió”, ante esto ella comentó:

*“Si me como unos tacos ya no pienso que debo compensarlo con el ejercicio, porque por ejemplo, en navidad, o sea sí comí mucho en navidad, pero hasta eso no me sentí mal y antes sí pasaba”*

**Evaluación bioquímica y antropométrica:** Al momento de la primera consulta, Lupita reportó que pesaba 54 kg, medía 1.6 m y su IMC era de 20.32 kg/m<sup>2</sup>. Su historial de peso incluía ciclos de ganancia y pérdida de peso. El peso máximo que tuvo en su vida adulta fue 56 kg y el peso mínimo fue 49 kg, su peso habitual era de 53 kg. Lupita comentó que desde que cumplió 18 años ha sido muy delgada y no ha logrado subir mas de peso.

**Antecedentes relacionados con la nutrición y la actividad física:** Lupita tuvo varios intentos para aumentar de peso, había ido con 3 nutriólogos en su vida. Dejó de asistir porque no se sentía cómoda cuando le restringían alimentos. A los 15 años tuvo una nutrióloga que le decía que los alimentos eran “buenos o malos” y en lugar de subir de peso, bajaba. 6 meses antes de la consulta había ido con un nutriólogo, en un año y medio subió 7 kg, pero por temas económicos dejó de ir, y perdió 3 kg. Además, comentó que cuando tenía ansiedad le dejaba de dar hambre y perdía peso. Cuando dejaba de hacer ejercicio también perdía de peso. Comentó que nunca había sido constante en el gimnasio.

### **7.3.3. Diagnóstico nutricional**

Patrón de alimentación desordenado relacionado con malas experiencias con otros nutriólogos que le daban dietas restrictivas evidenciado con preocupación excesiva por la imagen corporal, miedo a los alimentos, ejercicio excesivo como conducta compensatoria y ciclos de ganancia y pérdida de peso.

### **7.3.4. Intervención y monitoreo**

A Lupita le convenía trabajar desde un enfoque no centrado en el peso. Debido a que había tenido múltiples intentos por querer modificar su cuerpo, lo cual terminaba en

ciclos de ganancia y pérdida de peso. Además de que desarrolló conductas alimentarias de riesgo a partir de estos intentos frustrados, pero ella consideraba que la ansiedad y depresión que padecía eran parte del problema. Otra razón por la cual ya no le convenía trabajar con un plan de alimentación estructurado fue porque nunca había podido llevar una dieta estricta, ya que comentó lo siguiente:

*“me hace sentir muy frustrada”*

Con ella solamente se trabajó una sesión de 60 minutos en la que se pudo obtener información sobre su situación, pero ya no regresó a la siguiente consulta. Por las CAR que presentaba y el intento constante de subir de peso, la intervención se centraría en adoptar AI (E-1.5 Educación nutricia: otros temas relacionados), ella estuvo de acuerdo con trabajar desde un enfoque no centrado en el peso. Más adelante se presenta una propuesta de intervención por si se le hubiera dado continuidad.

#### E-1.4 Educación nutricia: relación de la nutrición con la salud/enfermedad y C-2.8 Reestructuración cognitiva:

Consulta1: Por lo descrito con anterioridad, se informó sobre los cambios en el peso corporal, efectos de ciclos de ganancia y pérdida de peso, efectos de las dietas restrictivas y la importancia del acompañamiento psicológico cuando se presentaban CAR. El tiempo ya se había agotado y no se verificó el entendimiento.

#### **7.3.5 Propuesta de seguimiento**

La intervención que se propone para trabajar con personas que buscaban aumentar de peso, sería la misma que se hizo con personas que buscaban pérdida de peso. Si bien el objetivo es diferente, ambos grupos están encaminados a la búsqueda de modificar su cuerpo derivado de la insatisfacción corporal. Por lo general, las personas que buscaban perder peso ignoraban sus señales de hambre y las personas que buscaban ganar peso ignoraban sus señales de saciedad.

El primer paso hubiera sido trabajar con los alimentos prohibidos junto con BC, pues una de las principales preocupaciones de Lupita era que le tenía miedo a ciertos alimentos. El siguiente paso sería proponer un patrón de alimentación estructurado, esto con la ayuda de la EHYS, el entorno en que comes y horarios de alimentos, debido a que comentó que solía ignorar sus señales de hambre y saciedad. Después

se trabajaría con las desventajas de hacer demasiado ejercicio, beneficios de la actividad física y descubre actividades físicas que disfrutes, esto porque Lupita comentó que iba al gimnasio solo con la intención de formar masa muscular y al no lograrlo se frustraba. Por último, se podría trabajar con MPS para que viera a la nutrición de una manera más amable.

También le convenía trabajar con la mentalidad de la dieta, comer por emociones y la autocompasión. Porque comentó que su ansiedad y depresión estaban ligadas a su forma de alimentarse, pero eso le convenía trabajarlo más con sus terapeutas. Por lo que era de gran ayuda que Lupita ya estuviera atendiendo sus necesidades emocionales con un psiquiatra y un psicólogo, pues eso facilitaría la adopción de la AI.

## 7.4 Hombres

De las 49 personas que se invitó a trabajar bajo este enfoque, solamente 5 eran del sexo masculino. Al ser un enfoque en el que se espera que las personas puedan contar su historia y cómo la cultura de las dietas ha interferido en su deseo de perder peso, se identificó que a los hombres son menos expresivos respecto a sus experiencias, por lo que se decidió que “Hombres” fuera un grupo aparte. Ya que, a pesar de recurrir a la escucha reflexiva, sus respuestas tendían a ser monosilábicas. El caso que se presenta a continuación fue el que más apertura tuvo a hablar de estos temas y presentaba más CAR.

### 7.4.1 Presentación del caso

Fran, era un hombre de 24 años, soltero, vivía con su mamá, era estudiante universitario y trabajaba. La intervención se dio en línea. Aceptó que las sesiones fueran grabadas por medio del consentimiento informado. Él comentó como motivo de consulta lo siguiente:

*“Tener una orientación en cuanto a mi forma de alimentar”*

### 7.4.2. Evaluación del estado de salud y nutrición de la persona:

**Elementos previos a la consulta:** Fran contestó el CPC en el que reportó que no fumaba y consumía bebidas alcohólicas menos de 1 día al mes. Su AF en su ocupación principal era muy ligera y en su tiempo libre era moderada. No presentaba problemas para dormir. No reportó alguna enfermedad. Marcó que sí a 8 de 15 conductas alimentarias de riesgo.

**Al momento de la consulta:** Fran negó presentar alguna enfermedad metabólica o relacionada con la nutrición diagnosticada y no tenía estudios bioquímicos que demostraran lo contrario. Estaba tomando terapia psicológica. Presentaba 8 conductas relacionadas con un patrón de alimentación desordenado que se abordaron en la sesión, como se indica a continuación:

La primera conducta que marcó positiva fue que “se siente nervioso o mal cuando se pesa o se mide”, ante esto el comentó:

*“Más que nada por lo que en su momento llegué a pesar, por ejemplo, justamente hace unas 2 semanas empecé a sacar ropa de mi clóset,*

*ropa que yo esperaba que algún día volviera a usar, entonces siento que hay cierta decepción de por medio, como de que no he logrado volver a tener ese peso y usar esa ropa, eso siento que ha pasado.... hubo un tiempo con la primera nutrióloga que incluso yo estaba a 4 kg de que me mandara con un nutriólogo de deportistas, porque estaba yo ganando mucha masa muscular y entonces digamos que, siempre con ella y con el otro doctor siempre mi masa muscular fue elevada porque estuve haciendo ejercicio mucho tiempo, y pues sí”*

La siguiente que marcó afirmativa fue que “ha comido en secreto o escondiéndose de otras personas”, él lo clarificó con lo siguiente:

*“Por ejemplo, yo la mayoría del tiempo desde que soy adolescente, unos 12 años, pues he vivido prácticamente solo a pesar de que vivo con mi mamá, he... regularme ella trabaja y llega más tarde que yo. Entonces siempre crecí comiendo yo solo, casi nunca comía acompañado entonces a partir de ahí siento que yo generé cierto complejo al comer con otras personas. Entonces me sucede que si como en familia, pues como algo normal y ya después yo solo como un poco más”*

Otra conducta que marcó positiva fue que “sin tener hambre come muchísimo en poco tiempo”, al respecto comentó lo siguiente:

*“Cuando estuve con la primera nutrióloga, ella me decía que regularmente teníamos que comer cada 4 horas, para que el metabolismo trabajara. No recuerdo los términos, entonces yo me quedé mucho con eso, entonces me pasa que quizá, por ejemplo, hoy desayuné café, pan y huevo, a las 11 y luego a las 2 mi compañero de trabajo me dijo que si quería una quesadilla de pollo. Y me comí una de champiñones, una de pollo y una de alambre, pero en sí no tenía hambre, pero fue así de: a pues sí vamos a comer, entonces situaciones así me suceden seguido”*

También marcó que sí a que “le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere” y sobre esto comentó:

*“Hay días en los que como normal y cuatro horas después como algo, trato de seguir eso de las colaciones y las comidas, aunque no diario lo hago pero en medida de lo posible (...) en enero yo empecé a trabajar y digamos, es mi primer trabajo, entonces como tal de todo el año dependo de mí mismo económicamente, entonces emm, empecé a, no sé... salía de fiesta y no sé, pasábamos a cenar unos tacos y a veces yo llegaba a mi casa y me comía unas galletas y empecé a tener como episodios de ese tipo. O sea, comía y aparte algún postre o así, a pesar de que yo sabía que ya no necesitaba comer. O así igual con las cantidades... no sé a veces me comía 8 tacos y decía: bueno me como otros 3 u otros 5. Aunque yo sabía que pues ya estaba... ya me había saciado. Entonces empecé a tener ese tipo de acciones y a partir de este año empecé a fijarme un poco en eso, ya como tal no lo he hecho, pero sí hay días en los que me doy cuenta y como que, pues lo evito, entonces eso también lo he estado trabajando”*

Las siguientes conductas que marcó afirmativas fueron que “la comida controla su vida” y que “siente que está obsesionado o preocupado por lo que come”, ante estas comentó lo siguiente:

*“Desde la primera vez que estuve en tratamiento, eh... si me caía mucho el hecho de: es que en ese tiempo yo era muy disciplinado. Sí era más como si me decía: te puedes comer 4 tortillas en el día. Y yo me las comía en el desayuno, realmente yo ya no comía nada más en la comida o a veces, no sé, si la comida me gustaba bastante, pues decía: en el desayuno no me como esos carbohidratos mejor me los como en la comida. Entonces de todo eso, hay cosas que se me quedaron muy como muy marcadas y hasta la fecha, aunque no estoy llevando un tratamiento ni nada, pasan por mi mente y digo: ay ya me comí esto ahorita, entonces al rato ya no o estoy comiendo esto ahorita pero en la mañana comí casi lo mismo y no está bien. Como que sí tengo mucho esos pensamientos”*

Por último, marcó afirmativo a que “ha realizado ejercicio para compensar lo que comió” y que “se siente ansioso o triste cuando un día no hace ejercicio o no entrena”, esto lo clarificó con lo siguiente:

*“Digamos que... con el primer nutriólogo casi no hacía ejercicio porque me dijo que podía afectar mi crecimiento si empezaba principalmente a cargar pesas. Entonces lo que hacía era caminar, pura caminata y a partir de que cumplí 18 años empecé a hacer mucho ejercicio, al grado de... ir a natación una hora diaria 5 días a la semana y aparte 3 días iba al gimnasio y 3 días a box, aparte de la natación. Y de ahí viene el hecho, como yo dejé de cuidar mi alimentación, pensé que con el ejercicio se iba a compensar eso. Entonces desde ahí empezó la situación de querer hacer ejercicio cuando no como bien”*

**Evaluación bioquímica y antropométrica:** Al momento de la primera consulta, Fran reportó que pesaba 135 kg, medía 1.78 m y su IMC era de 42.61 kg/m<sup>2</sup>. Su historial de peso incluía ciclos de ganancia y pérdida de peso. El peso máximo que tuvo en su vida adulta fue 145 kg y el peso mínimo fue 105 kg (peso calculado por la cantidad de peso que reportó haber ganado y perdido). Fran comentó que desde pequeño había tenido un cuerpo grande, pero por cada dieta que había hecho, había ganado más peso.

**Antecedentes relacionados con la nutrición y la actividad física:** Fran tuvo múltiples intentos de pérdida de peso que había sido acompañados por profesionales de la salud y por intentos propios. A los 15 años fue con un nutriólogo, con el que llevó un plan de alimentación restrictivo y en 3 años perdió 30 kg, cuando dejó el plan de alimentación incrementó 40 kg en 2 años. El refirió que tuvo que dejar el plan de alimentación por cambios en su estilo de vida que no le permitían alimentarse como lo estuvo haciendo. A los 22 años fue con un médico bariatra que le dio una dieta sin carbohidratos (bajo la descripción que dio se podía tratar de una dieta cetogénica), bajó 12 kg y dejó el tratamiento en 6 meses, volviendo a recuperar el peso perdido. Por su parte ha restringido tortillas, pan, sopas y frituras para perder peso. Ha incrementado el consumo de jugos verdes para propiciar la pérdida de peso. Realizaba 3 deportes al mismo tiempo (natación, box y pesas) para perder peso y compensar lo que comía.



### 7.4.3. Diagnóstico nutricional

Precaria calidad de vida nutricional relacionada con malas experiencias al implementar dietas restrictivas proporcionadas por profesionales de la salud (nutrióloga y bariatra) evidenciado por ciclos de ganancia y pérdida de peso, insatisfacción corporal, restricción de alimentos alternado con atracones y culpa al no hacer ejercicio.

### 7.4.4. Intervención y monitoreo

A Fran se le propuso trabajar desde un enfoque no centrado en el peso, debido a que a que había tenido experiencias con dietas restrictivas que no podía mantener por mucho tiempo, se asoció con ciclos de ganancia y pérdida de peso y preocupación por la imagen corporal. Con él se trabajó en 2 sesiones de 30 a 60 minutos, cada 2 semanas, en total fue 1 mes. Desde la primera consulta Fran externó que no tenía horarios específicos en su trabajo, entonces pedía que se le atendiera lo más tarde posible. Para la tercera consulta pidió reagendar 2 veces y no se conectó por lo que no terminó el tratamiento. Las sesiones fueron en línea. La intervención se centró en adoptar AI (E-1.5 Educación nutricional: otros temas relacionados). A continuación, se describen las herramientas que fueron utilizadas en cada consulta para lograr el objetivo y más adelante se detallan las intervenciones.

Consulta 1: Debido a lo descrito con anterioridad, Fran era candidato para trabajar desde un enfoque no centrado en el peso, sin embargo; él había pedido la consulta con el objetivo de volver a perder peso con una dieta restrictiva. Por lo que se tuvo que negociar la agenda y se le brindó información que le ayudara a identificar que las dietas restrictivas no habían dado los resultados que él esperaba. Ante esto él comentó:

*“En su momento me sentía muy en control, fui muy apegado como que a la disciplina, ahorita me frustra, en su momento era menor y aun no forjaba el carácter que ahora tengo, pues podía hacerlo y ahora me cuestiono mucho eso”*

Se retomó la experiencia que había tenido con las dietas restrictivas, y se le informó que le sería contraproducente volver a someterse a una, pues se podría incrementar su preocupación por su imagen corporal, alimentación y ejercicio. Después de dialogar para empatar agendas. Fran comentó lo siguiente:

*“Creo que sí es lo que quiero, psicológicamente he estado trabajando esto del peso y lo he comentado en terapia que lo que a mí me interesa es tener ciertos hábitos que los tenga permanentemente. O sea, no como fijarme el objetivo de: quiero bajar de peso para verme bien. Más bien quiero tener buena salud y prevenir enfermedades y algo así. No estoy tan enfocado en un tratamiento para bajar de peso, más bien mejorar los hábitos y prevenir enfermedades”*

En el punto en que Fran y la nutrióloga estaban con la misma agenda, se explicó en lo que consistía el enfoque. Se le preguntó qué tan fácil le sería dejar de lado la expectativa de querer perder peso. Su respuesta fue la siguiente:

*“si lo puedo hacer sin problema (...) si me interesa”*

En esta sesión se obtuvo información sobre su estado de salud y nutrición. Se comenzó trabajando con la herramienta de la EHyS.

Consulta 2: En esta sesión se continuó trabajando con la EHyS, con horarios de comidas y se comenzó a trabajar con MPS.

Consulta 3: No se conectó a la tercera consulta y días después mandó el siguiente correo:

*“Buenas tardes.*

*Primero una disculpa, no puedo conectarme y segundo no llene los platos saludables*

*Entiendo que hay más gente solicitando este valioso servicio y sé que tendré que hacer de nuevo la solicitud.*

*Disculpa por no atender.”*

#### E-1.4 Educación nutricia: relación de la nutrición con la salud/enfermedad y C-2.8

##### Reestructuración cognitiva:

Consulta 1: Una vez que se obtuvo información, se identificó que Fran tenía un patrón de alimentación desordenado derivado de prácticas restrictivas y compensatorias. Obedeciendo al P1 (rechaza la mentalidad de la dieta), le convenía conocer información basada en evidencia sobre lo que le había pasado con las dietas

anteriores. Se informó sobre los efectos de las dietas restrictivas y algunas causas de los atracones, así como los efectos de los ciclos de ganancia y pérdida de peso. La cara de Fran no demostraba ninguna reacción al escuchar la información. Al final se le preguntó que qué era lo que opinaba al respecto y el contesto:

*“estoy de acuerdo”*

### E-1.5 Educación nutricia (modificaciones recomendadas) y C-2.2 Establecimiento de metas: El uso de “MPS”

Consulta 2: Fran mencionó que sería muy poco probable encontrar horarios específicos para comer porque su demanda laboral era exigente en ese momento. Se sugirió entonces, trabajar en ver la composición de sus alimentos. Obedeciendo al P10 de la AI, se comenzó a trabajar con MPS. Se explicó la importancia de incluir los 3 grupos de alimentos sin restringirlos, porque cada uno ejerce ciertas funciones y aporta nutrientes específicos (lo cual se estuvo explicando). Se dio especial énfasis en el grupo de cereales y tubérculos, así como algunas frutas que fueron restringidos en ambos tratamientos que había hecho para perder peso. Se realizaron ejercicios para verificar su comprensión. Fran tenía un amplio conocimiento en cuanto al aporte nutricional y energético de los alimentos (el conteo de calorías era algo que hacía casi de manera automática). Con los ejercicios se identificó que tenía aún muy marcados hábitos que aprendió con los otros nutriólogos como:

- El uso de saborizantes sin calorías.
- Consumo de refrescos sin azúcar o bebidas light.
- Todas las mañanas se tomaba un jugo verde.
- De colaciones comía semillas.
- Si en la mañana comía tortillas, el resto del día trataba de evitarlas (aunque terminaba comiendo más de lo que esperaba)

Se sugirió que, si no podría llevar los horarios, procurara que su plato se viera siguiera la estructura de MPS, se hizo énfasis en que no era una dieta más, y que tratara de seguir sus señales de hambre y saciedad para que fuera identificando de que tamaño sería cada plato.

Al final se le preguntó su opinión sobre esta herramienta y el respondió:

*“me gusta, me agrada”*

E-2.2 Desarrollo de habilidades, ND-1.3 Horarios de las comidas/líquidos y C-2.2 Establecimiento de metas: promoción de la interocepción para el consumo de alimentos

Consulta 1: Se comenzó trabajando con la EHyS, debido a que Fran comentó que llegaba a perder el control sobre lo que comía, comiendo más incluso cuando se sentía satisfecho. Siguiendo lo que indican los P2 y P6, se explicó que se pierde la sensibilidad a las señales de hambre y saciedad después de haberse sometido a varias dietas restrictivas. Por esto se le invitó a trabajar en escuchar nuevamente a sus señales con ayuda de la herramienta EHyS. En esta primera sesión se trabajó en crear su escala. A Fran no le costó identificar sus niveles y en crear su escala. Él identificó que tenía 5 que se muestran a continuación:

1. Tengo un buen de hambre
2. Tengo hambre
3. Estoy bien
4. Comí bien
5. Comí un buen

Se le invitó a hacer un registro de cómo estaba comiendo en los siguientes días sin modificar su alimentación. Además, se le comentó que si durante la marcha consideraba que era necesario modificar su escala, podría hacerlo. Al final, se le preguntó si esta actividad le hacía sentido, a lo que él respondió:

*“Sí, sí me hace sentido porque, siento que generalmente solamente comemos porque tenemos que comer. Pero siento que es importante el hecho de saber cuándo realmente tenemos que comer y cuando solo estamos comiendo por comer y ya”*

Consulta 2: Se comenzó la sesión hablando sobre cómo le había ido al trabajar con su escala. Fran comentó que estuvo llenando formato al final del día, porque su trabajo le impedía llenarlo durante el día. Al preguntarle cómo le había ido solo contestó que “bien” y que no había identificado algo. Al revisar su registro en varias comidas comenzaba a comer en sus niveles máximos de hambre y terminaba en el

5. Por lo que se le invitó a reflexionar sobre qué pasaba cuando comía en sus niveles máximos de hambre y de saciedad. Lo que identificó se describe a continuación.

Cuando comía en su nivel máximo:

- Comía en mayor cantidad y en menor tiempo.
- Comía con desesperación.
- No disfrutaba lo que comía.

Cuando comía en su nivel máximo de saciedad sentía:

- Arrepentimiento.
- Pesadez.

Con lo que describió Fran se asoció a que su alimentación estaba siendo un ciclo de insatisfacción e iba más allá de su saciedad. Debido a esto se le invitó a identificar en qué niveles él se sentía más cómodo al comer. Él identificó que para empezar a comer era el 2 y para terminar de comer era el 4, porque comiendo dentro de estos niveles él se sentía:

- Tranquilo
- Activo
- Con energía

Una vez identificados los beneficios de que comiera en esos niveles (empezar en el 2 y terminar en el 4), se le invitó a trabajar en que todas sus comidas se dieran considerando estos niveles de hambre y saciedad. Por lo que se sugirió ponerse horarios que no solo lo ayudaría a escuchar a sus niveles de hambre y saciedad, si no a disminuir las sobre ingestas que presentaba. Se negoció el poner los horarios, por lo que se indagó en su estilo de vida (era activo de 8am a 8pm, a veces no sabía a qué hora terminaría) para identificar en qué momentos le convenía comer. Fran mencionó que mejor le serviría poner rangos. Estos rangos de horarios fueron: 7:00-8:00, 10:00-12:00, 15:00-16:00, 18:00, 21:00-22:00. Fran comentó que iba a preparar su almuerzo desde casa, y se iba a organizar para poder garantizar todas sus comidas.

Sin embargo, al final, esta meta no era realista, pues Fran comentó que en este momento no le era posible tener horarios de comidas porque en su trabajo había

estado comiendo cuando podía, ya que estaba todo el día ocupado. Al final, no fue una opción tener horarios de comidas, por lo que se le invitó entonces a trabajar con MPS.

#### **7.4.5 Propuesta de seguimiento**

Debido a que Fran ya no continuó el tratamiento, ya no se pudo evaluar su adherencia a sus señales de hambre y saciedad y a MPS, hubiera sido importante monitorear que no lo viera como una dieta con normas y reglas estrictas. El principal obstáculo para que Fran pudiera adoptar la AI, era que tenía otras prioridades en ese momento (su trabajo). Lo que más le convenía en ese momento era que comenzara a trabajar con MI plato saludable, en la siguiente sesión se trabajaría con actividades de autocuidado, después nutrición de emergencia y si en algún momento ya le era posible, retomar la EHyS. Otro tema que le convenía trabajar era la AF, sobre todo la herramienta de hacer demasiado ejercicio. Pues comentó que lo hacía como una actividad compensatoria y no porque lo disfrutara, la sugerencia de trabajo hubiera sido trabajar con el P5 y P9 para lograr que hiciera AF de manera satisfactoria. Algo que él tenía a su favor, es que estaba asistiendo a terapia psicológica, lo que pudo haber facilitado este proceso, por lo que también se pudo haber trabajado con el diálogo interno y autocompasión.

## 7.5 Primera vez con una nutrióloga

En este grupo se encuentran 2 personas que acudieron con la nutrióloga por primera vez. Una de ella había tenido intentos de pérdida de peso por cuenta propia y otra nunca lo habían intentado, pero a ambas les convenía trabajar este enfoque. Fue interesante notar que, aunque era su primera vez en un consultorio de nutrición, no buscaban un plan de alimentación estricto, más bien buscaban alimentarse de la manera “correcta”.

### 7.5.1 Presentación del caso

Rosa, era una mujer de 20 años, vivía en unión libre con su pareja y era estudiante universitaria. Aceptó que las sesiones fueran grabadas por medio del consentimiento informado. Ella comentó como motivo de consulta lo siguiente:

*“Necesito el apoyo de un especialista que me ayude a mejorar mi relación con la comida para poder tener un estilo de vida saludable”*

### 7.5.2. Evaluación del estado de salud y nutrición de la persona

**Elementos previos a la consulta:** Rosa contestó el CPC en el que reportó que no fumaba y que consumía bebidas alcohólicas menos de un día al mes. Su AF en su ocupación principal era moderada y en su tiempo libre era muy activa. No tenía problemas para dormir y dormía regularmente 6 horas al día. No reportó padecer alguna enfermedad. Contestó que sí a 11 de 15 CAR.

**Al momento de la consulta:** Rosa negó padecer alguna enfermedad metabólica o relacionada con la nutrición y no tenía estudios bioquímicos que demostraran lo contrario. Había llevado tratamiento psicológico desde los 6 años de manera interrumpida (por lo general iba 1 año y dejaba de ir 6 meses) y al momento de tomar las sesiones en el consultorio de nutrición, también estaba abordando temas relacionados con su percepción corporal. En terapia identificó que probablemente tuvo anorexia en la secundaria, pero nunca fue diagnosticada ni tratada. Había trabajado en terapia su diálogo interno y la autocompasión. Presentaba 11 conductas relacionadas con un patrón de alimentación desordenado que se abordaron en la sesión, como se indica a continuación:

Al comentarle que sería importante abordar las preguntas que marcó que “sí” en el CPC, ella rápidamente contestó lo siguiente:

*“Yo siento que mi relación con la comida fue buena como hasta por ahí de los 11 o 12 años, yo creo, que es cuando estás ya en los últimos grados de primaria los niños empiezan ya a ser como más agresivos contra las... pues sí contra tu cuerpo y cosas así. Entonces mmm, a partir de esos momentos como que yo me empecé a sentir como atacada (comenzó a llorar) y... se empezó a hacer como muy difícil porque a pesar de que yo trataba de comer bien pues no. O sea seguían haciendo comentarios hacia mi cuerpo y yo me empecé a sentir como mal y fue cuando yo me empecé a percibir hacia mí misma como una persona gorda y como que eso me dolió mucho y a pesar de que era una niña, pues son comentarios que sí te tocan, ¿no? te lastiman. Y en mi familia no lo veía tanto porque son de complexión también gordita entonces pues ahí no, no recibía ningún tipo de comentarios hacia mi cuerpo, pero pues en la escuela sí. Y luego cuando yo empecé a adelgazar pero muy muy feo, o sea empecé como a entrar en la parte de anorexia y cuando estaba como en sexto de primaria me empezaron a dar como signos de anemia entonces yo tenía una descompensación pues muy muy fea pues de la comida, ¿no? y en general. Y en esos momentos eh, familiarmente estábamos viviendo como en un círculo en donde tampoco la alimentación era muy buena. O sea eh, pues sí siento como la presencia como de siempre la coca y alimentos como muy fritos, este... muy grasosos. O sea al final yo no me sentía bien con lo que comía ni la parte en la que lo procesaba mi cuerpo porque eran comidas muy procesadas y este... y bueno eso como que duró hasta primero de secundaria más o menos y en la secundaria eh... empecé a sentirme como un poquito mejor pero me empecé a volver un poco más restrictiva con las comidas entonces, eh... además, ya ves que en las redes sociales ves muchas cosas. Entonces empezó esta parte de querer contar las calorías y hubo un tiempo en que estaba muy mal con ese tema, o sea, todo para mí eran calorías no lo veía como comida, si no como*



*calorías, y esto equivale a esto, esto equivale a esto y durante el día nada más tengo que comer esto. Entonces me empezaba como a generar esto, y siento que hasta la fecha lo hago pero ya no de la manera como antes lo hacía. Una parte de mí sabe lo que estoy comiendo (calorías) pero es como de está bien, o sea... si fue como... o sea es como todo un proceso, que subes y bajas y así y pues entonces hubo un tiempo en el que estuve así y empecé a recuperar peso y además este... como dentro de mi entorno familiar empecé a vivir con mis abuelitos de mi familia paterna, quienes siempre han sido como de: tu come, no pasa nada y así. Además mi abuelita siempre ha tratado de que nosotros comamos muchas verduras. Pero he... yo cuando empezó la pandemia como que me dejó de gustar la carne o sea, la parte de los embutidos y todo esto, porque yo lo sentía muy pesado, como que no me gustaba, me daba asco, y de ahí... un ejemplo de ahí para acá trato de no comer carne, sí la consumo pero no es una elección que yo haría y pues también por eso vine, porque, pues por lo mismo de que sé que casi no me gusta comer ese grupo de alimentos de las carnes y así, sí necesito como algún tipo de compensación para no volver a lo mismo. Entonces como... sí como que los años como fuertes o los que más me marcaron fue como la parte de la primaria y el inicio de la secundaria, y en la pandemia me mantuve con la familia, y mi hermano y yo hacíamos mucho ejercicio y me veía y me sentía bien y siento que hasta la fecha como que a veces es así a veces me siento bien y a veces me siento mal”*

Con esa respuesta ella clarificó que estaba contestando a qué “se siente nerviosa o mal cuando se pesa o mide”, “siente vergüenza por su peso o por el tamaño de su cuerpo”, “cree que está gorda aunque los demás le digan que está delgada”, “se siente incómoda o insegura con su musculatura y con la grasa corporal que tiene”.

También contestó que sí a que “ha comido en secreto o escondiéndose de otras personas”, “le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere”, “usted diría que la comida domina su vida” y que “siente que está obsesionada o preocupada por lo que come”, al respecto ella comentó lo siguiente:

*“siento que un ejemplo, hay semanas por así decirlo, bueno es que esta ya es otra faceta, ¿no? Porque cuando entro a la uni, ves que entro de foránea y así. Entonces trato de tener como un control sobre mis comidas, pero a veces digo, como: no, o sea, o ya estoy comiendo lo suficiente o ya comí de más o no sé son cosas así, o ya comí de noche o ya me pasé de mis comidas, o cosas así. O sea, es algo con lo que siento que no tengo el control de decir... amm... por ejemplo, si desayuno a las 9, a veces no me da hambre y termino desayunando muy tarde, entonces, por consiguiente, me termina dando hambre más tarde y luego me da más. O sea, cuando llego a comer más tarde, ya como más de lo que tendría que comer durante el día, es cuando siento que se me va así y ya no sé qué comí o como lo comí y así”*

Se le pidió que calificara si esta preocupación era porque quería alimentarse de una manera adecuada y saludable o por querer contar calorías como solía hacerlo. Con su respuesta se identificó que “contar calorías, pesar o medir macros la hacen sentir mal”. A continuación, su respuesta:

*“Siento que son ambas, a lo mejor ya no las cuento, pero sí sigo teniendo conscientemente esta parte de: no puedo comer más. Y a veces es también de: no puedo comer menos. Porque mmm, un ejemplo, en la semana procuro que la mayor parte de mis comidas sean con verduras y en la mañana procuro comer avena, huevo, algo más ligero y ya en las tardes algo más pesado, pero luego en las tardes no me da tiempo, entonces llegó a comprar cualquier cosa y digo: chin, es que eso que compré ya está “muy pesado” (al pedirle que clarificara sobre “muy pesado” ella contestó que eran alimentos que le provocaban malestar estomacal, inflamación y que le podían provocar incremento de peso) para mí o siento que voy a subir de peso”*

Por último, marcó como positivo a que “ha realizado ejercicio para compensar lo que comió” y que “se siente ansiosa o triste cuando un día no hace ejercicio o no entrena”, al respecto comentó lo siguiente:

*“siento que eso es por temporadas, se ve a lo mejor un poco más cuando voy al gimnasio de manera continua, porque cuando regularmente suelo ir al gimnasio me da más hambre. Entonces, como es esa pérdida de control de hambre, de decir: o sea con cuánto me voy a llenar o hasta cuanto voy a llegar para poder llenarme del hambre que ahorita traigo. Entonces, si como mucho digo: pues al otro día voy a ir al gimnasio y ya. Y como es una parte que así va pasando día tras día (...) no pues, lo que hice en el gimnasio, ya fue, porque pues ya comí esto y así, a menos que si fui al gimnasio y sacie mi hambre con alimentos saludables, como frutas y verduras o quesito, no siento culpa. Al siguiente día si vuelvo a comer así pues no va a pasar nada, pero si trato de meter otro alimento, que es como más pesado”*

**Evaluación bioquímica y antropométrica:** Al momento de la primera consulta Rosa refirió pesar 62 kg, medía 1.54 m y su IMC era de 26.14 kg/m<sup>2</sup>. Había mantenido este peso en su vida adulta. Desde los 11 años a los 17 años presentó ciclos de ganancia y pérdida de peso, propiciado por restricciones y atracones.

**Antecedentes relacionados con la nutrición y la actividad física:** Rosa no tenía experiencias previas con nutriólogos. Desde los 11 años presentó periodos de restricción y de atracones. Es decir, entre semana no comía alimentos grasosos, dulces, frituras, cereales y los fines de semana comía de todos los alimentos que se restringía en la semana. Desde el 2020 había tratado de dejar de consumir carnes rojas. Había realizado ejercicio con la intención de perder peso.

### **7.5.3. Diagnóstico nutricional**

NM-1.5 Patrón de alimentación desordenado relacionado con maltrato por pares en la educación básica y por la familia, y por el consumo de contenido centrado en la cultura del cuerpo perfecto en las redes sociales evidenciado por preocupación por la imagen corporal, percepción alterada de la imagen corporal, restricción de alimentos alternado con atracones, culpa al comer y al no hacer ejercicio.

#### 7.5.4. Intervención y monitoreo

A Rosa se le propuso trabajar desde un enfoque no centrado en el peso debido a que tenía antecedentes de padecer anorexia en la adolescencia que le trajo secuelas como culpa al comer y al no hacer ejercicio, por lo que un plan de alimentación con equivalentes podría incrementar estas conductas. Con ella se trabajó en 3 sesiones de 30 a 60 minutos cada 2 o 3 semanas. En la última sesión ella quedó de comunicarse para agendar la cuarta consulta, debido a que desconocía sus horarios disponibles, pero ya no agendó y no terminó el tratamiento. Las sesiones fueron presenciales. La intención general fue adoptar AI (E-1.5 Educación nutricia: otros temas relacionados). A continuación se describe a grandes rasgos las herramientas que fueron implementadas en cada consulta y posteriormente las intervenciones.

Consulta 1: Debido a los antecedentes que se han descrito, Rosa era candidata para trabajar bajo AI, pues con un plan de alimentación se podría intensificar las CAR que ya presenta, además ella no buscaba pérdida de peso, como lo comentó a continuación:

*“Más que nada lo que yo busco es algo que me ayude a balancear, o sea que pueda tener como... como decirlo, un plan de comida que me ayude como a sentirme bien, a sentirme con energía sobre todo y que pues yo vaya como manejando la parte de que está bien si como de todo, es más que nada esa parte. Ya si en el camino se va dando como que quiera subir mi masa muscular o cosas así pues a lo mejor ya se irá viendo con la parte de la comida, pero no es algo en lo que yo me quiera enfocar porque sé que si lo hago a lo mejor me voy a presionar más a mí misma”*

Por esto se le propuso no trabajar enfocadas en el peso, si no en el cambio de hábitos centrados en su bienestar de salud físico y mental. Se le explicó en que consiste este enfoque, y no se tuvo que negociar agendas, ya que el no querer ganar peso, en ese momento no era un motivo de preocupación importante. Ante esto ella dijo:

*“Sí, siento que sí está más enfocado en lo que yo quería venir a trabajar porque si siento que si me enfoco en la ganancia o en la pérdida de peso, de antemano ya sabía que era algo que me iba a frustrar. Entonces también por eso quería venir para ver cómo lo*

*manejaban y cómo me podría sentir con eso, entonces con lo que tú me estás diciendo o sea yo siento que es algo con lo que y si podría avanzar, sin presionarme y sin enfrascarse”*

En esta sesión se abordó su historia con la alimentación y el ejercicio. Se comenzó trabajando con la actividad de autocompasión, después con el impacto de comentarios de otras personas y se comenzó a trabajar con el EHyS. Al final de la sesión se le preguntó cómo se había sentido y ella respondió:

*”Me sentí bien, la verdad siento que era algo que necesitaba hablar porque... más que nada también por las fechas que se vienen, a veces tiendo a sentir como más presión así de por la parte de la comida, pero.. pues siento que ya identificando con esta hojita, cómo me siento por ejemplo, ahorita en la cena de navidad que ya se aproxima, ya pues podría poner yo esa parte e identificar un poquito más cómo me siento cuando como”*

Consulta 2: En esta sesión se continuó trabajando con la EHyS, horarios de comidas, alimentos prohibidos y BC.

Consulta 3: Debido a que Rosa había logrado implementar horarios de comidas y BC con sus alimentos prohibidos, se sugirió comenzar a trabajar con “MPS”. Además, se sugirió la implementación de prácticas de atención plena.

#### E-1.4 Educación nutricia: relación de la nutrición con la salud/enfermedad y C-2.8 Reestructuración cognitiva:

Consulta 1: Una vez que se obtuvo información y que se le propuso trabajar este enfoque, se identificó que a Rosa le convenía conocer información específica. Implementando el P1 (Eliminar la mentalidad de dieta) se brindó información basada en evidencia acerca de los mitos que tenía sobre las dietas y el ejercicio. Porque, aunque ya había llevado terapia psicológica enfocada a su percepción corporal y su posible diagnóstico de TCA, ella comentó que requería saber la parte nutricional. Se habló sobre las causas y efectos de las restricciones y los atracones. Se le informó acerca de las propiedades nutricionales de los 3 grupos de alimentos. No hay alimentos buenos ni malos, es decir, que no hay alimentos que la harían subir de peso, ni bajar de peso. Se informó sobre los ciclos de ganancia y pérdida de peso, los

efectos de las dietas restrictivas cuando existen CAR y por último; el comer por emociones. Ante esto no se verificó comprensión, ella se veía interesada y estaba anotando en su libreta lo que se le informaba.

Consulta 2: Se explicó la teoría del *set point*.

#### E-1.5 Educación nutricia (modificaciones recomendadas) y C-2.2 Establecimiento de metas: El uso de “mi plato saludable”

Consulta 3: Rosa había logrado conectar con sus señales de hambre y saciedad, comía 5 veces al día y estaba trabajando en liberarse de sus alimentos prohibidos. El siguiente paso y obedeciendo al P10 (Honra tu salud con nutrición amable) fue comenzar a trabajar con MPS, ella estuvo de acuerdo y comentó lo siguiente:

*“Siento que me ayudaría ahorita que voy a estar de vacaciones porque a veces es más fácil guiarme con mi mamá y de decirle, oye como ves esto... siento que si ahorita lo voy trabajando en mi casa va a ser más fácil seguirlo cuando vuelva”*

Se explicó la estructura de MPS, la importancia de cada grupo de alimentos y sobretodo se prestó atención en cómo podría sustituir las carnes rojas. Se realizaron ejercicios para identificar su comprensión, además se realizó un ejercicio con sus alimentos prohibidos (hamburguesas y boneless), con la consigna de que no era una dieta con normas y obligaciones. Se le explicó que el tamaño del plato sería dependiente del nivel de hambre en que se encontrara. Al terminar ella comentó lo siguiente:

*“Me llama bastante la atención el cómo hacerlo, más que nada ir viendo esta parte (señaló a los grupos de alimentos) porque sí hay muchas ocasiones en las que no los distingo (...) creo que puedo ir trabajando en ello sobre la marcha (...)”*

Se le invitó a realizar esta actividad junto con lo trabajado con anterioridad, es decir; respetando sus horarios de comidas, realizando BC, sin catalogar como alimentos buenos o malos y que tratara de hacerlo la mayoría de las veces. Además se le pidió que realizara un registro de sus comidas y que si encontraba alimentos que no identificara a qué grupo pertenecían que los anotara para ayudarla a identificarlos en la siguiente sesión.

E-2.2 Desarrollo de habilidades, ND-1.3 Horarios de las comidas/líquidos y C-2.2 Establecimiento de metas: promoción de la interocepción para el consumo de alimentos

Consulta 1: Rosa comentó que su principal preocupación era que ahora que era foránea no comía en horarios específicos y cuando comía muy tarde sentía que era mucho más de lo que comía normalmente. Además, comentó que tenía episodios de comer por “atracones”. Ese fue el punto de partida con ella, siguiendo los P2 y P6 (honra tu hambre y siente tu saciedad) se le invitó a trabajar en escuchar nuevamente a sus señales de hambre y saciedad, con la ayuda de la herramienta de EHyS. Durante la sesión se elaboró su escala, a Rosa le resultó fácil describir los extremos, es decir, su nivel máximo de hambre y su nivel máximo de saciedad. El resto de los niveles le fue más complicado, pero por medio de reflejos y de estimular su mente con ejemplos, logró identificar que tenía 5 niveles que se enlistan a continuación:

1. Tengo mucha hambre
2. Me da hambre
3. Estoy satisfecha
4. Aún tengo espacio
5. Estoy muy llena

Se le invitó a hacer un registro de cómo estaba comiendo en los siguientes días sin modificar su alimentación. Además, se le comentó que si durante la marcha consideraba que era necesario modificar su escala, podría hacerlo. Al final se le preguntó si esta actividad de le hacía sentido y ella contestó que lo siguiente:

*“Sí, siento que una, para identificar como también la parte de pues sí... y que al final todo es comida y que pues a lo mejor está bien y así. Y pues sí como para entender en que parte empiezo a comer o sí tengo mucha hambre o cuando siento que es una buena hora para que yo pueda comer”*

Al día en que se llevó a cabo esta sesión se acercaban las vacaciones en su universidad, por lo que se invitó a Rosa a realizar esta actividad en su casa como foránea y en la casa de sus papás. Porque mencionó que la dinámica era diferente:

*“Definitivamente si es muy distinta la dinámica porque en mi casa me preparan mis comidas y aquí yo las hago sola, me siento mejor comiendo con la familia porque me la prepararon y la convivencia, pero siento mejor mi relación con la comida con mi familia que cuando estoy acá”*

Consulta 2: Esta sesión se trabajó sobre los resultados que encontró Rosa al realizar esta actividad. Primero se le preguntó cómo le había ido y ella respondió:

*“Siento que me ayudó a identificar de mejor manera como me sentía porque siento que a veces era muy confuso, así que, sentía que me sentía mal pero no en qué punto, cuando estaba llena y cuando empezaba a comer. Ahorita ya me di cuenta que suele ser muy variable, pero me facilitó ver cómo me sentía, después y durante”*

Con este registro Rosa logró identificar que el ambiente en el que comía era importante, pues comentó que si estaba con su familia se sentía más tranquila comiendo y cuando estaba sola se sentía más culpable al comer. Dependiendo de las circunstancias tenía atracones, pues si estaba muy ocupada y no le daba tiempo de comer, en la oportunidad que tuviera comía con desesperación. También identificó que pasan muchas horas entre comidas y entre más tiempo pasara sin comer, era más probable que tuviera un atracón. Y por ende no tenía tiempos de comidas definidos. Considerando que ella ya había identificado que cuando dejaba periodos prolongados sin comer, era cuando solía comer más de lo que comía normalmente, el siguiente paso fue que Rosa verbalizara lo que sucedía cuando comía en sus niveles máximos de hambre y saciedad (el 1 y el 5). Como ya se había identificado con otras personas que trabajaron en este enfoque, los síntomas suelen ser similares cuando comen con su nivel máximo de hambre o cuando comen en su nivel máximo de saciedad y esto también le ocurrió a Rosa. A continuación, se muestra lo que ella comentó al respecto:

- Perdía el control de lo que comía
- Comía más rápido
- No disfrutaba los alimentos
- Sentía culpa
- Sentía malestar estomacal (sólo en el nivel 5)



El P6 (descubrir el factor de satisfacción) señala que las personas puedan comer obedeciendo a 2 cosas: saciedad y satisfacción. Con lo que describió Rosa se asoció a que su alimentación estaba siendo un ciclo de insatisfacción e iba más allá de su saciedad. Debido a esto se le invitó a identificar en qué niveles ella se sentía más cómoda al comer. Ella identificó que su mejor nivel para empezar a comer era el 2 y para terminar de comer era el 4, porque al comer dentro de ambos niveles ella sentía que:

- Terminaba satisfecha
- Tenía energía
- Comía lo suficiente
- Disfrutaba lo que comió

Una vez identificados los beneficios de comer en esos niveles (empezar en el 2 y terminar en el 4), se le invitó a que todas sus comidas se hicieran considerando estos niveles de hambre y saciedad. Para eso sería importante que las ventanas de tiempo entre comidas ya no fueran muy grandes. Entonces se sugirió que se pusiera horarios de comidas y que pudieran ser cada 3 o 4 horas. Se explicó la lógica de hacer esto, a ella le hizo sentido y comentó lo siguiente:

*“Me ayudaría esa parte de enseñarle a mi cuerpo igual como en qué horarios para que pueda comer lo suficiente, porque también cuando llego a comer como muy poquitas veces igual tengo esa sensación de que no comí lo suficiente, y mi cuerpo a veces lo reciente al siguiente día o en ese mismo periodo de tiempo”*

Para identificar los horarios en los que Rosa podría comer, se hizo un recuento de sus actividades del día y se fue identificando en que horarios podría realizar sus comidas. Los horarios que más se ajustaron fueron: 09:30, 12:00, 15:30, 17:00, 22:00. Se dio la instrucción de que eran propuestas de horarios y que con la práctica, los podría ir modificando según la cantidad de hambre o saciedad que sintiera en cada horario. Prestando atención a elegir alimentos que le dieran saciedad y satisfacción. Para garantizar que pudiera realizar sus comidas, Rosa comentó que haría el super para tener comida disponible. Los desayunos los iba a preparar, en las colaciones tendría fruta y galletas, la comida la compraría, llevaría un snack a la escuela para la comida de las 17:00 horas y en la cena sería lo que compró en el súper.

Rosa mencionó que su psicóloga le dijo que tenía un vínculo emocional con los alimentos, además de que cuando comía menos veces al día, comía en mayor cantidad. Esto último se podría explicar con que dejaba acumular hambre por el tiempo largo que dejaba entre comidas. Entonces, siguiendo los principios 3 y 6 (Hacer las paces con la comida y descubrir el factor de satisfacción) se invitó a Rosa a trabajar la práctica de BC, se le sugirió que en cada comida practicara la actividad (junto con la EHyS) y se dio la explicación de cómo hacerlo. Además, si se presentaba la situación de que estaba en contacto con sus alimentos prohibidos y ella identificaba que los iba a comer sin sentir hambre y por satisfacer una emoción, lo podría hacer haciendo uso de la actividad de BC. Se le explicó de qué manera hacerlo y al final se le preguntó si consideraba que le ayudaría, ella respondió lo siguiente:

*“Es muy buen ejercicio, siento yo, para que también empiece a disfrutar más la parte de la comida y me dé cuenta de que como por comer, o que realmente me gusta... me siento comprometida a poder hacerlo en la medida que pueda”*

Consulta 3: Rosa estuvo realizando sus comidas en los horarios que se habían propuesto y los días que no pudo hacerlo fue porque estaba en periodo de exámenes. Pero logró conectar hambre, saciedad, cuerpo y mente gracias a que lo trabajó junto con la práctica de “BC”. Además, logró por sí sola llegar al objetivo de la actividad “valoración del plato vacío”, sin necesidad de planteárselo. A continuación, lo que describió:

*“A lo mejor no siempre se puede, precisamente con los horarios de comida y o sea, sí estuve bien y luego empezó lo de la semana de exámenes y proyectos y todo eso y fue de que: OK, sé que no voy a poder comer a mis horas pero voy a tratar de comer lo suficiente para que le alcance a mi cuerpo para tener energía. Entonces comía bien hasta llenarme o me sintiera satisfecha sin llegar hasta el extremo y ya si me volvía a dar hambre, ok, sé que no voy a poder comer como quisiera, pero le voy a dar algo a mi cuerpo porque me lo está pidiendo. Entonces era como tratar de llevar eso, junto con todo lo que trabajamos (...) me solía pasar que cuando me malpasaba mucho y venía a la escuela, ya nada más estaba pensando en: ¿ahorita que*

*voy a comer? Y ahorita que traté como de precisamente de cuando tenía hambre comer algo, aunque sea algo pequeño, pero que me ayudara a regresar a mi energía, era como de sí necesito comer, ya no podía dejarlo pasar y decir: a ver ahorita como. Entonces sí me ayudó a identificar esto (...) A pesar de que me pasara esto de que no pudiera comer a la hora eh... cuando lo hacía era de esta forma consciente de, sobre todo con mis comidas fuertes, era como de: ok, estoy sintiendo hambre eh, voy a comer. Y después de 5 minutos decía: ¿cómo me siento?, ¿todavía tengo hambre?, ¿ya me llené? Cuando ya me llenaba era de: ok, ya me llené, lo dejo para al rato, sé que me dará hambre y ya después me lo como. Y si seguía sintiendo hambre pues me lo terminaba de comer, más o menos empecé a ver en qué punto me empezaba a llenar”*

Rosa se vio beneficiada de realizar la práctica de BC en las comidas que tenía oportunidad. A continuación, describió su experiencia:

*“Eso de dejar la mitad, no más bien de llegar a la mitad y ver cómo me siento, me ayudó a entender hasta qué punto estaba como... satisfecha y sin llegar a la parte del nivel 5 de ya no puedo. Entonces siento que a raíz de eso, me ayudó mucho el aprender a entender mi nivel de saciedad y que tanto realmente como y está bien, eso me ayudó a aprender a comer más que nada (...) siento que últimamente he estado como más consciente identificando como me siento cuando como, me ha ayudado mucho como a... ya me llené, o a esto si me gusta o esto no me gusta y cosas de ese tipo”*

Ella logró identificar sus porciones necesarias y a disfrutar lo que estaba comiendo. Se quedó con 5 comidas al día y de esa manera se sentía cómoda y con energía. Se reforzó la idea de que podía modificar sus horarios y de seguir dándole a su cuerpo lo que necesitara acoplándose a la situación que se presentara. Se le invitó a ver a la alimentación como una forma de autocuidado.

#### C-2.8 Reestructuración cognitiva: Alimentos prohibidos

Consulta 1: La nutrióloga identificó en la sesión que Rosa llamaba alimentos “pesados” a los que tienen un alto contenido calórico, grasas, dulces, frituras, cereales

y en común, eran alimentos que ella consideraba que la podrían hacer subir de peso. Generalmente eran los alimentos con los que solía tener atracones, porque los restringía constantemente, específicamente estos eran: pizza, refrescos, tortillas, pan, chocolates, hamburguesas y papas. Pero no se habló del tema hasta la segunda sesión.

Consulta 2: En esta sesión se hizo más evidente que los alimentos “pesados” le causaban mucho ruido. Siguiendo los criterios del P3 (Haz las paces con la comida), se invitó a trabajar con BC, y con la exposición a estos (permiso incondicional para comer). Se explicó la teoría de la restricción dietética, y se invitó a realizar la actividad de BC con estos alimentos. Para que Rosa identificara por ella misma los alimentos que eran prohibidos, se le pidió que contestara la actividad de alimentos prohibidos.

Consulta 3: En esta sesión se comenzó hablando sobre su experiencia al realizar la práctica de BC con los alimentos “pesados”. Ella respondió lo siguiente:

*“Me ayudó mucho lo de los bocados conscientes y lo de los alimentos prohibidos, porque... creo que tenía una noción de cómo me sentía cuando los comía, pero el hecho de escribirlos como que te da más visibilidad de cómo te sientes, que es algo que sueles pensar, pero nunca lo plasmas (...)”*

A continuación, se presentan los grupos de alimentos que evitaba comer o que le desataban atracones, junto con las razones por las cuales eran prohibidos.

- Cereales y tubérculos: trataba de consumirlos con moderación.
- Dulces y postres: cuando los comía por emoción sentía culpa.
- Procesados: no los comía por salud y por miedo a engordar.
- Grasas y comida rica en grasa: son el grupo de alimentos que más culpa le generaban.

Algo que identificó Rosa, fue que estos alimentos tenían mayor carga de culpa cuando los consumía por emociones, esto repercutía en su estado físico y emocional. A continuación, lo explicó:

*“Hablando con mi psicóloga, me hizo entender que cuando como algo sintiendo algo fuerte o negativo, empiezo a relacionar la comida con ese sentimiento en vez de disfrutarlo (...) me sentía incapaz de poder*

*controlar mis ganas de comer algunos de los alimentos prohibidos, es más esa sensación de pues: ¿por qué lo estoy comiendo?”*

Con la actividad también descubrió que los evitaba por dos razones, estas las describió de la siguiente manera:

*“Son 2 partes, siento que yo soy mucho de fijarme como se preparan los alimentos o que contienen. Entonces... hay ciertas cosas que me causan como ruido y es como que... no... siento que tampoco le voy a dar eso a mi cuerpo, no siempre, pero me causa conflicto comer ciertos alimentos, sobre todo si llevan mucha grasa porque sé que me van a hacer daño después porque no son cosas a las que mi cuerpo esté acostumbrado o algo así”*

Rosa comentó que no sabía las consecuencias de prohibirse alimentos, por lo que se le brindó información al respecto y ella comentó lo siguiente:

*“Ya no me pasa tanto desde que empezamos a trabajar esto, pero si era como si a lo mejor estaba en una reunión familiar y había postres o algo así era como de: ay no pero es que ya comí mucho, ¿no? Entonces me llegaba esa sensación de culpa... a lo mejor sí se me antoja, pero... no me lo voy a comer (...) tengo que aprender a canalizar mis emociones para poder comer sin sentir culpa (...) siento que es con el paso del tiempo, sé que no es algo que va a pasar de la noche a la mañana, pero es como esa disposición de intentarlo y de seguir trabajando en eso”*

Se invitó a Rosa a seguir trabajando con la exposición a sus alimentos “pesados” y darse el permiso incondicional de comer si ella así lo deseaba, o si su cuerpo le daba señales de qué era lo que quería comer. Se le pidió que tomara en cuenta sus señales de hambre y saciedad, la práctica de BC y siendo autocompasiva. Ella tenía un diálogo interno trabajado que le ayudaba a no ser tan dura con ella misma, quizá eso le estaba facilitando el proceso.

### C-2.6 Manejo del estrés y C-2.2 Establecimiento de metas: Incorporando prácticas de atención plena

Consulta 3: Considerando que Rosa comentó que solía comer por emociones, se recomendó realizar prácticas de atención plena en esos momentos. Ella mencionó que estas actividades ya las trabajaba con su psicóloga, pero no enfocado en su alimentación, así que se invitó a realizarlo y reforzar que le ayudaría con sus alimentos prohibidos. Ella comentó al respecto lo siguiente:

*“Siento que es como un proceso que tendría que intentar y ver y seguir, siento que así ha sido este proceso desde que he empezado a venir contigo, como de probar y saber cómo me siento y tratar de identificar eso, porque... muchas veces comía por comer, y muchas veces cuando hacía eso y no era un alimento que no me satisfacía”*

No se fijaron metas para incorporar estas prácticas, la nutrióloga dio por hecho que ya tenía una rutina con las prácticas porque las estaba trabajando con su psicóloga. Pero se pudo haber profundizado más al respecto.

### C-2.8 Reestructuración cognitiva y E-2.2 Desarrollo de habilidades: Impacto de los comentarios de otras personas

Consulta 1: Con lo que Rosa comentó de su historia, se notó que los comentarios de las personas tuvieron impacto sobre su percepción corporal y su relación con la comida y el ejercicio. Siguiendo la lógica del P1 y P4 (Rechaza la mentalidad de dieta y desafía a la policía de los alimentos) se explicó la influencia del entorno en la toma de decisiones. Como segundo paso, se invitó a Rosa a examinar sus creencias basadas en redes sociales y su entorno. Al respecto ella comentó lo siguiente:

*“Siento que a veces yo me guiaba mucho por la aprobación de las personas, o sea era como de... no pues si alguien me dice que me veo bien es porque sí me veo bien. O sea, lejos de que yo me sintiera bien era la manera en la que yo me percibía y los demás. Y últimamente es lo que trato de cambiar, y también por eso ya no me enfrasco tanto en las redes sociales, porque lo que uno ve en las redes sociales también te llena la cabeza de muchas cosas y.... pues es lo*

*que he trabajado con la psicóloga, no enfocarme en lo que ven los demás de mí, si no lo que yo digo de mí misma”*

El que ella ya lo estuviera trabajando con su psicóloga era de gran ayuda, así que ya no se aunó más en el tema. En la actualidad las redes sociales han sido un método de comunicación que presenta información masiva sobre el cuerpo perfecto, así que se invitó a Rosa a seguir depurando sus redes sociales de estas cuentas. Ella estuvo de acuerdo.

### C-2.9 Prevención de recaídas: mediante la incorporación de actividades de autocompasión

Consulta 1: Se comenzó con una actividad de autocompasión porque, si bien era algo que Rosa ya había trabajado en terapia, se hizo para que ella se diera cuenta de cómo estas actividades también tienen que ver con su alimentación. Ya había trabajado en su percepción corporal, ella comentó que tenía días buenos y malos, aun así ella lo vinculaba con su relación con la comida. Sobre todo, porque mencionó que sentía culpa al comer ciertos alimentos. Debido a esto, siguiendo el P1 (rechaza la mentalidad de dieta), y por experiencia con consultantes anteriores, convenía ver primero cómo era SU diálogo interno. Pues podía ser contraproducente trabajar bajo este enfoque y que a la vez ella se hablara negativamente cuando no hacía algo “bien”. Se identificó que ella era compasiva con sus seres queridos, pero con ella se le dificultaba serlo. Cuando se le preguntó que qué cambiaría en ella si se hablara como le habla a otra persona, Rosa comenzó a llorar y dijo lo siguiente:

*“A pesar de que yo le diría algo bonito a otra persona, en mí no lo puedo hacer (...) sí lo he pensado y... muchas veces me lo digo pero a veces siento que es más la parte de decir: no está bien (comer más cuando no hace ejercicio), o sea y lo trabajo y te digo, hay veces en las que me convengo a mí misma y me digo: no pasa nada. Pero hay otras ocasiones en las que como que no puedo, no puedo y otras en las que digo que sí puedo.....”*

Aquí fue donde se identificó que tenía una relación entre lo que comía y sus emociones (se trabajó con BC, pero se sugirió que las emociones las tratara con su psicóloga), porque en terapia encontró que de pequeña se “refugiaba” en la comida.

Cuando no tenía el control de alguna situación, era cuando tendía a tener atracones, ella comentó lo siguiente al respecto:

*“Si yo trabajo en terapia y aquí con los alimentos de manera conjunta, siento que es lo que me está haciendo falta al final del día porque a lo mejor parte de lo que veo en terapia, no es algo de.... O sea, se relacionan, pero no al cien por ciento porque hay cosas que se ven en terapia pero que a lo mejor en las que tú me puedes ayudar en la parte de la nutrición (...).”*

Se invitó a ser más amable con ella en este proceso, y que la AI era un proceso de autoconocimiento sin reglas ni normas estrictas. Así como había sido todo un proceso en terapia, también en nutrición se requería de prestar atención, paciencia y práctica. Ella comentó que estaba lista para trabajarlo:

*“Quiero y me merezco estar bien, porque siento que ya es mucho, siento que si en este punto empiezo a lo mejor voy a conseguir a llegar en un punto en el que me pueda sentir bien y voy a seguir con eso y me voy a sentir bien y a lo mejor tenga recaídas, pero yo pueda sentir que puedo (...) trato de decirme a mí misma que sí puedo y que lo puedo lograr.... yo siento que, si lo llego a dejar al inicio, sé que me va a costar mucho, pero si necesito el apoyo porque yo quiero y lo merece mi cuerpo”*

Consulta 2: En esta sesión Rosa comentó que pudo trabajar con las herramientas y la información que se le brindó en este espacio. Además, tuvo 2 sesiones con su psicóloga enfocadas en su relación con su cuerpo y los alimentos. Al juntar ambas cosas, ella logró ver a la alimentación como una forma de autocuidado. Como lo comentó a continuación:

*“Con el trabajo que he tenido con la psicóloga durante las vacaciones igual ha sido como este sentimiento de saber que está bien si como y que si me siento satisfecha está bien porque mi cuerpo lo necesita, entonces es como esa parte de aceptar que coma y que me sienta bien con eso”*



El acompañamiento de la psicóloga fue crucial para que el proceso de Rosa fuera más amable, aunque ella ya no continuó, logró incorporar algunos elementos de la AI.

#### **7.5.5 Propuesta de seguimiento**

Debido a que Rosa ya no continuó el tratamiento, ya no se pudo evaluar su adherencia a MPS, hubiera sido importante monitorear que no lo viera como una dieta con normas y reglas estrictas. Ya no se pudo evaluar si logró mantener las prácticas que se trabajaron (diálogo interno, autocuidado, BC, horarios de comidas, impacto de los comentarios de otras personas, alimentos prohibidos), pero con lo que describió hasta el momento de cada intervención, se pudo identificar que se estaba logrando el objetivo. Este caso demostró que el acompañamiento de una nutrióloga y una psicóloga son fundamentales en el proceso de adopción de la AI.

Otro tema que le convenía trabajar era la AF, pues comentó que lo hacía como una actividad compensatoria y no porque lo disfrutara, la sugerencia de trabajo hubiera sido trabajar con el principio 5 y 9 para lograr que hiciera AF de manera satisfactoria.

## **7.6 Expectativa de pérdida de peso.**

En este grupo se incluyeron a 18 personas que solicitaron consulta nutricional con la intención de perder peso. En su historial de peso, presentaban ciclos de ganancia y pérdida de peso. Habían intentado más de una vez modificar su peso corporal con dietas restrictivas y/o ejercicio excesivo. Con este grupo, la reestructuración cognitiva fue la intervención que más fue necesaria usar. Ya que, resultó difícil que las personas dejaran de buscar pérdida de peso y enfocarse en adopción de la AI. Se identificó que entre más intentos de pérdida de peso habían tenido, más sentido les hacía trabajar la adopción de la AI. El caso que se presenta a continuación es el ejemplo claro de esta situación.

### **7.6.1 Presentación del caso**

Alo, era una mujer de 24 años, soltera, era médico pasante, se mudó a una zona rural del estado de Guerrero para hacer su servicio social. Aceptó que las sesiones fueran grabadas por medio del consentimiento informado. Ella comentó como motivo de consulta lo siguiente:

*“El motivo de la consulta es que quiero bajar de peso, siempre me ha costado muchísimo trabajo bajar de peso y estos últimos años he subido mucho de peso por lo que quiero tener un peso saludable y reducir el riesgo de padecer diabetes o hipertensión arterial por mis antecedentes familiares. Espero poder aprender a tener una relación saludable con la comida y también aprender a aceptar mi cuerpo de alguna manera”*

### **7.6.2. Evaluación del estado de salud y nutrición de la persona**

**Elementos previos a la consulta:** Alo llenó el CPC en el cual reportó que no fumaba y consumía bebidas alcohólicas ocasionalmente. Su AF en su ocupación principal era muy ligera y en su tiempo libre moderada. Le costaba trabajo quedarse dormida y además despertaba cansada. Padecía rinitis alérgica crónica y ninguna enfermedad metabólica ni hormonal. Marcó que sí a 9 de 15 CAR.

**Al momento de la consulta:** Alo negó presentar alguna enfermedad metabólica o relacionada con la nutrición y no tenía estudios bioquímicos que demostraran lo contrario. Presentaba 10 conductas relacionadas con un patrón de alimentación desordenado que se abordaron en la sesión como se indica a continuación:

La primera conducta que marcó positiva fue que “se siente nerviosa o mal cuando se pesa o mide”, ella lo clarificó con lo siguiente:

*“yo ya tenía mucho que no me pesaba, cuando empecé el servicio me pesé en el centro de salud y cuando ví mi peso... no ¡la verdad fue un impacto!, porque pues le digo que yo siempre había pesado 75-77 y cuando me pesé me sorprendí mucho porque nunca había pesado tanto y ahí me di cuenta que me empezó a afectar mucho el pesarme y medirme. Porque aparte cuando era chiquita e iba al doctor algunas veces cuando me pesaban ehh... siempre me decían es que estás muy chaparrita y pesas mucho, estás muy pesada, entonces ahorita cuando me peso sí me pongo muy nerviosa y... siempre estoy pensando: ¡ojalá que pese menos!, ¡ojalá que pese menos!”*

La siguiente conducta fue que “siente vergüenza por su peso o por el tamaño de su cuerpo”, a lo que relató:

*“he notado que en estos últimos meses sí este.. antes no me daba pena, pero estos últimos meses me daba pena cómo se me veía la ropa, este.. cómo me veía yo para otras personas. Incluso empecé a notar que empecé a comprar ropa muy grande para el tamaño que yo tenía”*

Ella identificó que “cree que está gorda aunque los demás digan que está delgada” por lo siguiente:

*“Incluso una vez compré un pantalón, eso ha de tener como 2 meses y yo lo ví uno de mi talla y dije: no me va a quedar. Entonces compré uno mucho más grande, y mi mamá me dijo que no y ya cuando me lo medí y ví que realmente estaba grande para mí me di cuenta de que o sea, yo sí percibo que soy muchísimo más gordita de lo que soy. Empecé a comprar ropa más grande, empecé a utilizar playeras más*

*holgadas, empecé a cambiar incluso la manera en la que me visto...  
no me siento cómoda con mi cuerpo”*

También respondió afirmativamente que “se siente incómoda o insegura con su musculatura” y “que se siente incómoda o insegura con la grasa corporal que tiene”, ante estas conductas Alo clarificó que estas experiencias estaban ligadas a lo mencionado previamente. “Contar calorías o macros o medir o pesar la comida la hace sentir mal”, era un ítem que no había marcado, sin embargo en la sesión se identificó que sí era afirmativo por lo siguiente:

*“al inicio cuando instalé la aplicación para contar calorías me sentía bien, no sentía ansiedad ni nada, pero conforme fue pasando el tiempo me empecé a sentir como... como que sentía que no podía comer nada, había muchas cosas que decía: pues mejor no porque ya me pasé o así. O sea, ahorita que lo menciona siento que tal vez modificó mi relación con la comida porque sí era como: no voy a comer esto. Entonces ahora lo que he notado, más bien ahorita acabo de darme cuenta cada que como algo, pienso como: no sé cuántas calorías tenga y entonces, si me lo como me siento culpable porque sé que a lo mejor tiene muchas calorías y eso no me había pasado antes”*

A Alo “le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere” porque:

*“últimamente he notado que puedo comer algo y estar satisfecha y sigo comiendo, entonces sigo comiendo, haga de cuenta que ya termino y a pesar de estar satisfecha o llena, se me antoja algo y me lo como, entonces siento que como demasiado. Después me siento incómoda de lo llena que estoy y no entiendo porqué sigo comiendo”*

También contestó afirmativamente a que “ha realizado ejercicio para compensar lo que comió” y que “se siente ansiosa o triste cuando un día no hace ejercicio o no entrena”, al respecto comentó:

*“instalé una aplicación para contar las calorías que necesitaba y anotas lo que vas comiendo, yo hacía eso y luego iba a al gimnasio para hacer cierto tiempo o cierta cantidad de ejercicio y decía bueno,*

*eh, cuando lo inicié sí lo hacía bien, pero ya después era como de si ya me comí un dulce o algo así decía: no pues tengo que ir a hacer ejercicio porque si no pues ya me pasé. Pero si no iba es como: ¡ay no! ya no fuí. Y como que me da ansiedad y me culpo de no haber ido pero tampoco voy, o sea solo me quedo ahí sin hacer nada y con culpa”*

**Evaluación bioquímica y antropométrica:** Al momento de la primera sesión Alo medía 1.50 m, pesaba 96 kg y su IMC era de 46.67 kg/m<sup>2</sup>. Su historial de peso incluía ciclos de ganancia y pérdida de peso. En su vida adulta el peso máximo que tuvo fue de 98 kg (peso que tenía al momento de la primera consulta) y el mínimo fue de 75 kg (a los 20 años), el peso que mantuvo por más tiempo (un año) fue de 77 kg. Toda su vida tuvo un cuerpo grande, y ella consideraba que el estrés que le generó su carrera propició el incremento de peso. En la última sesión refirió pesar 93 kg.

**Antecedentes relacionados con la nutrición y la actividad física:** Alo tuvo varios intentos de pérdida de peso. Fue con una nutrióloga del IMSS y le dio un plan de alimentación para pérdida de peso, no pudo seguir con el plan porque no se adecuaba a sus necesidades y se desesperó. Por su cuenta, intentó varias veces modificar su alimentación para perder peso, como dejar de comer papitas, dulces, pan, tortillas, y también se desesperaba y lo dejaba. En varios momentos de su vida hizo AF para perder peso, fue al gimnasio, a nadar y a correr, pero nunca fue constante, al no ver resultados se frustraba y lo dejaba. Instaló una aplicación para contar calorías para perder peso, esta aplicación solamente la hacía sentir culpable sobre lo que comía y no perdió peso.

### **7.6.3. Diagnóstico nutricional**

NM-1.5 Patrón de alimentación desordenado relacionado con experiencias negativas con otros profesionales de la salud evidenciado por preocupación por la imagen corporal, percepción alterada de la imagen corporal, usar aplicación para contar calorías, restricción de alimentos alternado con atracones, culpa al comer y al no hacer ejercicio.

#### 7.6.4. Intervención y monitoreo

A Alo se le propuso trabajar desde un enfoque no centrado en el peso debido a que presentaba preocupación por su imagen corporal, había tenido experiencias con dietas restrictivas que no pudo mantener por mucho tiempo y se asociaron con ciclos de pérdida y ganancia de peso. Con ella se trabajó en 6 sesiones de 30 a 60 minutos cada 2 semanas, en total el tratamiento fue de 3 meses. Las sesiones fueron en línea. La intención general fue adoptar la AI (E-1.5 Educación nutricia: otros temas relacionados), y a continuación se describe a grandes rasgos las herramientas que fueron implementadas en cada consulta.

Consulta 1: Debido a los antecedentes que se han descrito, Alo era candidata para trabajar desde un enfoque no centrado en el peso, a ella no le convenía trabajar con una dieta más pues podría incrementar la severidad de las CAR que presentaba, además después de la información que se le brindó ella mencionó:

*“pues me gustaría más mejorar mi salud y bienestar sin enfocarnos en el peso”*

En esta sesión como primer paso se obtuvo información sobre su estado de salud y nutrición, experiencias previas con dietas restrictivas, historial de peso y se trabajó con la EHYS. Al terminar se le preguntó cómo se sintió, ya que ella tenía la expectativa de pérdida de peso, ella respondió:

*“bien, siento que aprendí mucho, a veces siento que, aunque no... solo con las preguntas que me hiciste sobre mí mientras a veces vas respondiendo, tú te das cuenta de cómo... de varias cosas, como lo que le decía que hacía de contar mis calorías. Apenas caí en cuenta de que sí me afectó en como yo me alimento, entonces es de mucho aprendizaje, como dice usted de mí misma y también pues de la manera en que me relaciono con la comida. Entonces... me gustó mucho, me gustó mucho el enfoque de esto”*

Consulta 2: En esta sesión se dio continuidad a la actividad de la EHYS, además se trabajaron 3 temas principales: horarios de comidas, BC, y el impacto de los comentarios de otras personas. Bajo la experiencia de quien realizó este proyecto convendría dejar los horarios de comidas y BC para una sesión, y policia de los

alimentos para otra sesión, con la intención de que los pacientes no se saturen de información y metas. Debido a que fueron varios temas, se hizo un resumen al final y se invitó a Alo a que mencionara lo que iba a trabajar para verificar que comprendió la información. Esta vez también se le preguntó cómo se sintió en esta sesión, se veía entusiasmada y comentó lo siguiente:

*“Bien, la verdad que desde la sesión 1 me gustó porque siento que aprendí y creo que sí me ha gustado como estamos trabajando, ahorita me siento bien, me siento a gusto y las actividades que voy a realizar estos días van a ser enriquecedoras y voy a aprender demasiado sobre mi relación con la alimentación y lo de los bocados conscientes siento que me va a ayudar mucho a no estar culpando mucho cuando como”*

Consulta 3: Esta sesión se enfocó en el P6 de la AI enfocado a su alimentación y AF. Como conclusiones de esta sesión se reforzó el seguir trabajando en respetar sus horarios de comidas, escuchar a su cuerpo (señales de hambre y saciedad) y seguir practicando los BC, además iba a empezar a hacer AF.

Consulta 4: Se habló sobre la experiencia de Alo al implementar AF que disfrutara, sus alimentos prohibidos, señales de hambre y saciedad y autocuidado. Alo entró a trabajar y eso modificó su estilo de vida, pero logró ajustar lo aprendido. Al identificar que ella ya estaba incorporando estos elementos en su día a día se propuso comenzar a trabajar con MPS, siguiendo la lógica del P10 (Honra tu salud con nutrición amable).

Consulta 5: Esta sesión fue corta debido a que Alo no tenía muy buena conexión de internet y eso hizo que se cortara la llamada constantemente, lo cual dificultó la grabación; así que se hizo la redacción en base a los recuerdos de la nutrióloga y lo que se registró en la historia clínica. Se abordó la implementación MPS en sus comidas, esto permitió identificar que Alo ya se había acostumbrado a sus horarios de comidas. Encontró que en las tardes le gustaba salir a caminar con su perrito o con su novio y eso la hacía relajarse, además se dio cuenta que su calidad de sueño había mejorado (en su CPC había reportado tener problemas para dormir). Al terminar esta consulta, aunque fue muy breve, se identificó que Alo podría ya darse de alta por lo que la siguiente sesión se habló de eso.

Consulta 6: Se dio de alta a Alo, la descripción de esta sesión se encuentra al final de este caso clínico.

A continuación se presentan las intervenciones y su evolución en cada consulta.

#### E-1.4 Educación nutricia, relación de la nutrición con la salud/enfermedad y C-2.8 Reestructuración cognitiva

Consulta 1: Una vez que se obtuvo información, se identificó que Alo tenía un patrón de alimentación desordenado derivado de prácticas restrictivas y compensatorias. Un siguiente paso fue ofrecerle información basada en evidencia sobre los mitos que ella tenía sobre el peso y las dietas. Por lo que se informó sobre los efectos de las dietas restrictivas y algunas causas de los atracones. Después de escuchar la información a ella le hizo sentido y mencionó lo que le sucedía:

*“Pues si me pasaba varias veces, era como... ah pues: ya me comí esto y ahora me voy a comer todo lo que quería comerme los días anteriores. Entonces sí me ocurría que comía demasiadas cosas y me sentía mal al día siguiente... e iniciaba de nuevo a contar calorías”*

Pareciera que una idea que tenía era que el cuerpo se podía modificar fácilmente con dietas y ejercicio, esto la hacía sentir culpable porque siempre había intentado perder peso por medio de dietas y mucho ejercicio, contrario a lo que ella esperaba estos intentos resultaban en mayor ganancia de peso. Debido a esto se le informó sobre la teoría del *set point*, ciclos de ganancia y pérdida de peso y que el IMC no era un indicador de salud por sí solo. Al escuchar esta información, su respuesta reflejó que le hacía sentido:

*“Okay, sí sí creo que todo tiene sentido, porque pues sí a veces me alimento bien y menos y hago ejercicio y otros días como demasiado.. y que creo que algo que veía con unos compañeros de medicina en un curso que estuve apenas, era que nosotros como médicos en nutrición realmente no tenemos ninguna clase específica en las que nos hablen de nutrición, entonces siento que a veces le perdemos atención a cómo llevar ese tipo de situaciones o también de cómo apoyar a los pacientes a cómo llevar los hábitos cuando realmente muchas veces esto no lo sabemos. Y esto que me comenta yo no lo*



*sabía y nunca lo había escuchado, y es importante porque caemos en que solo nos dicen a cualquier persona que tienes que estar delgado para que no te enfermes, que es lo que dicen siempre, entonces... sigues intentando bajar de peso sin pensar esto que me dice ahorita, que bajamos y subimos de peso sin mantenernos en algo constante que nos puede causar una enfermedad, no lo tenemos en conocimiento. Es muy interesante porque aparte modifica la manera en cómo uno se percibe porque a mí sí me daba mucho miedo como pues... enfermarme... siento que por eso a veces constantemente hacía actividad física y dieta porque me da miedo enfermarme pero sin pensar en esto, subir y bajar de peso de esa forma pues también es dañino”*

Consulta 3: Se informó a Alo sobre los efectos de tener alimentos prohibidos. Alo abrió los ojos como si estuviera asombrada, pero no se le dio el espacio de decir lo que pensaba. La intervención se describe en el apartado de Alimentos prohibidos.

#### E-1.5 Educación nutricia (modificaciones recomendadas) y C-2.2 Establecimiento de metas: El uso de “mi plato saludable”

Consulta 4: Obedeciendo al P10 de la AI (Honra tu salud con nutrición amable), se presentó MPS con la consigna de que no era una dieta más y se habló sobre “la mayoría de las veces” (la descripción se encuentra en el apartado C-2.9). Se explicaron los beneficios que trae consumir los 3 grupos de alimentos, y cómo se pueden hacer ciertas combinaciones. Se realizó un ejercicio para verificar y asegurar su comprensión, durante ese ejercicio Alo identificó que su consumo de frutas y verduras era muy bajo. Había alimentos que Alo consideraba “no saludables” (Hamburguesas y papas), con los que solía tener atracones porque cuando estaba en una “dieta” dejaba de consumirlos, al revisar el grupo al que pertenecían se identificó que podían formar parte de una alimentación balanceada, porque además obedecían a ser alimentos que dan “saciedad” y “satisfacción”. Se explicó que esto no quería decir que todo el tiempo comería hamburguesas y papas, pues al tener libertad alimentaria (P4) y complementarlo con el P10, Alo podría hacer elecciones informadas. Además, se le mencionó que el tamaño del plato sería dependiente del nivel de hambre en el que se encontrara. Al finalizar Alo comentó lo siguiente:

*“Se me hizo muy interactivo, porque no es tipo: no puedes comer esto, no puedes comer aquello. Me gustó que desglosamos los ingredientes de la hamburguesa porque yo satanizaba eso, entonces me agrada porque lo del tamaño del plato era lo que me preocupaba por si no me iba a llenar, porque me acuerdo que cuando fui al nutriólogo en el internado, me dijo: tu plato tiene que medir tanto (señal con los dedos). Y yo dije como: ahhh (su lenguaje no verbal señalaba tristeza). Ahorita yo esperaba que me dijeras lo mismo, y me agradó que me dijera que es proporcional al hambre que yo sienta, entonces me agrada porque voy a poder desglosarlo y tal vez no siempre se pueda, pero lo haré la mayoría de las veces y me gusta porque hay varias opciones, más bien tengo que revisar para ver que puedo sumar a mi comida”*

Se clarificó que el uso de esta herramienta se suma a lo que se estuvo trabajando hasta el momento: autocompasión, señales de hambre y saciedad, horarios de comidas, BC. Se invitó a realizar el registro de los alimentos que incluyera sus comidas como una guía que le podría servir para identificar en donde prestar atención.

Consulta 5: Se comenzó hablando la experiencia de Alo al implementar MPS junto con sus horarios de comidas, sus señales de hambre y saciedad y el autocuidado. Alo realizó un registro de sus comidas con lo que identificó que al principio le costó trabajo incluir los 3 grupos de alimentos en sus comidas principales, pero estuvo revisando los grupos de alimentos y se le empezó a hacer más fácil. Aunque el grupo que le seguía costando trabajo era el de las frutas y verduras (que eran el grupo que no incluía normalmente en sus comidas, debido a que para ella eran sinónimo de estar a dieta). Con la intención de que Alo incrementara su consumo de frutas y verduras, se sugirió que fuera gradual y que en este momento no se centrara en cumplir con la mitad del plato, al negociar con ella una meta realista era incluir una fruta o una verdura en cada comida y poco a poco incrementaría la proporción hasta cumplir con lo indicado en MPS, ella comentó que eso se le hacía más factible. Alo se mostró entusiasmada al mencionar:

*“lo que me hizo sentir tranquila es que realicé el ejercicio cuando salía a comer, porque para mí el comer en la calle era motivo de sentir culpa, pensaba que los esquites eran malos, entonces cuando ví que forman*

*parte de los cereales y que tiene queso, pues no es tan malo como pensé, también con los chicharrones preparados, tienen mucha verdura, tiene cereales y además un poco de proteína, es increíble que me sentía culpable por comer alimentos que realmente no me van a hacer subir de peso. Lo que sí me falta incluir más son las de las verduras, pero me di cuenta que una vez que salí con mi novio a Chapultepec, se me antojó un coctel de frutas porque hacía calor y me lo compré, mi novio se sorprendió porque yo hubiera elegido unas papas, pero pues las papas las podría comer en otro momento, ¿no?, me supo muy rica la sandía y la piña”*

Este comentario de Alo indicaba que estaba siendo más libre con su alimentación, y que al permitirse comer escuchando sus señales corporales, la hacía elegir gran variedad de alimentos (P10 y P4).

Consulta 6: Lo primero que se habló fue sobre el grupo de alimentos que se le había complicado implementar, que fueron las frutas y verduras, para esto ella mencionó:

*“me fue muy bien, implementé lo de incluir una fruta y una verdura en cada comida, y me funcionó más eso, bueno al principio no tenía tantas frutas, pero luego ya le dije a mi mamá y ahora compra más, y ya se volvió automático, por ejemplo.... terminaba de desayunar y ya agarraba una fruta, una naranja o un mango, entonces yo siento que aumenté bastante mi consumo de frutas y me encanta”*

Con esto, ella identificó que si comía frutas y verduras se sentía mejor, pero ya no lo veía como una obligación como lo veía cuando hacía dietas, que fue lo que mencionó una sesión antes, para ella el comer frutas y verduras estaba completamente asociado con “dieta o restricción”. Para este momento ella ya lo veía como parte de su alimentación diaria. Como lo comentó a continuación:

*“y la verdad me he sentido mejor, porque cuando como frutas y verduras me siento con más energía, igual no sé si sea mental, pero siento que me refresca y me gusta”*

Esto indicó que se cumplió con el objetivo de la herramienta de MPS y se invitó a Alo a seguir implementándolo, reforzando los beneficios que encontró.

E-1.6 Educación nutricia: (otros temas relacionados), C-2.8 Reestructuración cognitiva y C-2.2 Establecimiento de metas: beneficios y motivación para la actividad física

Consulta 3: En la primera consulta (al hacer la evaluación nutricional) Alo comentó que solía hacer ejercicio para modificar su cuerpo, lo cual provocaba que al no ver cambios se desesperaba y lo dejaba. Por esta razón, después de abordar sus señales de hambre y saciedad, lo siguiente prioritario era hablar de AF. Obedeciendo al P9 (sentir la diferencia con el movimiento) se habló sobre los beneficios de la AF y las recomendaciones que se da la OMS, despegando los conceptos “pérdida de peso” y “ejercicio”. En ese momento Alo no hacía ningún tipo de movimiento, solo caminar para trasladarse a realizar sus actividades diarias. Entonces se trabajó desde honrar a su cuerpo con el movimiento que ella pudiera realizar. Se buscaron actividades que ella disfrutara, considerando que lo importante era moverse más:

*“me gusta salir a caminar con mi perrito, y aquí a lado de mi casa hay un parque entonces voy a empezar a salir con él y acostumbrar a mi cuerpo porque ahorita no hago nada de ejercicio y después empezaré a correr”*

Como primer meta, se propuso salir a caminar 3 días a la semana e ir identificando cuánto puede caminar hasta sentirse cansada. Sin verlo como una obligación, más como algo recreativo, ante esto, ella comentó lo siguiente:

*“creo que va a ser una forma divertida de verlo, o sea, empezar a hacer más actividad pero cambiando mis objetivos. Creo que si va a ser mejor, porque si es real que a veces solo estás pensando en cambiar tu cuerpo y como no ves el resultado, pues dejas de hacer las cosas y con otros objetivos siento que si va a ser un hábito que voy a poder mantener”*

Consulta 4: Cuando se preguntó si había logrado cumplir el objetivo que se había puesto Alo mencionó que no pudo salir a caminar como se había planeado, debido a que ya había encontrado un trabajo y no pudo ajustar su horario; sin embargo, ella consideró que por el trabajo estuvo más activa. Camina más, pero no de manera estructurada. Al existir un cambio en su estilo de vida, Alo se vio obligada a cambiar los horarios que se había puesto para comer y realizar AF. Pues antes se levantaba

a las 9 am y en ese momento a las 5 am. Se sugirió seguir buscando el momento adecuado para realizar la AF que se había propuesto mientras se ajustaba a su nuevo estilo de vida.

Consulta 5: Alo encontró que por las tardes se le acomodó salir a caminar con su perro o con su novio y esto le ayudó a sentirse más relajada (no se pudo abordar más a fondo el tema por cuestiones de conexión de internet).

Consulta 6: Esta intervención fue evaluada y se encuentra en el apartado de alta.

### E-2.2 Desarrollo de habilidades, ND-1.3 Horarios de las comidas/líquidos y C-2.2 Establecimiento de metas: promoción de la intercepción para el consumo de alimentos

Consulta 1: La principal preocupación que externó Alo en la primera consulta fue que a pesar de estar satisfecha, seguía comiendo. Ese fue el punto de partida con ella, siguiendo los principios 2 y 6 (honra tu hambre y siente tu saciedad) se le invitó a trabajar en escuchar nuevamente a sus señales de hambre y saciedad, con la ayuda de la herramienta EHyS. Durante la sesión se elaboró su escala, para Alo fue un ejercicio que le tomó tiempo, por lo que por medio de reflejos y ejemplos se le trató de dar claridad, lo que más le funcionó fue empezar desde los extremos (niveles máximos de hambre y saciedad) y así logró identificar que contaba con 7 niveles que se muestran a continuación:

1. Me estoy muriendo de hambre
2. Tengo hambre
3. Aún tengo hambre
4. Me siento bien
5. Casi satisfecha
6. Todavía puedo
7. Ya no puedo más

Se le invitó a realizar el registro en los próximos días, sin modificar lo que estaba comiendo. Al final se le preguntó si esta actividad le hacía sentido a lo que ella comentó:

*“Pues porque creo que no... con pocas personas he como, tratado este tema de que a veces me cuesta trabajo este.. dejar de comer.*

*Entonces, creo que tiene completamente sentido porque ya a veces no identifico cuando estoy llena, entonces creo que esto me va a ayudar un poco a ver qué está pasando”*

Consulta 2: En esta sesión se trabajó sobre los resultados que Alo encontró al realizar la actividad. Primero se le preguntó cómo le había ido y ella respondió:

*“Pues... me costó un poquito de trabajo como identificar... o sea cuando realmente tenía mucha hambre con facilidad lo identifico, pero en otras ocasiones no sé si realmente tengo hambre o es que solamente quiero comer algo. Y también con la saciedad me costó trabajo identificar cuando ya estaba realmente satisfecha y cuando todavía quería seguir comiendo, incluso quité el nivel 6 y.... lo moví porque creo que no lo tengo”*

La EHYS es una herramienta que se elabora de manera individual con la guía de la nutrióloga, se basa completamente en la experiencia de cómo las personas viven su hambre y su saciedad, por lo que es flexible a cambios que las personas quieran realizar. Como en este caso, Alo quitó un nivel que para ella era inexistente en ese momento, sin embargo al ser un nivel que existió con anterioridad no se puede dar por hecho que no volvería a presentarse, lo que pudo haber hecho la nutrióloga es invitarla a generar herramientas para lidiar con ello si se volviera a presentar.

Considerando que Alo identificó que le costó trabajo saber en qué nivel de su escala se encontraba, se le invitó a reflexionar sobre las consecuencias que ocurrían cuando comía en sus niveles máximos (en el 1 y en el 6). Fue interesante notar que las consecuencias que ocurrían al comer en su nivel máximo de hambre y en su nivel máximo de saciedad eran similares, pues en ambos casos sucedía que:

- No disfrutaba de lo que estaba comiendo
- Comía demasiado rápido
- Sentía culpa
- Sentía malestar: mareo, dolor de cabeza y ansiedad cuando comía en el nivel 1. Inflamación y ganas de vomitar cuando comía en el nivel 6.

El P6 (descubrir el factor de satisfacción) señala que es importante que las personas puedan comer obedeciendo a dos cosas: saciedad y satisfacción. Según el registro

de Alo, la mayoría de las veces comía en sus niveles 1 y/o 6, que por lo que se describió con anterioridad sus comidas estaban siendo un ciclo de insatisfacción e iban más allá de su saciedad. Debido a esto se le invitó a identificar en qué niveles ella se sentía más cómoda al comer.

Ella identificó que se sentía cómoda empezando a comer en el nivel 2 que ella llamaba “tengo hambre” en el que la sensación física era “vacío en el estómago”, en este nivel ella mencionó que:

- Comía con tranquilidad
- Disfrutaba su comida
- Se sentía satisfecha progresivamente

Para terminar de comer, ella se sentía cómoda en el nivel 4 que ella llamaba “me siento satisfecha” en los que las sensaciones eran “tranquilidad y felicidad”, en este nivel ella mencionó que se sentía:

- Cómoda
- Tranquila

Aun así, ella mencionó que en ocasiones aunque ya estaba en el 4, sentía la necesidad de seguir comiendo:

*“siento que a veces cuando estoy muy estresada... me pasa que por ejemplo, estoy trabajando, estoy estresada y acabo de comer, pero mientras estoy trabajando digo: me voy a comer un dulce o una fruta o no sé. Pero o sea, si estoy estresada mientras estoy trabajando como que quiero estar comiendo”*

En este caso, el estrés era un factor que no permitía que Alo pudiera escuchar sus señales de hambre y saciedad. Así que se le dio información sobre formas de manejar el estrés y que una de ellas son los alimentos (información basada en el P7: haz frente a tus emociones con amabilidad), esto para disminuir la culpa que sentía al comer cuando estaba estresada, pero sin rebasar las capacidades de los profesionales de la salud mental. Se pudo haber empezado con prácticas de atención plena, en lugar de eso se le brindó información sin dar consejos y que Alo por sí sola pudiera reflexionar al respecto (a consideración de la nutrióloga que elaboró este reporte sería más conveniente sugerir prácticas de atención plena):

*“pues, creo que muchas veces en vez de sentirme bien por lo que estoy comiendo, o sea cuando estoy comiendo no pasa nada pero ya cuando me lo termino digo: ¡ay! estoy muy llena. Me digo: ¡ay, no me lo hubiera comido!, ¡es que ya para que seguí comiendo!. Y así ya empiezo con ese tipo de ideas y más cuando son alimentos que a lo mejor no se consideran eh.... nutritivos, no sé, papitas y así me pasa todavía más, o sea, siento más esa culpa, esa incomodidad”.*

Ante esto, la intervención involucró a las herramientas de alimentos prohibidos (se le pidió que en su casa trabajara con esa actividad para discutirla en la siguiente sesión, esta intervención se encuentra en el apartado C-2.8), BC, horarios de comidas y la continuidad de la EHYS. Implementar un patrón regular de alimentación podría lograr que Alo comenzara a reincorporarse a sus niveles de hambre y saciedad (empezar en el 2 y terminar en el 4) y disminuir la culpa de comer por estrés. Obedeciendo al P2 y P6, se sugirió poner horarios de comidas y que fueran cada 3 o 4 horas. Pues además otra de las cosas que se identificó en el registro de Alo fue que no tenía horarios específicos para comer, y no tenía un número de comidas específicas al día. Había días que hacía 2 comidas y había días que hacía 6 comidas. Sobre todo, cuando comía menos veces al día llegaba a sus niveles máximos de hambre y saciedad. Se explicó la importancia y la lógica de hacer más comidas al día empezando a comer cuando ella identificara que se encontraba en su nivel 2. Se hizo un recuento de su rutina diaria y se trabajó para identificar en qué horarios ella podría hacer sus comidas, poniendo sobre la mesa que era una guía y que en el camino ella podría modificar sus horarios según sus señales de hambre y saciedad. Los horarios que más se le acomodaron fueron: 08:00, 12:00, 16:00, 19:30, 22:30. Para lograrlo, Alo vio factible preparar sus comidas un día antes para tenerlas disponibles cuando llegara su hora de comer.

Como se mencionó, a Alo le convenía incluir la actividad de BC para que prestara atención a la hora de comer y que lograra identificar sus señales de hambre y saciedad. Se le sugirió que en cada comida practicara la actividad y se dio la explicación de cómo hacerlo. Con la intención de que se fuera habituando a comer de esta manera y cuando sintiera que iba a comer por estrés le resultara más fácil comer de forma consciente y tratara de identificar si el alimento realmente la estaba ayudando o estaba siendo un factor más de estrés.



Consulta 3: En esta sesión se habló sobre su experiencia al implementar los horarios de comidas y los BC. Alo se vio beneficiada al seguir horarios y de esta manera ya no llegaba con mucha hambre a sus comidas y por ende podía parar cuando se sentía satisfecha:

*“lo de horarios, pues traté de pues sí hacerlo y siento que ya no me quedo con hambre como antes, siento que ya cada que hago una comida ya no lo hago así taaaan (con las manos enseña grande).. porque pues ya sé que voy a comer después, y ya no tengo tanta hambre como normalmente que me quedaba mucho tiempo sin comer y cuando era la comida pues comía demasiado. Entonces siento que me ayudó mucho lo de los horarios y me gustó poner el de las 10, de que si sentía hambre pues podía comer algo todavía, y si algunos días en la noche pues sí sentía hambre y decía pues, no pasa nada si tengo hambre pues voy a comer algo y me sentí mejor, la verdad me sentí muy bien”*

Se reflejó los beneficios que ella encontró y se invitó a continuar de esta manera hasta que por ella misma pudiera guiarse por sus señales. Respecto a los BC ella mencionó:

*“me costó un poco de trabajo lo de los bocados conscientes, de hecho, como que me costaba trabajo dejar la cuchara en el plato, de hecho ahorita lo sigo haciendo, me cuesta menos trabajo pero aún no lo domino al 100”*

Se explicó a Alo que al ser una “práctica” no se esperaba que lo hiciera perfecto desde el principio y que se esperaba que si lo seguía haciendo con más frecuencia, se apegaría cada vez más. Con la intención de que ella identificara los beneficios se invitó a reconocer algunos cambios (si es que los hubo) al realizar el ejercicio, a lo que ella respondió:

*“.... a veces como no disfrutaba mi comida, o sea, no sé bien cómo funciona eso, pero... como que no era consciente de lo que estaba comiendo, estaba en el teléfono o estaba viendo la tele, incluso noté que no me sentía satisfecha, o sea no identificaba cuando ya estaba satisfecha.... cuando empecé a implementar esto del bocado*

*consciente, como que mi cerebro se hizo más consciente de lo que estaba comiendo y entonces me... aprendió a identificar cuando ya me siento satisfecha y también me sirvió mucho lo que me dijo de que o sea si no me he terminado el alimento pero ya me sentía satisfecha, pues que no había problema y me lo puedo comer después. Entonces igual como aprender eso, me costó trabajo porque siempre creí que me tenía que terminar todo lo que me había servido, entonces me agradó saber que no es así y si ya me sentía satisfecha decía: ya no me lo voy a comer, lo guardo y me lo como al rato. Y siento que eso también me ayudó demasiado, entonces siento que si es una herramienta que me está ayudando”*

Se hicieron reflejos de los beneficios que Alo encontró para reforzar que siguiera implementando esa práctica (En este caso, no se tuvo que trabajar la valoración del plato vació porque por ella misma ya era capaz de dejar comida en el plato si ya estaba satisfecha).

Consulta 4: Para este momento, Alo ya se había apegado a escuchar sus señales de hambre y saciedad, no sentía culpa al comer, sus alimentos prohibidos ya no ocupaban gran parte de su pensamiento, su día a día había cambiado, veía a la alimentación de una manera más amable, por lo que era momento de empezar a trabajar sobre las propiedades que tienen los alimentos por medio de MPS, como lo menciona a continuación:

*“siento que ya no como con la ansiedad con la que comía antes cuando empecé a verla, ya no me siento culpable cuando como... como que estar pensando todo el día como que no debo comer esto, si te hace quererlo más seguido... ahorita que me acuerdo, había comprado unas papas en el trabajo, pero dije: las voy a comer en mi casa. Y llegué a casa y justo ahorita que estamos platicando me acabo de acordar que no me las comí solo las guardé y antes solo estaba pensando hasta como me las iba a comer y eso me hace pensar que me siento lista para hablar de los grupos de alimentos que a lo mejor puedo comer más”*

### C-2.6 Manejo del estrés y C-2.2 Establecimiento de metas: Incorporando prácticas de atención plena

Debido a que Alo identificó que comía sin sentir hambre cuando se sentía estresada, pudo haber sido conveniente que en ese momento se le sugiriera realizar prácticas de atención plena para que cuando pasara por estas situaciones de estrés, fuera una herramienta que pudiera usar.

Consulta 6: Se hizo una práctica (DROP) para cerrar la sesión, al terminar ella mencionó que ya realizaba este tipo de prácticas, por lo que se reforzó el beneficio que tendría y se invitó a seguir practicándolo.

### C-2.8 Reestructuración cognitiva: Alimentos prohibidos

Consulta 3: Alo mencionó que su “debilidad” eran las papitas o frituras y que cuando estaba “a dieta” dejaba de comerlas. Así que cuando dejaba de hacer dieta solía recurrir a estos en exceso, además es lo que más se le antojaba cuando estaba bajo periodos de estrés y cada que los consumía le ocasionaba culpa. Siguiendo los criterios del P3 (Haz las paces con la comida), se invitó a Alo a identificar los grupos de alimentos que consideraba como prohibidos (se le pidió que realizara la actividad en la consulta 2, para trabajarlo en esta sesión).

Dentro de los alimentos prohibidos de Alo estaban:

- Cereales y tubérculos
- Dulces, postres o refrescos
- Comida procesada
- Comida o bebidas altas en calorías

Al preguntarle qué ocurría cuando se prohibía estos alimentos ella contestó:

*“A veces me siento triste y enojada por haberlos comido de más, y en otras ocasiones me siento feliz por lograr no comer esos alimentos”*

En ese momento, Alo no identificaba lo que ocurría al prohibirse alimentos, por lo que se le informó sobre estas consecuencias. Se le invitó a darse el permiso incondicional para comer sin restringir estos alimentos. Al decirle eso, a ella le hizo sentido y contestó:

*“estos últimos días he notado que como estoy comiendo más frecuentemente no me sucede tanto que se me antojen como antes, es como o sea si las veo y pasan, pero antes era como que las veía y decía: ¡ah! quiero más papas. Realmente era... yo las sentía como una necesidad muy fuerte y ahorita las veo y es como: aah, y apenas va a tener como dos días que salí con una amiga y se me antojaron y me las comí, no me sentí mal o sea no me sentí culpable como otras veces que decía: ¡ah!, tal día me comí unas papas y desde ahora ya no voy a comer papas. Incluso el hecho de que no me acuerde bien que día fue el día en que me las comí pues me hace darme cuenta de que ya no es como antes que me lo prohibía completamente, me ha ayudado bastante ser consciente de los horarios de mis comidas y también respetar cuando mi cuerpo dice pues quiero y se me antoja y no pasa nada, inconscientemente he trabajado esa parte sin querer trabajarlo”*

Se invitó a seguir llevándolo de esa manera y que se diera la oportunidad de que cuando se le antojaran, los consumiera haciendo la práctica de BC.

Consulta 4: Al realizar la actividad de MPS Alo identificó que algunos de sus alimentos prohibidos podían formar parte de una alimentación balanceada y que no era necesario eliminarlos por completo, esto la ayudó a que disminuyera la culpa al comer.

#### C-2.8 Reestructuración cognitiva y E-2.2 Desarrollo de habilidades: Impacto de los comentarios de otras personas

Consulta 2: Mientras se trabajan los horarios de comidas, Alo mencionó lo siguiente:

*“antes mi mamá tendía mucho a decirme como: oye estas comiendo mucho, ¿si te vas a comer eso?. Incluso me acuerdo una vez, (o sea, yo quiero mucho a mi mamá pero me acuerdo una vez) yo tenía como 12 años y mi mamá había hecho enchiladas, y yo le dije yo quiero 6, porque tenía mucha hambre y mi mama me dijo: no mira, te voy a servir menos. Y yo me enojé porque... y luego ella se enojó y me sirvió todo lo que le pedí y después ya no me dejó pararme de la mesa, me*

*dijo: querías todo eso y ahora te lo terminas. Entonces como que mi mamá siempre me cuestionaba todo lo que me iba a comer, a parte a mí me daba hambre seguido cuando estaba chiquita entonces me acuerdo que siempre me decía que comía mucho y cuando me llevaba al médico siempre le decía: es que quiero que baje de peso... siempre me decía estás chiquita, es mucho (...) Ahorita ya de grande en la profesión (medicina) siento que es lo mismo, en donde estoy haciendo mi servicio hay un convenio y nos dan de comer en el comedor, e incluso cuando me sirve la persona que se encarga de eso pues ya sabe que soy doctora entonces, hasta me da pena que tengo hambre y quiero más pero digo: no porque van a decir que soy doctora y que como un buen. Igual como ahí no hay nada alrededor, las tiendas están hasta acá hasta el pueblo, hay un club donde venden las papitas y cuando voy... tal vez ni pasa, tal vez las personas ni están viendo, pero cuando voy así siento que me están viendo y van a decir que: ¡ay! está comiendo eso y es médico. Entonces siento que me ha afectado mucho diría yo”*

Había una voz interior que la hacía sentirse juzgada constantemente por los comentarios que le hacía su mamá en algún momento de la vida (es importante señalar que los sentimientos y emociones que le generaban los comentarios de su mamá no corresponden a la práctica de los nutriólogos, le toca a un profesional de la salud mental. Pero se puede dio apertura a que ella misma verbalizara el impacto y reconociera que era un tema difícil para ella). Se pudo identificar que para Alo era un tema difícil porque se le cortaba la voz mientras lo decía, se dio apertura a que ella pudiera expresarlo. Obedeciendo al P4 (Desafiar a la policía de los alimentos) se le preguntó si ella ya lo había expresado a su mamá y ella contestó lo siguiente:

*“no, siento que es como un tema que nunca hablé con ella, y hasta la fecha siento que nunca he tocado ese tema con ella, pero sí después de que la vi a usted la primera vez como que sí me quedé pensando en esas cosas, que fue.... sí fueron muy importantes en mi crecimiento, incluso a veces me pasaba que mi papá le decía a mi mamá porque él no tenía el valor decirme a mí, entonces le decía a mi mamá: oye Miranda está subiendo mucho de peso. Y mi mamá me decía: dice tu papá que ya estás subiendo de peso y hay que*

*cuidarse y así. Y yo nunca le dije que me lastimaba, pero si me lastimaba. O sea es algo que hasta la fecha siento que todavía me.... incluso cuando llegué acá empecé a hacer ejercicio, eh... más que otras veces según yo para bajar de peso, y este... y cuando iba a mi casa de visita pues si era como: ¡Ay mírenme! estoy bajando de peso. Y ... siento que más por hacerlo por mí, o sea si lo hacía por salud, pero más que por yo no sentirme cómoda con mi cuerpo, si no que.... era más porque... las demás personas, y mi mamá cuando veía que bajaba de peso, me decía: ay que bueno, me da mucho gusto, te ves mejor. Y ese tipo de comentarios, entonces creo que no lo he hablado y nunca”*

Estos comentarios no solo venían de su mamá, también de otras personas como lo dijo a continuación:

*“una vez en el trabajo una señora, o sea, sé que lo dijo de cariño, pero dijo: ¡ay! la doctora gordita. Y pues sí me sentí mal, y se lo conté a mi hermana (...) Hasta la fecha, si alguien hace un comentario sobre mi cuerpo, si me afecta, me afecta bastante”*

Se pudo notar que Alo buscaba el “cuerpo perfecto” por aceptación social más que por ella misma (Se hizo ese reflejo y solamente se escuchó a Alo). Ella no podía controlar lo que los demás pensaban, pero si ella lo consideraba necesario podría decir lo que pensaba y reivindicar que este tipo de comentarios no le agradaban. Se invitó a Alo a que si encontraba el momento adecuado pudiera externarlo a su mamá y ella estuvo de acuerdo, sobre todo porque mencionó que sus papás eran abiertos al diálogo y no sería conflictivo (eso es algo que sería importante considerar para no transgredir el trabajo de los psicólogos, si su ambiente familiar se presta para poder dialogar puede resultar positivamente como este caso. Porque hay casos en los que no es posible, como Mariel, una paciente que también estaba trabajando este enfoque y su mamá constantemente hacía comentarios ofensivos sobre su cuerpo. Para ella no fue una opción hablarlo con su mamá porque ya lo había intentado y terminaban mal, además ella dependía totalmente de su mamá).

A Alo le convenía que fuera por medio de una petición y no de una demanda, por lo que se trabajaron frases que podría decir, que fue la siguiente:

*“en este momento estoy yendo a consulta de nutrición, no para perder peso, si no para sentirme mejor y me ayudaría mucho que ya no hagan comentarios sobre mi cuerpo”*

A modo de comentario: si se está trabajando desde un enfoque no centrado en el peso, los comentarios externos pueden ser un impedimento para poder continuar.

Consulta 3: En esta sesión volvió a salir el tema y ella mencionó que sí pudo platicar con su familia. Un elemento que ayudó a que pudiera expresarlo fue que la hermana de Alo (Andrea) también estaba tomando consultas bajo el mismo enfoque con la misma nutrióloga, se apoyaron para platicar juntas con sus papás y eso hizo el proceso más ameno para ambas, como lo mencionó:

*“incluso mi hermana me ayudó un montón porque, o sea sí cuando platique con mi mama y me dijo que ella no hacía esos comentarios, mi hermana dijo: no, es que a veces pues ese tipo de comentarios pues es mejor no hacerlos. Entonces mi hermana me ayudó mucho, de hecho, ella fue la que me dijo que tomara la consulta con usted y me ha ayudado mucho y.... apenas me corté el cabello y creo que no lo hubiera hecho si no hubiera visto a la nutrióloga, o sea, porque le digo, mi relación con mi cuerpo si era muy así de que era muy estricta conmigo misma y entonces yo le digo a mi hermana: creo que no me lo hubiera cortado así si nunca hubiera visto a la nutrióloga. Y la verdad nos hemos sentido muy bien las 2, ella hacía mucho ejercicio y siempre estaba también encima de mi para que yo también hiciera ejercicio. Pero ya me dice como: ya me siento bien si no hago ejercicio. Y yo le dije que yo también me sentía bien, ya no nos sentimos culpables (...) “me ha ayudado a aprender muchas cosas de mi cuerpo y no solo de los alimentos, a escuchar mi cuerpo cuando necesita algo, cuando está cansado y lo he identificado ahorita que estoy con usted”*

Tener el acompañamiento de su hermana (que en algún momento también era quien la presionaba para bajar de peso), de sus papás y que ella misma estaba enfocada en sentirse mejor influyó en otra área de su vida. Indirectamente se sintió más cómoda con su cuerpo. Y hablar con su familia resultó como se esperaba:

*“he notado que estos días no me han dicho nada y como ya volví a la Ciudad de México, pues ya vivo otra vez con ellos y no me han hecho comentarios, han sido muy comprensivos con mi proceso”*

### C-2.9 Prevención de recaídas y C-2.8 Reestructuración cognitiva: La mayoría de las veces

Consulta 1: Cuando ya estaba por agotarse el tiempo se recalcó que este proceso no sería lineal (haciendo énfasis en el espiral de la curación descrito en el P4), y que se basaba en un proceso de autoconocimiento al ritmo de cada persona y por ende no se esperaba que hicieran las cosas “perfectas” desde el principio, lo que se trabajara se esperaba que lo hiciera la mayoría de las veces, no siempre. La razón de mencionar esto fue porque Alo esperaba una intervención para pérdida de peso, y el cambio de enfoque suele no ser tan fácil. A Alo le hizo sentido lo que se abordaba en cada sesión, que las herramientas que a ella le convenía trabajar por el historial que presentó, se fueron solucionando en el camino sin necesidad de abordarlos. Debido a que en la primera consulta mencionó que siempre tenía que acabase todo lo que se servía, a ella le convenía trabajar “Valoración del plato vacío”, pero en la consulta 3 ella identificó que no era necesario terminarse todo el plato, por lo que ya no se le dedicó una sesión como con otros pacientes, Alo lo verbalizó de la siguiente manera:

*“incluso hasta... me siento mejor con mi cuerpo, mi relación con mi cuerpo si ha cambiado, si ha mejorado, y... me siento bien, me siento bien con mi cuerpo y ya no soy tan estricta con eso, porque antes sí era como: no ya no comas, y ahora es como no pasa nada, o sea, voy a comer algo, y cuando ya no quiera pues ya, dejo de comer, no pasa nada”*

En la primera sesión Alo decía que no se sentía cómoda con el tamaño de su cuerpo, si bien la dismorfia corporal no se puede trabajar en el consultorio de nutrición, el P8 (respeto tu cuerpo) sugiere trabajar en ver al cuerpo de forma neutral, pero en el caso de Alo con haber trabajado la alimentación, se vio reflejado en su percepción corporal, esto mencionó en la consulta 3:

*“tenía una percepción de mi cuerpo como que me sentía muy gordita, y ahorita no, o sea, siento que incluso tengo un poco más de confianza con mi cuerpo, me gusta cómo me veo.... me siento muy contenta”*



Aunque se reforzó el conocimiento sobre la diversidad de cuerpos. Se habló sobre lo que significa el peso, y se trabajó en verlo como algo neutral y más bien centrarse en cómo se había sentido.

En la primer consulta Alo mencionó que pasaba periodos muy largos sin comer debido a sus actividades escolares, por esto a ella le convenía trabajar la alimentación como una forma de autocuidado. Este es un elemento importante para resaltar, porque la vida de las personas cambia, no todo el tiempo manejan los mismos horarios y no todo el tiempo se tiene la oportunidad de comer a la misma hora. Esto no fue necesario trabajarlo con Alo, pues en la consulta 4 ella dijo que había encontrado un trabajo y esto modificó sus horarios, pero aun así se guio por sus señales de hambre y saciedad, viendo a la alimentación como una forma de autocuidado, como lo mencionó:

*“creo que mi cuerpo ya se adaptó porque al principio cuando volví aquí a mi casa pues hay horarios diferentes y me había costado un poquito de trabajo y ya me adapté de nuevo, mi cuerpo ya se acostumbró porque trato de ver en qué horarios puedo comer para no llegar con mucha hambre y como más tranquila, practico los bocados conscientes y me siento mejor, y pensando como el autocuidado”*

Este es un caso extraordinario, y se esperaría que todos los pacientes recibieran de la misma forma el trabajar estos enfoques, pero en el caso de Alo, el solo trabajar su libertad alimentaria fue solucionado otros temas como los que se describieron, en otros pacientes que se describen, sí fue necesario trabajar cada herramienta.

#### **7.6.5 Alta (consulta 6)**

Debido a que ya se había trabajado todo lo que se había propuesto, se le planteó a Alo la posibilidad de darla de alta, y se le preguntó cómo se había sentido en esos meses, a lo que ella respondió:

*“en mi trabajo hubo una campaña de salud en la que me tomaron la presión, los signos vitales y eso, entonces me pesaron y la verdad si dije: pues a lo mejor subí de peso o no sé. Pero esos días (porque me avisaron antes) estuve trabajando lo que hemos aprendido pues para que no me afectara y para que no me sintiera mal. Entonces estuve*

*haciendo, así como un recordatorio de recordándome que no está mal que mi cuerpo a veces coma algo diferente. Y ya cuando me pesaron la verdad fue diferente a como lo vivía normalmente, o sea, no me sentí nerviosa, o super incomoda, e incluso me pesaron y me di cuenta de que me mantuve en un peso, bueno cuando iniciamos yo pesaba 98 kg y ahorita pesé 93 kg. Me gustó porque fue un, reconocer todo lo que he aprendido y darme cuenta de que ocasionalmente me dé el permiso de comer cosas diferentes no significa que no me esté cuidando o que estoy subiendo de peso, entonces yo creo que fue un buen ejercicio que me sirvió para ver en retrospectiva todo lo que he aprendido. Igual yo siento que conocer todos los grupos de alimentos, saber a qué grupo pertenecen también me ayudado mucho porque... no siempre, pero si la mayoría de las veces trato de por ejemplo si en el desayuno no comí tantas verduras pues en la tarde me enfocaba más en eso y no lo siento como algo cansado o fastidioso, lo siento más como natural, normal. También me estaba dando cuenta en el trabajo que esto del bocado consciente se ha vuelto como algo de mi rutina y me ha ayudado bastante a reconocer mi cuerpo y que cuando ya no quiero ya estoy muy llena, ahora si ya tengo la capacidad de decir: pues ya no quiero. Y antes sentía mucho que me tenía que acabar todo porque si no, ¿que va a pasar? Ahorita me he dado cuenta que no, puedo estar llena y guardar la mitad y no pasa nada, me he sentido muy bien la verdad (...) me siento muy contenta, la verdad cuando empecé a verla, estaba como en un sube y baja porque no.. era como que un día comía bien y al día siguiente comía de una manera diferente con otro grupo de alimentos y al día siguiente me sentía culpable y ahora ya comía menos o me restringía muchos alimentos y ahora no. O sea me siento hasta cierto punto muy libre y es algo que no había sentido nunca, en cuanto a: ok, no pasa nada si como esto hoy y continuo en la siguiente comida aumentando lo que no consumí en la comida anterior. Y no me siento como atrapada porque si me sentía como: ¡ah no puede ser!, ayer no comí tantas verduras entonces, hoy no voy a comer nada de esto. Entonces sí me restringía demasiado, incluso con lo de las papitas y las golosinas,*

*ahora, de vez en cuando se me antoja y me lo puedo comprar, pero... a veces hasta se me olvida, y no es como antes que me las compraba y me las comía con mucha ansia, así super rápido, ni si quiera a veces disfrutaba los alimentos porque era tanta mi restricción con unos alimentos que cuando los consumía sentía que nunca los iba a poder volver a comer y entonces decía: ¡ay no! Y los comía con mucha ansiedad. Y también parte de lo que he aprendido lo he compartido con mi familia y sobre todo con mi mamá y creo que también ha aprendido a no hacer comentarios sobre mi cuerpo, o sea no fue necesario decírselo más de una vez y ella lo entendió, entonces mi mamá sí, desde que le dije no me ha dicho nada como antes, discretamente siempre me decía que estaba subiendo de peso, pero ahorita no, la verdad si me siento bien, me siento diferente. Le digo me siento mucho más libre, más bien nunca me había sentido así con los alimentos, entonces me gusta y aparte he aprendido a combinar los alimentos, no sé con frutas y verduras y me ha parecido divertido y me he sentido muy bien al respecto”*

Se reflexionó sobre el peso, Alo había intentado perder peso varias veces, eso provocaba que sintiera nerviosismo al pesarse porque quería que todo el esfuerzo de su restricción se viera reflejado en pérdida de peso, pero muchas veces incluso subía más, agregando a la decepción de sentir que no era capaz de hacer una dieta o que no tenía fuerza de voluntad, además su mamá se lo hacía notar. Esta vez fue diferente y se reforzó el cómo se estuvo sintiendo y los cambios positivos que notó, viendo el peso de forma subjetiva y como un resultado de cómo se estaba sintiendo, ella comentó lo siguiente:

*“sí, la verdad cuando el objetivo es diferente, te sientes diferente, me acuerdo que cuando seguía una dieta era muy cansado, incluso físicamente porque sientes que nunca cumples el objetivo, entonces ahorita fue muy diferente, una manera de trabajar muy diferente, que me hizo aprender demasiado, no solo como un paciente sino, también en el aspecto profesional, creo que sí es importante conocer este tipo de cosas, incluso ese día que nos pesaron y nos midieron, yo hice el comentario de: yo estoy yendo al nutriólogo y he aprendido a que lo*

*que nosotros como médicos sabemos de nutrición, es nada. Y ya muchos me dijeron que estaban de acuerdo y yo me siento muy bien la verdad, noto así con algunos tabúes o ideas que a veces te hacen sentir mal, pero no sabes realmente el trasfondo de lo que estás haciendo o diciendo”*

Se hizo un recuento con los avances que tuvo en el proceso considerando los 3 elementos principales de la AI:

- Alimentación: Logró tener orden en sus comidas haciendo 5 comidas al día. Ya era más sensible a sus señales de hambre y saciedad, comía cuando tenía hambre y podía parar cuando estaba llena. Los BC formaban parte de su alimentación diaria. Dejó de sentir culpa al comer sus alimentos prohibidos (los alimentos ya no eran el centro de su vida). Su alimentación era más completa, ya que la mayoría de las veces incluía alimentos de los 3 grupos, sobre todo incrementó el consumo de frutas y verduras sin que fuera algo cansado.
- Actividad física: Había incrementado su movimiento al salir a caminar por las tardes.
- Autocuidado: En su familia ya no le hacían comentarios, lo que influyó en cómo se percibía a ella misma. Dormía mejor. Era amable con su proceso.

¿El peso? Si bien el enfoque no tiene como objetivo central cambiar el peso, Alo perdió 5 kg, y lo notó porque fue un requisito en su trabajo y no era algo que ella buscara. Pero esto la hizo darse cuenta de que disminuyó su nerviosismo e incomodidad al pesarse y lo vio como algo neutral.

Ante esto, ella estuvo de acuerdo con darse de alta:

*“me siento lista, creo que he aprendido demasiado que tal vez yo solita puedo llevar esto, seguir cuidándome y seguir alimentándome de esta manera que yo me siento bien y que mi peso ya no me afecta como antes, te agradezco mucho, creo que en ningún lado pude haber aprendido lo que aprendí contigo, es algo muy enriquecedor, que no solamente te ayuda a cuidarte si no que también te ayuda a sentirte y mejor y es algo que es difícil de hacer y a pesar de que no te vi de manera presencial o físico, creo que todo el aprendizaje y todo lo que transmites es muy profesional y muy enriquecedor, y te doy las gracias*

*porque yo me siento completamente diferente a como inicié las consultas, aprendí demasiado y me siento muy bien con mi cuerpo”*

Se reforzó la idea de seguir implementando lo aprendido en las sesiones en todos los momentos de su vida, la mayoría de las veces. Se le recordó que las puertas del consultorio siempre estarán abiertas para ella, si ella así lo requería.

## 7.7 Expectativa de un enfoque no centrado en el peso

En este grupo se incluyeron a 4 personas que habían intentado modificar su peso corporal sin lograrlo. Si habían perdido peso, volvieron a ganarlo, incluso más que cuando empezaron. Esto las hizo pensar que ya no querían seguir trabajando con dietas o hábitos restrictivos. Se habían informado sobre los nuevos paradigmas y estaban interesadas en trabajar de esta manera. Por lo que con ellas no se tuvo que negociar la intervención. Fue interesante notar que este fue el segundo grupo que reportó menos CAR (entre 5 y 7), ya que en los otros grupos fue más común que reportaran entre 8 y 14 CAR. De este grupo, 3 personas terminaron el tratamiento y una lo abandonó en la segunda consulta.

### 7.7.1 Presentación del caso

Hel, era una mujer de 20 años, soltera, estudiante universitaria y vivía con sus padres. Aceptó que las sesiones fueran grabadas por medio del consentimiento informado. Ella comentó como motivo de consulta lo siguiente:

*“Me gustaría implementar una rutina de comida saludable en mi vida y sentirme físicamente bien conmigo misma”*

### 7.7.2 Evaluación del estado de salud y nutrición de la persona

**Elementos previos a la consulta:** Hel llenó el CPC, en el que reportó que no fumaba ni consumía bebidas alcohólicas. Su AF en su ocupación principal y en su tiempo libre era moderada. No tenía problemas para dormir y dormía 7 horas al día. No refirió padecer alguna enfermedad. Contestó que sí a 5 de 15 CAR.

**Al momento de la consulta:** Hel negó presentar alguna enfermedad metabólica y no tenía estudios bioquímicos que demostraran lo contrario. fue diagnosticada con gastritis nerviosa (no se indagó en el tiempo) y su tratamiento consistió en disminuir el consumo de alimentos irritantes. Presentaba 5 conductas relacionadas con un patrón de alimentación desordenado que se abordaron en la sesión, como se indica a continuación:

Las primeras conductas que marcó positivas fueron que “se siente nerviosa o mal cuando se pesa o mide”, “siente vergüenza por su peso o por el tamaño de su cuerpo”, “se siente incómoda o insegura con su musculatura” y “se siente incómoda o insegura

con la grasa corporal que tiene”, al indagar sobre estas conductas ella mencionó que eran ideas y pensamiento que tenía antes y que en ese momento ella estaba tratando de dejar de pensar así:

*“Desde pequeña me he sentido mal físicamente con mi cuerpo, pero siento que cuando estaba en la secundaria o en esa etapa, físicamente estaba bien, pero yo no me veía bien físicamente. Incluso hace poco que estaba arreglando mi closet vi ropa de esta época y la vi y era muy chica esa ropa. Entonces cuando yo estaba en esa edad yo decía: ¡no es que estas muy gorda! Entonces cuando yo lo vi ahorita dije: no, eso no es nada con lo que eres ahorita. Entonces siento que siempre he tendido como... a acomplejarme con lo que me han dicho sobre mi aspecto físico. Entonces... eh pues sentía en ese entonces que estaba muy pasada de peso, pero estaba bien... Incluso mi mamá luego me decía: te ves bien, estás flaca. Y yo le decía: no, estoy gorda (...) En mi adolescencia viví juzgándome mucho a mí misma, y ahora... bueno, como que no se me hace difícil aceptar que estoy subida de peso, pero ya no me.... critico tanto a mí misma... como que ya lo estoy aceptando un poco, pero eso aun no me hace sentir a gusto... ahorita que lo veo, fui muy dura conmigo misma y me digo: pues perdiste gran parte de tu vida sintiéndote así. Y ahorita... estoy aceptando que pues... sí mi fisonomía es así... pero estoy tratando de hacer algo... ya no estoy enfocada en tratar de verme bien si no en mejorar mis hábitos y sentirme bien”*

Otra conducta que marcó como afirmativa fue que “Ha realizado ejercicio para compensar lo que comió” y lo clarificó con lo siguiente:

*“Esto también era antes, durante la pandemia antes de ir con el nutriólogo, antes practicaba box, y luego empecé a hacerlo en casa, y pues llevaba una dieta, con la que no comía pan o así ¿no?, entonces... me veía en la necesidad de que, si comía algo fuera del plan de alimentación, pues al otro día hacía más ejercicio para quemar ese pan, según yo. Entonces durante ese tiempo así lo llevaba, de que si lo que comía que fuera como algo malo, a hacer más ejercicio”*

**Evaluación bioquímica y antropométrica:** Al momento de la primera sesión Hel pesaba 83 kg, medía 1.53 m y su IMC era de 35.46 kg/m<sup>2</sup>. Su historial de peso incluía ciclos de ganancia y pérdida de peso. El peso mínimo que tuvo en su vida adulta fue de 60 kg, el peso que mantuvo por más tiempo (1 año) fue de 62 kg, y su peso máximo (que presentaba en la primera sesión) fue de 83 kg. Refirió que durante la pandemia subió 15 kg después de haber ido con una nutrióloga que le dio una dieta restrictiva.

**Antecedentes relacionados con la nutrición y la actividad física:** En 2021 Hel fue con una nutrióloga con la intención de perder peso y en ese momento ella pesaba 65 kg. La nutrióloga le dio un plan de alimentación restrictivo y le recomendó hacer AF con lo que perdió 5 kg en 3 meses (llegó a pesar 60 kg). Al momento de la pandemia dejó de ir y en ese tiempo aumentó a 68 kg. En 2022 subió a 83 kg, ella mencionó que se debía a que dejó de cuidar su alimentación en cuanto a calidad y porciones (tenía periodos de atracones con alimentos prohibidos). Cuando le diagnosticaron gastritis nerviosa solo podía comer “verduras” y con esto, también intentaba perder peso. Además, en otros intentos propiciados por cuenta propia dejaba de consumir alimentos que contenían harinas, refrescos, dulces y tomaba mucha más agua, pero después volvía a consumirlos. Practicaba box porque era un deporte que le gustaba, pero comenzó a hacerlo para compensar lo que comía, al no ver resultados, dejó de practicarlo. Refirió que en su niñez y adolescencia no tuvo un cuerpo grande, pero ella sentía que sí y trataba de comer saludable y de hacer ejercicio porque se sentía gorda.

### **7.7.3. Diagnóstico nutricional**

Patrón de alimentación desordenado relacionada con alteración de la imagen corporal en su adolescencia, malas experiencias al implementar dietas restrictivas autoinducidas y por una nutrióloga evidenciado por ciclos de ganancia y pérdida de peso, vergüenza y frustración al no perder peso, insatisfacción corporal, aumento de 18 kg en un año, restricción de alimentos alternado con atracones y culpa al no hacer ejercicio.

### **7.7.4. Intervención y monitoreo**

Desde el primer momento, Hel mencionó que su intención no era perder peso. Por lo que se le propuso trabajar bajo un enfoque no centrado en el peso. Este enfoque le



convenía debido a que había tenido experiencias con dietas restrictivas que no podía mantener mucho tiempo y se asoció con una ganancia de 18 kg en 1 año. Aunado a esto, presentó dismorfia corporal en su adolescencia, lo que provocaba miedo a subir de peso, entonces, enfocarse en el peso le resultaría contraproducente. Con ella se trabajó en 8 sesiones de 30 a 60 minutos, cada 2 semanas, en total fueron 5 meses. Las sesiones fueron presenciales. La intervención se centró en adoptar Alimentación Intuitiva (E-1.5 Educación nutricia: otros temas relacionados), a continuación, se describen las herramientas que fueron utilizadas en cada consulta para lograr el objetivo.

Consulta 1: Debido a los antecedentes que se describieron, Hel era candidata para trabajar AI. Como ella ya no buscaba pérdida de peso, no fue necesario negociar la intervención. Por lo que se le preguntó si le sería fácil trabajar en buscar su bienestar sin tener en el centro el peso:

*“Siento que estaría bien porque ya no quiero torturarme quitándome todo otra vez, si no quiero que sea poco a poco (...) ahorita voy bien, estoy trabajando en mí, leyendo algunos libros y siento que me ha servido mucho, porque usualmente me considero una persona un poco... solitaria, en algunos aspectos y me hace sentir bien y siento que he progresado bien”*

Esta sesión se enfocó en obtener información de su estado de salud y nutrición, experiencias previas con la alimentación, se informó sobre la forma en que se trabajaría y se trabajó con la herramienta de EHYS. Al terminar la sesión se le preguntó cómo se sintió, a lo que ella respondió:

*“Me sentí muy bien, siento que muy pocas veces hablo de estos temas, como le decía, luego me los quedo para mí, siento que está bien sacarlo y de alguna forma me sentí tranquila y de por sí no venía con esa idea de: a pues ya vas a hacer ejercicio obligatorio y dieta. Si no que lo que quería era que fuera algo despacito, pero que se quede permanente”*

Consulta 2: Se trabajó con el seguimiento de la EHYS, se pusieron horarios para comer y se comenzó a trabajar con las herramientas de beneficios de la AF y hacer

demasiado ejercicio. Además, se habló sobre la importancia del autocuidado. Al final de la sesión ella dijo:

*“será difícil, pero lo voy a lograr”*

Consulta 3: Debido a que Hel ya se había incorporado a sus señales de hambre y saciedad y sus horarios de comidas, se comenzó a trabajar con MPS.

Consulta 4: Esta sesión fue difícil para Hel, pues comentó que fue complicado estar haciendo ejercicio y comiendo bien sin que pudiera “medir” su esfuerzo en la báscula. Por mucho tiempo, sentía que los beneficios de “hacer ejercicio y dieta” se veían en la báscula. Por lo que se trabajó la herramienta de la mentalidad de hacer dieta. Al final de la sesión ella comentó:

*“Cuando lo platicas, te ayuda a identificarlo, entonces siento que es un paso porque con el otro nutriólogo como que llegaba y lo normal de: ¿cómo estás? no pues me fue muy bien y ya hasta ahí. Te pesa, te da otra lista y te dice si bajaste y ya... entonces siento que esto es una parte nueva que siento que está bien porque incluso crea un ambiente más agradable. Entonces ya no es como... ir al nutriólogo y que incluso vas con miedo, aunque sabía que había cumplido, ese miedo me perseguía. Ahorita vengo y estoy tranquila, es algo nuevo que estoy implementando y que me hace sentir bien y estoy, pues a gusto”*

Consulta 5: Se identificó que le convenía trabajar con el inventario de alimentos prohibidos, pues sentía culpa al comer algunos alimentos. Además, se identificó que su diálogo interno era negativo así que se invitó a trabajar con la metáfora de la escritura de la mano y el diálogo interior positivo y de gratitud. Al final de la sesión ella comentó:

*“Me sentí muy bien porque son cosas que no le había puesto mucha atención, o sea sí lo había tratado, pero fuera de un contexto que no fuera la nutrición. Entonces pues sí es algo muy importante y que estoy viendo que descuido mucho y que incluso había notado eso, que el cómo me hablo está afectando el proceso y pues sí es un tope que no me deja avanzar y positivamente siento que vamos bien, incluso esta semana estuve más tranquila y siento que vamos bien ”*

Consulta 6: En esta sesión se notó un avance significativo en cuanto a la AF, señales de hambre y saciedad, autocuidado y su diálogo interno mejoró. Ella comentó lo siguiente:

*“Pues siento que a veces, cuando... bueno yo lo veía, cuando iba al nutriólogo y piensas que solo se trata de una sola cosa, que es como cumplir una dieta y hacer ejercicio. Pero ahorita me estoy dando cuenta con las actividades y todo lo que hemos hecho que, pues todo se puede unir para una sola cosa y que es mejor pues que todo se una o encontrarle yo misma las piezas. Eso de alguna forma me está facilitando todo este proceso, porque antes no estaba viendo bien el qué cómo pero a detalle, entonces voy mejorando”*

Consulta 7: Hasta este momento ya se habían trabajado todos los objetivos. Se veía una mejoría en Hel y estaba lista para continuar de manera independiente. Se sugirió volver a verla en un mes para ver cómo le iba llevando a cabo todo lo trabajado, es decir; este mes fue para que ella pudiera trabajar por sí misma lo que aprendió y ver si ya no era necesario el acompañamiento. Ella estuvo de acuerdo y comentó lo siguiente:

*“Son muchas cosas que luego pasan por mi mente, pero si he ido mejorando porque luego sí sentía esa necesidad de pesarme. Incluso cuando iba con el otro nutriólogo yo me tenía que pesar ese día en la mañana, porque qué traumante ir y no haber perdido peso. Y ahorita el hecho de no enfocarme, obviamente pues si llegan esos pensamientos pero no es en lo que me esté enfocando ahorita y eso me está ayudando... ya llevamos tiempo y, me he sentido bien, con altas y bajas pero lo que me alegra es que sigo aquí”*

Consulta 8: Se dio de alta y la descripción se encuentra en el apartado Alta.

#### E-1.4 Educación nutricia: relación de la nutrición con la salud/enfermedad y C-2.8 Reestructuración cognitiva:

Consulta 1: Una vez que se obtuvo información, se identificó que Hel no buscaba pérdida de peso o modificar su cuerpo, lo que buscaba era trabajar en hábitos saludables que la hicieran sentir bien. Implementando el P1 (Eliminar la mentalidad

de dieta) se le ofreció información basada en evidencia acerca de los mitos que tenía sobre las dietas y el ejercicio. Porque si bien, Hel estaba lista para trabajar en este enfoque, aún podían existir ideas que pudieran estar interfiriendo en su adopción de la AI. Se informó sobre el efecto de las dietas restrictivas, ciclos de ganancia y pérdida de peso y la teoría del *set point*. Hel se mostró atenta y asentía con la cabeza, con lo que se dio a entender que le hacía sentido y ya no se dio espacio a que dijera lo que pensaba al respecto (es importante que a todas las personas se les pregunte su opinión, aunque en este caso la nutrióloga no lo hizo). Además, se le informó sobre los beneficios de realizar AF.

Consulta 2: Se explicó la importancia formar un patrón de alimentación regular (horarios de comidas).

Consulta 3: A pesar de que Hel ya había tenido acercamientos con una nutrióloga, ella desconocía los grupos principales de alimentos y sus funciones. Siguiendo el P10 (Honra tu salud con nutrición amable), se explicaron las propiedades, funciones y alimentos de los 3 grupos. Un grupo de alimentos que Hel desconocía eran los tubérculos, se le brindó información sobre estos.

Consulta 7: Recomendaciones sobre hidratación.

Consulta 8: Se informó sobre las causas de los ciclos de ganancia y pérdida de peso (“efecto rebote”).

#### E-1.5 Educación nutricia (modificaciones recomendadas) y C-2.2 Establecimiento de metas: El uso de “mi plato saludable”

Consulta 3: En este momento Hel ya identificaba mejor sus señales de hambre y saciedad, tenía horarios de comidas establecidos y movía más su cuerpo. Como siguiente paso y obedeciendo al P10 se sugirió comenzar a trabajar con “MPS”. (Haciendo una reflexión posterior a esta intervención, pudo haber convenido trabajar primero herramientas de autocuidado, porque en esa misma sesión ella comentó que cuando iba a clases o a trabajar ponía como prioridad esto antes que su salud y bienestar, esto se trabajó en consultas posteriores). Hel estuvo de acuerdo:

*“se me hace más fácil tener algo (información de su alimentación) antes de ir a la escuela. Que así porque luego en esa semana si siento*

*como que hay muchas cosas y como que me va a costar trabajo adaptarme a algo ”*

Se explicó la estructura de “MPS” y la importancia de incluir cada grupo de alimentos. Además, se realizaron ejercicios para identificar la comprensión de Hel. Con la consigna de que no era una dieta más. Hel logró comprender la lógica de esta herramienta y comentó:

*“me pareció muy bien e interesante porque, la vez pasada que fui al nutriólogo pues si me daba cuenta de que faltaban cosas. O sea como, habían grupos que me costaba implementar y yo recuerdo mucho que en el caso de las proteínas, me parece, me faltaba mucho lo de... cereales (señaló el grupo de leguminosas y se le informó el nombre) bueno no, y ya le decía que los frijoles me costaban trabajo y ya me los quitó porque me costaba trabajo implementarlas. Entonces pues a veces sí sentía que me hacían falta, pero pues, como no estaban en mi dieta, pues me quedé con eso. Incluso cuando mi mamá de repente lo llegaba a hacer pues yo no lo comía porque no es algo que estaba en mi dieta”*

Se invitó a Hel a realizar un registro de los alimentos que incluía de cada grupo en cada comida y que revisara con calma el listado de alimentos ya que durante los ejercicios de identificó que le convendría prestar atención en ello.

Consulta 4: Hel hizo el registro de cómo estuvo implementando MPS en sus comidas. Ella comentó que el grupo que le seguía costando trabajo identificar eran los tubérculos, pero con el resto de alimentos no tuvo problema. Considerando su registro, hubo un apego a esta herramienta, pues en la mayoría de sus comidas incluyó alimentos de los 3 grupos principales. Una vez más se hizo énfasis en que no era una dieta más y que se esperaba que se lo implementara la mayoría de las veces. Un tema que surgió fue que debido a sus clases no tenía oportunidad de hacer su tercera comida y eso la hacía llegar con mucha hambre a su cuarta comida. Por medio de ND-1.2 Modificación de la composición de las comidas o colaciones, se buscó alguna opción que le facilitara consumir alimentos mientras tomaba sus clases:

*“yo siento que algo que se me hace más fácil es algo como bebible, porque como estás tomando nota y así entonces se me facilita más beber que estar comiendo. Entonces en esa parte pues no sé, porque un líquido digo, no te da pues tanta saciedad como si comieras comida, pero para mí sería más fácil”*

Si para Hel era más fácil beber en su clase, se le recomendó que podría recurrir a licuados de frutas y se usó la herramienta de “MPS” para demostrarle que cumplía con la estructura (un ejemplo fue un licuado de plátano, aunque se le comentó que podría hacer otras combinaciones. Proteína: leche, frutas y verduras: plátano y cereales: granola):

*“Cumple con el plato y ¡no lo había pensado!, porque si trataba de comer, pero se me iba un apunte, y ya estaban borrando y eso me estresaba porque sentía que no podía hacer las 2 cosas .... y con el licuado sí”*

Debido a que Hel comentó al principio de esta sesión que había alimentos que no sabía en qué grupo iban, se sugirió que los anotara y la siguiente sesión se le podría ayudar a identificar el grupo al cual pertenecía. Hel comentó que se sentía confundida por lo que había aprendido con el otro nutriólogo:

*“Es que cuando iba con el otro nutriólogo también me daba una lista igual, pero era como muy básica, solo decía: verduras, frutas, proteína y grasas y azúcares. Pero ese grupo de cereales se mezclaba con esos, eso me generó confusión, entonces, por esa parte siento que me quedé con esa idea, como lo de los tubérculos”*

Según lo que relató Hel, se puede pensar que su plan de alimentación estaba restringido de hidratos de carbono. La impresión de la nutrióloga fue que quizá esa era la razón por la que ella desconocía el grupo de cereales y tubérculos (igual esta puede ser la razón por la cual tenía alimentos prohibidos de este grupo de alimentos). Con esto se estaba dejando de lado el P2 pues Hel no estaba ingiriendo la energía y carbohidratos que su cuerpo necesitaba.

Consulta 5: Hel comentó que pudo apegarse más a MPS, se centró en incorporar más frutas y verduras. Pudo realizar sus 5 comidas y el licuado le funcionó para el horario de sus clases. Como lo comenta a continuación:

*“me gustó lo de licuado porque sí me sentía llena (...) esta semana me fue mejor en cuanto a las comidas, porque lo que más me faltaba comer eran verduras y frutas porque luego se me olvidaba y esta semana le presté más atención a eso, solo hubieron 2 alimentos que no identifiqué”*

Hel no pudo identificar a qué grupo pertenecían la chía y la granola. Se explicó a qué grupo pertenecían. Ella comentó que comenzó a incluir frutas y verduras de manera automática:

*“sin pensarlo, ya solita lo hago, si no lo pongo antes de empezar a comer y veo mi plato, digo: ah le falta. Entonces siento que eso mejoré porque al inicio mi cerebro me decía: pues tienes que comer algo de verduras. Y ahorita ya es sin pensarlo”*

Consulta 6: Hel continuó implementando esta herramienta en sus comidas diarias, ella comentó que le funcionó ver los beneficios que tiene cada alimento:

*“A veces hacemos las cosas, pero no sabemos porque las estamos haciendo, justo la alimentación es así. Bueno, yo lo estoy entendiendo así, de que a veces pues sí, comemos... pero... a lo mejor, te comes una manzana, pero es por una necesidad y entonces ahorita estoy aprendiendo como de: ah pues es una manzana y estoy pensando en que esa manzana en qué le ayuda a mi cuerpo. Y también eso me ayudado, el ver qué alimentos le ayudan a mi cuerpo”*

Esto demostró que, al tener conocimiento sobre los beneficios de los grupos de alimentos, pudo tomar decisiones informadas en cuanto a sus comidas y se cumplió el objetivo del P10. Con el fin de que no se convirtiera en una obsesión (siguiendo la lógica P2, P5 y P6) se reforzó nuevamente la idea que no era una dieta más y se trabajó en que si algo no le gustaba, podría elegir otros alimentos que pertenecen al mismo grupo. También se le invitó a recordar que se esperaba que su alimentación obedeciera a “saciedad y satisfacción”. Al final ella clarificó lo siguiente:

*“cuando empecé a trabajar este plato, pensé que sería restrictivo igual (...) he tratado de identificar los grupos que me hacen bien, pero si se me antoja algo, pues no verlo como algo malo, si no disfrutarlo, entonces me siento tranquila”*

Consulta 8: Logró implementar la herramienta en la mayoría de sus comidas (se describe en el apartado de alta).

E-1.6 Educación nutricia: (otros temas relacionados), C-2.8 Reestructuración cognitiva y C-2.2 Establecimiento de metas: beneficios y motivación para la actividad física

Consulta 1: Hel mencionó que su principal preocupación en cuanto al movimiento era que había notado que su capacidad de resistencia ya no era la misma desde que dejó de hacer AF, como lo verbalizó a continuación:

*“(...) hay días que veo que ya me cuesta más, o sea yo sentía, de por sí el correr nunca ha sido fácil para mí, pero hace un mes trataba como de caminar, entonces ya sentía como que algo me pesaba, como que ya no era lo mismo, entonces dije: algo está mal. Y si dije: una, es tu peso, pero también es porque mi vida era más de estar sentada. Entonces si dije que ya no va a ser por cómo te van a ver los demás, como te vas a ver a ti, sino más bien por salud y por mi interior”*

Ella comentó que veía al ejercicio como una actividad liberadora porque la hacía sentir mejor tanto física como mentalmente. Le gustaban mucho las actividades de fuerza y mucho movimiento, pero lo dejó de hacer durante la pandemia y porque no vio resultados de pérdida de peso y lo dejó. Lo intentó retomar cuando regresó a clases, pero ya no le daba tiempo. Debido a esto, se informó sobre los beneficios de realizar AF y las recomendaciones. Los beneficios los había experimentado al mencionar que cuando iba se liberaba del estrés y tenía más energía. Esta vez se trabajó en buscar la actividad que más disfrutara y los horarios que más se le acomodaran. Desde la perspectiva de honrar lo que su cuerpo podía hacer desde el movimiento y despegando los conceptos “pérdida de peso” con “ejercicio”.

Como primer objetivo ella se propuso realizar 30 minutos, 4 días a la semana y a las 8:00 am. Iba a buscar videos de fuerza en YouTube (ella mencionó que era lo que



hacía antes y le gustaba). Para garantizar que sí lo haría ella propuso poner una alarma para acordarse.

Consulta 2: Se preguntó a Hel su experiencia al retomar la AF y si pudo lograr la meta que se había puesto, ella respondió lo siguiente:

*“pues, los primeros días si me costó bastante, incluso pues los primeros días sentía mi cuerpo muy pesado y ya posterior acabando. En el segundo día me dolía mucho mucho mi cuerpo y el tercer día de la semana pasada fue así como que ya no quería porque mi cuerpo se sentía muy cansado, pero pues si lo logré. Y de esa semana solo hice 3 días, y de esta semana, ahorita llevo 2 días, entonces... siento que si me está costando poquito pero mi cuerpo si se está adaptando. Y de alguna forma pues la primera semana si fue tediosa porque mi cuerpo decía como de: noooo, quiero descansar. Ahorita siento como que ya se está adaptando de alguna forma y ya lo empiezo a ver como algo más estable... y esos días que hacía ejercicio, me sentía con más energía en el día y más bien”*

Hel logró hacer AF 3 días de los 4 que se había propuesto. Se informó que se esperaba que cumpliera con los requerimientos establecidos y que minimizara el tiempo sentada, pero que también era importante que escuchara a su cuerpo y esto implicaba tomar días de descansos entre sus rutinas. Por lo que no se esperaba que lo hiciera perfecto desde el principio. Además, se reforzó la idea de ver los beneficios (se sentía mejor y con más energía) que había identificado. Al final a Hel le hizo sentido y comentó que como tendría vacaciones, podría comenzar a hacer los 4 días que se había propuesto.

Consulta 3: Al preguntarle sobre cómo le había ido con el objetivo que se propuso, ella respondió lo siguiente:

*“Por el trabajo, no logré aumentar los 4 días, entonces ahí me falló un poco porque no pasé de los 4 días, o sea siempre hice 3 y trataba de hacer el cuarto día pero por alguna razón no podía”*

Continuando con el P9 se habló sobre las barreras que hay para la práctica del ejercicio, en el caso de Hel fue que tenía una agenda exigente de trabajo y en la

escuela. Se le mencionó que si en este momento, sus tiempos solo le daban para hacer 3 días a la semana, por ahora con eso bastaba. Se le comentó que el mantener 3 días de AF era un logro, pues en la primera sesión no hacía nada de AF. La nutrióloga notó que Hel estaba preocupada al comentar que no pudo incrementar los días y se le invitó a que no lo volviera una obsesión, para que no volviera a tener este sentimiento de decepción por no lograr lo que se propuso. Ella clarificó con lo siguiente:

*“Ahorita no lo veo como algo que tengo que cumplir, o más como algo obligatorio, si no algo que le hace bien a mi cuerpo, ¿no? Incluso lo sentía, igual de estos días pues no era como de que me castigara a mí misma porque decía: pues ya te cansaste ¿no? Y de alguna forma el estar caminando de aquí para allá, que es movimiento que a veces cuando estaba en la escuela no lo había, o sea que para mí también digámoslo de alguna forma pues es un logro, ¿no?, que como tal no cumplí un ejercicio oficial por así decirlo, pero sí hice otras cosas que ayudaron. Entonces fue como de: pues está bien. Y por esa parte sí acepté que hubo días en los que mi cuerpo necesitaba descansar y había días que no hacía el ejercicio oficial”*

Se invitó a comprender que las barreras que estaba presentando en el momento no las podía modificar, y se reforzó que mantuviera los 3 días en los que hacía AF.

Consulta 4: Hel comentó lo siguiente respecto a la AF:

*“en el ejercicio si me fue bien, la semana pasada, si son buenas noticias, hice 3 días y esta semana ya hice 4, entonces ya avancé un día”*

A pesar de que pudo incrementar los días de ejercicio, Hel encontró otra barrera para la práctica de ejercicio. Esta barrera era que aún no podía deslindar el “hacer ejercicio” de “pérdida de peso”. Aunque Hel sabía que el tener estas ideas eran una barrera para continuar este proceso, deslindarse de ello fue un trabajo extra para ella (como para la mayoría de los pacientes que trabajan este enfoque), sobre todo esas 2 semanas estuvo más presente la idea, pese a que ya se había hablado de los beneficios del movimiento físicos y mentales. Por medio de la escucha reflexiva, se propició que verbalizara lo que sentía, como se muestra a continuación:

*“normalmente cuando iniciaba a hacer ejercicio me costaba, entonces era, como para ver mi avance, supuestamente y cuando hacía dieta pues era un avance mayor (pesarse y ver el reflejo en la báscula), entonces por esa parte me cuesta cómo identificar por qué lo estoy haciendo. Hay días que si lo tengo claro, que es algo más como para mí misma pero, de mmm, ayuda de alguna forma.... y no de una forma restrictiva (...) hay días en los que hago ejercicio y termino feliz, y hay días en los que mientras lo hago digo: pues lo tienes que hacer mañana también igual. Pero de forma restrictiva, pero solo con el ejercicio (...) una mala costumbre que agarré fue que cuando iniciaba a hacer ejercicio me pesaba y por decir yo me anotaba 5 días de hacer ejercicio y el viernes que se puede decir que era el último día pues se podía decir que tendía a pesarme (...) ha sido raro no tenerme que pesar. De hecho, con el otro nutriólogo lo primero que hacía era que me pesaba, entonces como trabajar en mí, pero sin conocer mi peso es el conflicto”*

Hel reconoció que el proceso estaba siendo difícil porque por mucho tiempo creyó que el ejercicio solamente era para perder peso. Un gran paso que ella dio (el cual se reconoció por medio de reflejos) fue que ella tenía una báscula en su casa y no la usó aunque sentía el impulso. La solución que ella propuso fue guardarla para no tenerla a la vista. Se reforzó la idea de los beneficios de realizar AF y los beneficios que ella misma estaba experimentando, se sentía más activa y feliz. Se invitó a pensar en esto cada vez que vinieran pensamientos intrusivos. Ante eso ella dijo:

*“eso lo sé, por eso digo que el ejercicio me costó menos (pudo incrementar un día más), .... incluso ayer creo que dejé a un lado esto y pude decirme a mí misma que estaba bien, que no necesitaba ver un número para saber que me siento bien”*

Se invitó a que en esas semanas escuchara más a su cuerpo y cómo se sentía al hacer ejercicio, considerando la importancia de un entorno positivo para su cuerpo. Esta idea se trabajó más con la herramienta de la mentalidad de hacer dieta, que se describe en ese apartado.

Consulta 6: En esta sesión se estuvo trabajando la liberación de la mentalidad de la dieta (asociación que tenía entre ejercicio y pérdida de peso). Parte de las paces que hizo con su cuerpo, fue ver a la AF como una forma de honrar los movimientos que podía hacer su cuerpo y que la hacía sentir bien, sin necesidad de modificar su peso. También logró implementar que, si se sentía cansada, merecía descansar y no se forzaba a hacer AF. Hel comentó que cuando hacía AF con la intención de perder peso se obligaba a hacer ejercicio, incluso si estaba muy cansada. Cuando ya no podía hacerlo (porque llevaba a su cuerpo al límite) terminaba dejando la motivación de seguir haciendo ejercicio porque pensaba que ya había echado a perder todo su avance y le era muy difícil retomarlo. Lo comentó de esta manera:

*“(...) como estaba estresada de la escuela y todo eso dije: ok, mi cuerpo necesita una semana. Entonces como que una semana pues no hice, y lo disfruté, y ya cuando regresé (retomó la AF) pues también lo disfruté. Pero... a diferencia de otras veces fue como continuar un proceso, y a comparación de otras veces pues sí lo veía como de: ya fallaste y otra vez volver a iniciar. Y esta vez no fue así, fue de: ok, pues ya llevas un avance. Retomarlo me fue más fácil, he tratado de entender que mi cuerpo necesita un descanso, pero viendo ese descanso como algo bueno no ese descanso como: de chin, ya fallaste. Entonces siento que por ese lado del ejercicio pues igual vamos bien, porque ya lo estoy haciendo porque a mí me gusta y no por obligación que tenga que cumplir. He aprendido a identificar esos días que no tengo ganas y entiendo, estoy aprendiendo a entender que mi cuerpo necesita darle su tiempo y al otro día retomarlo y hasta me siento más tranquila porque se puede decir que mi cuerpo ya estuvo a gusto el día anterior y al otro día se continúa mejor”*

Consulta 7: En esta sesión Hel mencionó que estuvo haciendo 4 días a la semana ejercicio, y con eso se sentía cómoda. Además siguió implementando lo trabajado en sesiones anteriores.

Consulta 8: En esta sesión se dio de alta y verbalizó lo siguiente:

*“ya no estoy enfocada en hacer ejercicio por algo estético, lo estoy viendo como algo que me hace sentir bien como un momento en el que puedo estar bien”*

E-2.2 Desarrollo de habilidades, ND-1.3 Horarios de las comidas/líquidos y C-2.2 Establecimiento de metas: promoción de la interocepción para el consumo de alimentos

Consulta 1: En la primera consulta, Hel no mostraba preocupación excesiva por lo que estaba comiendo debido a que se había informado ya sobre este tema. Sin embargo, ella consideraba que no se estaba alimentando de la manera “correcta”. Para apoyarla en ese proceso le convenía comenzar a trabajar sobre sus señales de hambre y saciedad con la ayuda de la herramienta “EHyS”. Durante la sesión se trabajó en elaborar su escala. A Hel no le constó identificar qué niveles tenía, probablemente porque ya tenía acercamiento a este tema. Ella identificó que tenía 6 niveles que se muestran enseguida:

1. Muero de hambre
2. Ya tengo hambre
3. Normal
4. Normal de saciedad
5. Puedo seguir comiendo
6. Ya estoy muy llena

Se le invitó a realizar el registro en los próximos días, sin modificar lo que estaba comiendo. Al final se le preguntó si esta actividad le hacía sentido, a lo que ella comentó:

*“Siento que, si me va a servir porque tengo un problema con las horas de las comidas, antes nada más hacía 2 comidas, que eran como a las 12 y otra a las 7. Ahorita ya estoy trabajando con 3 comidas que son cuando me despierto, como algo ligero y ya después mi comida y ya después cuando regreso de la escuela pues otra comida. Entonces siento que si me va a servir porque siento que las horas son muy prolongadas”*

Consulta 2: Se inició la sesión hablando sobre la experiencia de Hel al realizar la actividad de la EHyS. Comentó que al principio se le complicó hacer una conexión entre el hambre-saciedad, cuerpo y mente, pero con el paso de los días le fue más sencillo. Como lo mencionó a continuación:

*“Pues al inicio si me costó un poco de trabajo el identificar físicamente lo que sentía y de cierta forma como que mi mente jugaba conmigo, porque yo decía: no pues me siento llena. Pero mi mente decía: no, no estás llena. Entonces eso me pasó como los 2 primeros días que tenía como que esa confusión de que me costaba identificar cuando ya me había llenado. Posteriormente, me di cuenta que había días que como que no tenía un orden porque había días que hacía solo 1 comida y había veces que hasta 4, entonces eso sí me sorprendió porque no había visto así tan a detalle cuanto pasa de tiempo entre mis comidas, y pues de alguna forma en esos días, los días que anoté menos comidas era cuando comía más (...) hubo un buen cambio, porque los primeros días era como de que mi cuerpo ni si quiera sabía, y ya los demás días fue como: oh, hoy te sentiste muy llena y no te puedes mover o cosas así”*

El ejercicio que realizó Hel resultó como se esperaba, ya que logró identificar varios elementos que estaban interfiriendo en alimentarse de forma intuitiva. Dentro de ello estuvo que no tenía horarios específicos para comer y por ende tampoco tenía tiempos de comidas definidos. No lograba identificar cuando ya estaba llena. Dejaba ventanas muy grandes de horas sin comer, pues, según su registro había ocasiones en que pasaba de 6 a 8 horas sin ingerir alimentos. Considerando que ella ya había identificado que cuando dejaba periodos prolongados sin comer, era cuando solía comer más de lo que comía normalmente, el siguiente paso fue que Hel verbalizara lo que sucedía cuando comía en sus niveles máximos de hambre y saciedad (el 1 y el 6), que era algo que sucedía constantemente. En ambos casos ella comentó que:

- Comía más rápido
- Perdía el control de la comida
- Necesidad de tener algo en la boca (esto sucedía cuando comía en el nivel 6)

Con lo que describió Hel se pudo identificar que su alimentación estaba siendo un ciclo de insatisfacción e iba más allá de su saciedad, lo que no cumplía con el P6. Debido a esto, se le invitó a identificar en qué niveles ella se sentía más cómoda al comer. Ella identificó que el mejor nivel para empezar a comer era el 2 y para terminar de comer era el 4, porque al comer dentro de ambos niveles ella sentía tranquilidad y comodidad física.

Para lograr que Hel se adaptara a comenzar a comer en su nivel 2 y terminara de comer en su nivel 4, lo que más le convenía era formar un patrón de alimentación regular. Además, los horarios de comidas también podrían ayudar a resolver las dificultades que presentaba en su alimentación diaria (comía pocas veces al día y comía más si dejaba ventanas de hora muy grandes entre comidas). Se informó sobre los beneficios que le traería el comer más veces al día (cada 3 o 4 horas). A ella le hizo sentido y respondió lo siguiente:

*“Como ya te había contado, estuve intentando tener 4 comidas al día y me sentía bien, porque dentro del transcurso del día me sentía físicamente bien, no me sentía ni muy llena a la hora de comer era como que nada más comía hasta sentirme satisfecha, entonces siento que sería un buen paso volver a intentarlo (...) sí porque incluso cuando había días en los que de alguna forma mantenía como estables las comidas me sentía como con más energía y no tan pesada, incluso los días que nada más hacía como 2 comidas, me sentía así como cansada, y cuando comía establemente, tenía más energía”*

Se indagó en sus actividades diarias y se fueron ajustando los horarios que más se adaptaran a su estilo de vida. Estos fueron a las 9:00, 13:00, 17:00 y 20:00 horas. Ella mencionó que se sentiría cómoda haciendo 4 comidas al día, teniendo 2 comidas “más fuertes” y 2 “más pequeñas”. Se le invitó a trabajar la práctica de BC, se dio la explicación de cómo hacerlo y se le sugirió que en cada comida practicara la actividad. Además, se pidió a Hel que al elegir sus alimentos considerara que le dieran saciedad y satisfacción. Aun así, se informó que era una actividad de autoconocimiento y que, si durante la práctica identificaba que era necesario modificar estos horarios, podría

hacerlo tomando en cuenta sus señales de hambre y saciedad, esto también con la ayuda de la práctica de “BC”.

Se le sugirió que podría agregar alguna comida antes de irse a dormir, pues comentó que regularmente dormía después de las 12:00 am y estaría dejando pasar 4 horas entre su última comida e irse a dormir, pero que esto lo iría identificando en el camino. Posteriormente se preguntó a Hel si necesitaba hacer algo para garantizar que se hicieran las comidas en esos horarios. Ella mencionó que le funcionaría llevar su comida preparada desde casa a la escuela porque a veces sus clases se tardaban más de lo normal y no le daba tiempo salir a comprar.

Consulta 3: En esta sesión Hel comentó que había comenzado a trabajar lo que modificó su rutina diaria. Al preguntarle cómo le había ido con sus horarios de alimentos, ella contestó lo siguiente:

*“la verdad no lo pude cumplir, porque en estas vacaciones me puse a trabajar, las comidas de la mañana que fueron las de las 9:00 y la a 1:00 fueron las que me costó más trabajo y con las que sí pude son con las que seguían después, entonces digamos que no me fue tan bien (...) sí hacía las 4 comidas, sólo se me complicó hacerlas en los horarios, por ejemplo, si el desayuno era a las 9, a veces me pasaba una hora y la hacía a las 10, pero lo de las 4 comidas sí se logró”*

Aunque no cumplió con los horarios que se había propuesto, sí cumplió con el número de comidas al día y se le recordó lo que se habló en la sesión anterior. Sus horarios los podía modificar si su rutina del día se veía alterada, esto formaba parte de ver a su alimentación como una forma de autocuidado. Ella mencionó que saber esto la dejó más tranquila porque estaba preocupada por no haber cumplido con su objetivo. Un paso importante fue que en esos días ella trató de hacer comidas cada 3 y 4 horas, respetando sus señales de hambre y saciedad, como lo comentó a continuación:

*“traté de hacer las 4 comidas y pues si yo veía que ya se estaba juntando más con la siguiente comida, pues trataba de... no se si comía a las 12 pues si dejaba mi tiempo para la otra comida, entonces sí traté de darle su tiempo a cada comida y no fue como que en un horario quisiera comerme la anterior, si fue como pausado”*



Con la intención de reforzar que Hel siguiera comiendo cada 3 o 4 horas se le pidió que verbalizara si había identificado diferencias al hacer estas 4 comidas al día, en lugar de las 2 comidas que hacía regularmente. Ella mencionó lo siguiente:

*“Algo que vi, es que los días que sí cumplía con los horarios, se mantenían los niveles que habíamos mencionado (Empezaba a comer en el 2 y terminaba de comer en el 4) y mi cuerpo estaba tranquilo de alguna forma, porque pues comía a la hora que me lo pedía y no rebasaba como una cantidad de más, trataba de identificar como el... pues sí, no llenarme tanto. Entonces esos días pues sí se nota la diferencia que hubo, cuando no y cuando sí”*

En esta sesión no se evaluó cómo le había ido con la práctica de BC (se sugiere que con las personas que se trabaje este enfoque, se preste atención a esto).

Consulta 4: En esta consulta, Hel ya había regresado a clases y nuevamente su horario se modificó, porque ahora estaba entrando a clases más tarde y salía más tarde, debido a la demanda intensa de sus clases se veía obligada a pasar 7 horas sin poder comer y era algo que se salía de sus manos, como lo comentó:

*“esta semana he batallado mucho con los horarios de comidas, porque como ya entré a clases, entro a las 4 y salgo a las 8 y voy llegando a mi casa a las 9, entonces eso sí me ha costado porque... por ejemplo, en la mañana pues sí se quedó como bien, ¿no?... pero ya en la noche como que se me juntan, por decir, si yo salgo a las 8 en el transcurso de la escuela a mi casa hago mi segunda colación y ya a las 9 llego a comer, entonces hay veces que sí llego con hambre a mi casa, entonces como que los límites de hambre y saciedad se han visto perjudicados, y es que como están seguidas las clases, si acabo una enseguida entro a otra y a esa hora no me da tiempo de hacer la colación”*

Hel se notaba preocupada porque estaba sintiendo hambre entre sus clases y no era que no identificara sus señales de hambre y saciedad, se debía a algo que ella no podía controlar. Junto con la herramienta de MPS se fueron buscando alternativas para poder ingerir algo mientras toma sus clases y no seguir pasando hambre. En su

caso, fue una bebida, porque eso sí lo podía ingerir dentro del salón (se detalla más en la sección de MPS).

Además, Hel comentó que en la última semana había estado teniendo varios “antojos” y que sentía culpa al comerlos. Si bien ella sabía que no estaba en una dieta, aun no podía deslindar el “ir al nutriólogo” con “restricción”. Se reforzó el uso de la práctica de BC y que ya no sólo fuera en sus horarios de comidas, sino que la implementara con esos “antojos” y se diera el permiso incondicional de comerlos si así lo deseaba. Se le preguntó si ella consideraba que esto le serviría, a lo que ella respondió:

*“yo creo que sí, porque ya lo había intentado hacer, normalmente cuando se me antojaba me comía el paquete de galletas entero y esta vez no. O sea, la abrí y me comí 5, y al otro día me comí otras 5 y no sentí tanta culpa. Pero sí hay días como que piensas más en la comida y no lo disfrutas entonces no lo había pensado, así como de analizar que siento con cada mordida y me parece interesante y así prestas atención a tu cuerpo con los niveles de saciedad”*

Consulta 5: Se preguntó a Hel su experiencia al realizar la práctica de “BC” con sus “antojos”, ella se vio beneficiada y comentó lo siguiente:

*“(…) la sesión pasada decía que luego me comía demasiadas, pero era porque mi cuerpo ya no analizaba hasta qué punto lo estaba disfrutando, si no ya después ya era sentirme llena. Entonces siento que ahorita lo pude identificar hasta que mi cuerpo dijera: no pues con eso es suficiente para que yo lo pueda disfrutar y esté bien”*

Consulta 6: Hel comentó que ya le resultaba más fácil la conexión entre hambre, cuerpo y mente (era lo que le costaba identificar):

*“ve que antes me costaba como identificar cuando yo ya estaba llena, que era lo que veíamos en las primeras sesiones entonces ahorita ya me es más fácil como decir cuando mi cuerpo ya se empieza a llenar y a decir que ya fue suficiente”*

Hel ajustó su situación escolar a sus necesidades biológicas (comer cuando sintiera hambre), le funcionó la alternativa que se buscó en sesiones anteriores. Esta vez el regreso a clases ya no fue tan confuso como lo fue en la sesión 3, en la que no sabía

cómo organizarse para no quedarse con hambre. Ahora trataba de ajustar los horarios a sus niveles de hambre y a el tiempo en que podía comer según sus clases y el transporte. Haciéndolo como un ejercicio de autocuidado, en el que comer cada cierto tiempo y la cantidad de comida que requería era necesario para cubrir sus necesidades fisiológicas y realizar sus actividades del día, como lo mencionó a continuación:

*“En vacaciones me di cuenta de: pues ya organizaste tu día y ¿en qué momento vas a comer? Y, o sea, eso algo que aparentemente se ve que puedes identificar, pero yo me di cuenta que no, y me daba cuenta como que, los primeros días organizaba mi día y yo: ¿y mis comidas? ¿a qué hora? Entonces, ahí fue cuando le comencé a poner más atención a esos detalles, porque, aunque pareciera algo que está programado en nuestra mente, pues no. Entonces siento que igual eso era un problema porque se me va el tiempo, que me pongo a hacer cualquier cosa, como perder la noción del tiempo y pues eso igual estaba mal. Ahorita estoy aprendiendo a agarrarle un gusto al preparar mis comidas, no es tanto como planearlo, si no estoy tratando de que fluya, a fin de cuentas, y eso igual me está ayudando. Cuando vengo a la escuela, pues si tengo que traer algo, entonces siento que es una forma en la que yo me estoy cuidando al hacer, no sé picarme fruta o hacer mi licuado entonces son pequeños detalles que antes yo no veía, porque justo, a veces comemos por una necesidad, pero no lo hacemos de forma consciente (...) de que me sirve tener una tarea completa, si me iba a enfermar”*

Consulta 7: En esta sesión se le preguntó si había podido continuar con lo que se trabajó y ella comentó que sí. Había hecho sus 4 comidas en los horarios que tenía establecidos siguiendo sus señales de hambre y saciedad.

Consulta 8: La descripción de esta sesión se encuentra detallada en el apartado de Alta.

### C-2.6 Manejo del estrés y C-2.2 Establecimiento de metas: Incorporando prácticas de atención plena

Hel se hubiera visto beneficiada de la implementación de prácticas de atención plena durante el proceso de adopción de AI. Sobre todo para los momentos en los que se sentía abrumada porque sentía que no hacía las cosas bien. En la sesión 8 se sugirió empezar con una práctica (DROP), al finalizar Hel comentó lo siguiente:

*“creo que nunca me había detenido a hacer esto, o sea, realmente hasta que empezaste a narrar los sonidos... es relajante, me gustó”*

Se sugirió realizarlas de manera constante para que cuando fuera necesario implementarlas, ya fuera algo que tuviera trabajado.

### C-2.8 Reestructuración cognitiva y E-2.2 Desarrollo de habilidades: Impacto de los comentarios de otras personas, mentalidad de hacer dieta y la metáfora de la escritura de la mano

Consulta 4: Debido a que Hel comentó que asociaba “dieta y ejercicio” con “pérdida de peso”, se invitó a identificar si en su entorno aún había redes que propiciaban la búsqueda del cuerpo perfecto. Siguiendo la lógica del P1 y P4 (Rechaza la mentalidad de dieta y desafía a la policía de los alimentos) se explicó la influencia del entorno en la toma de decisiones de su alimentación y movimiento. Como segundo paso, se le invitó a examinar sus creencias basadas en el contenido que seguía en sus redes sociales y su entorno. Ella comentó que ya había trabajado en dejar de seguir cuentas que reproducían esta ideología (en personas que aún no lo hacen, sería importante invitarlos a replantearse si de verdad quieren seguir viéndolo), como lo mencionó a continuación:

*“sí sigo a personas, pero es más como de motivación y que no tienen un cuerpo perfecto, porque durante la pandemia sí fue como que seguía a muchas personas. Entonces, de esa parte sí llegó un tiempo en que dije: no, no está bien. Entonces empecé a crear otro contenido y son personas que te motivan, que no tienen un cuerpo perfecto (...)”*

Estar rodeado de personas que constantemente están haciendo comentarios sobre cuerpos ajenos suele ser un impedimento al tratar de liberarse de las dietas y de abandonar la idea de tener un cuerpo perfecto. En el caso de Hel, nadie le había

hecho comentarios sobre su cuerpo, al contrario, se identificó que su mamá era quien constantemente le recordaba que no era necesario modificar su cuerpo. Ella dijo lo siguiente:

*“A pesar de eso, si cuesta trabajo, pero es más de uno. Bueno en mi caso siento que es mío y no de mi entorno, y eso siento que está... bueno siento que es más feo, porque cuando es por parte de alguien pues siquiera sabes que es esa persona ¿no?, y en este caso es como mi propia mente, entonces... por esa parte si es un pequeño conflicto, porque a veces siento como si mi mente me atacara y por esa parte sí es complicado, porque hay días que estoy muy bien, pero hay días que mi mente juega. Como esta semana, entonces yo trataba de recordarme a mí misma que no es una dieta, incluso lo trabajaba así y a veces sí funcionaba. El hablarme y decirme: puedes comer lo que quieras literalmente. Pero como que sí me quedé con esas ideas de que asocio todo, con dieta, o prohibición o ejercicio, así como obligatorio, entonces por esa parte sí, si me está costando”*

Al hacer esta evaluación se pudo identificar que no había personas ni influencias a su alrededor que le estuvieran impidiendo continuar. Entonces se comenzó a trabajar con la actividad de “mentalidad de hacer dieta”, pues era algo que tenía interiorizado. A pesar de que desde la primera sesión se clarificó que esto no sería una nueva dieta restrictiva, con ella se identificó que, aunque ella tuviera disposición de trabajar en la adopción de AI, el proceso no fue sencillo. Continuando con el P1 (Rechaza la mentalidad de hacer dieta), inconscientemente Hel seguía anclada en el lenguaje propio de hacer dieta que la estaba llevando a promover conductas restrictivas nuevamente (ver al movimiento y la implementación de MPS como un plan estricto). El trabajar con MPS la estaba conduciendo a pensar nuevamente en una dieta restrictiva con normas y obligaciones, como lo mencionó a continuación:

*“Esta última semana sí me ha costado mucho porque, no sé, como que mi cuerpo piensa que está a dieta o algo así, no sé porque ha pensado eso y se me han antojado muchas cosas, pero muchas de verdad, y es así como que, pues me ha costado bastante porque digo: que raro. Como que de repente mi mente me engaña y me hace*

*pensar eso..... y yo decía: ¡qué raro!, es que no es una dieta (...) hay momentos en que la mente empieza a jugar y sí había días en los que incluso me decía: estás fallando... aunque yo sé que no es una dieta, habían días en que mi mente lo veía así”*

Un paso importante fue que Hel reconocía que estaba teniendo pensamientos intrusivos que no la beneficiaban (que si no estuviera trabajando en este enfoque y no tuviera herramientas, para ella sería algo normal, como lo fue por mucho tiempo). Se trabajó validando lo que Hel sentía (por medio de la escucha reflexiva) y que era importante tener paciencia, pues había vivido gran parte de su vida persiguiendo ser más delgada y por ende no sería fácil (después se trabajó con la metáfora de la escritura de la mano, la intervención se encuentra descrita más adelante). Se identificó que el estar comiendo más frutas y verduras, hacer ejercicio e ir al nutriólogo era lo que la redirigía a asociar que era una dieta más. También se habló sobre las representaciones sociales de lo que implica ir al nutriólogo, generalmente se ha reducido esta profesión a dietas y pérdida de peso. Y también ella lo reconoció, como lo dijo en el siguiente párrafo:

*“... luego pasa, por ejemplo, me decía mi mamá: es que luego vas al nutriólogo pero normalmente estás acostumbrada a que el mero día pues literal te ponen a dieta. Entonces mi mamá me dijo pues es un proceso en el que hay que ir poco a poco y a lo mejor por esas ideas que se te quedaron del otro nutriólogo pues ahorita tu cuerpo está asociando la palabra nutriólogo con dieta”*

Dando espacio a que Hel pudiera contar cómo había vivido el hacer dietas ayudó a que pudiera identificar el patrón de sus pensamientos **“nutriólogo es igual a dieta y ejercicio que es igual a restricción y pérdida de peso”**. Se invitó a que reflexionara sobre las ideas que tenía y lo hiciera ahora desde la autocompasión. Hel identificó que estas asociaciones que hacía provenían de las prácticas que había hecho con anterioridad, ella lo verbalizó de la siguiente manera:

*“no me hace sentir bien, porque se veían resultados, pero esos resultados se fueron y ahora solo se quedaron estos pensamientos. Por esa parte yo lo he pensado así, como de: fuiste un mes disciplinada, pero... ¿después que paso? Entonces por esa parte*

*igual, trato de que mi cuerpo entienda que esta vez será más lento y que no es algo restrictivo o que se me cierre todo. Esta semana me costó, no sé por qué me costó tanto, pero siento que pues es algo que en algún momento iba a pasar porque pues esas ideas de alguna forma pues se quedaron ahí y pues tienen que salir (...) trato de tomar lo positivo de pensar esto”*

Después de hablarlo, Hel comentó que le sirvió decirlo y que se sentía más tranquila. No se dieron recomendaciones de lo que tenía que hacer, eso le corresponde a un profesional de la salud mental.

Consulta 5: Se preguntó a Hel si deseaba comentar algo de lo que se había hablado en la sesión anterior, con la intención de ver si había modificado su forma de ver el proceso de adopción de la AI, ella respondió lo siguiente:

*“siento que al no prestarle como tanto interés, entonces como que, eso de alguna forma pues... pues es que sí, normalmente siento que estás acostumbrado, o al menos en mi caso, que cuando vas al nutriólogo pues es como que te imaginas que ya de un momento a otro pues es un cambio drástico (se indagó en “cambio drástico” y ella lo veía como “restricción de alimentos”), que todos hacemos, tanto en la comida, por el ejercicio que debes de hacer, entonces eso implica mucho. Entonces aquí siento que mi mente como que no lo vio pues así, es que no sé, es raro, porque esperaba un cambio, incluso cuando envié el mensaje me dijeron (conocidos): **pues es que come porque ya son tus últimos días**. Entonces siento que mi mente igual, por eso como que tenía esa idea... siento que de alguna forma eso afectaba, pero ahorita trato de... pues sí, hacerle entender a mi cuerpo que ahorita pues es un proceso y al ser un proceso pues va poco a poco”*

En este momento se invitó a trabajar con la actividad de la metáfora de la escritura de la mano. La intención fue que pudiera comprender que sería un proceso, pero que entre más practicara los principios de la AI, estas ideas y pensamientos irían pasando a un segundo plano. Se realizó esta actividad durante la sesión y al terminar la actividad ella comentó:

*“Siento que me sorprendió de alguna forma porque si se asemeja mucho a la realidad, de que a veces nos centramos demasiado en unas cosas que nos da miedo, pues sí, creamos como un pensamiento negativo que era lo que me estaba pasando. Como lo que te digo de ir al nutriólogo y hacer un cambio repentino, pero en ese cambio siento que anteriormente no lo disfrutaba, era como de: ok, lo estás haciendo, te estás esforzando y obtuviste resultados, pero ¿lo disfrutas? no, no lo disfruté (...) nunca imaginé que la escritura de la mano tuviera que ver con la dieta”*

Se reforzó la idea de que era un proceso que requería paciencia y autocompasión, que este proceso no sería lineal pero cada día ella tendría nuevas herramientas para poder continuar. Hel sonrió y comentó lo siguiente:

*“En ningún proceso que he tenido lo he visto de esa forma, me he enfocado solo en lo físico y no realmente en lo que está sintiendo mi cuerpo por dentro de mí, en mis emociones.... Ahorita estoy disfrutando mis alimentos, pero todavía invaden esas ideas como de pues sí, a lo mejor algo está fallando o porqué está siendo tan lento. Entonces como menciona, si yo quiero aprender, tengo que tener mucho empeño de alguna forma”*

Consulta 6: En esta sesión Hel comentó que la idea de los “antojos” no estuvo presente y menos la culpa al comerlos. Esto debido a que la actividad de la metáfora de la escritura de la mano, le había hecho sentido, como lo comentó a continuación:

*“estas semanas me he sentido mejor, porque una, había comido lo que quería sin pensar como que iba a tener que hacer algo para reponer eso, o cosas así, sino simplemente se disfrutó y eso ayudó a que me sintiera físicamente bien”*

### **¿Que pasa con el peso?**

Hel tenía la inquietud de hablar sobre el peso, aunque había mejorado demasiado su relación con la alimentación y ejercicio. El peso seguía siendo importante para ella. La nutrióloga dedujo que era porque aún no se liberaba por completo de la mentalidad de la dieta y las asociaciones que ella hacía (“dieta y ejercicio” con “pérdida de peso”).



Además, es común que las personas que han hecho dietas de manera crónica sienten cierto rechazo a su cuerpo, lo que le podía estar pasando a Hel. Siguiendo con el P1 y P8 (rechaza la mentalidad de la dieta y respeta a tu cuerpo), se retomó lo que se había hablado en la primera sesión. El peso en este enfoque sería subjetivo y se dio información sobre las razones por las que el peso puede variar. Ante esto Hel comentó que le daba miedo saber su peso:

*“He tratado de no pesarme, porque siento que de alguna forma es algo que me está costando, aceptar mi peso. Aunque sé que estoy trabajando para... bueno es que en realidad desde el inicio perder peso no era el motivo del que yo esté aquí, entonces en este proceso pues eso sí me ha intrigado. Aunque ese no es el motivo pues de repente mi mente me hace creer que sí es el motivo”*

Para Hel seguía siendo retador el dejar de ver los resultados reflejados en la báscula y enfocarse en los beneficios que estaba encontrando con las herramientas trabajadas hasta el momento. Por medio de la reestructuración cognitiva, se invitó a que verbalizara cómo se sentía emocionalmente al estar en un proceso de pérdida de peso, y cómo se estaba sintiendo en este proceso. Ella respondió lo siguiente:

*“ese proceso no era tan feliz, no era agradable (...) son muchas cosas que aunque ya lo estoy trabajando pues vienen a mi mente (...) en el momento que me suba, me voy a decepcionar porque digo pues hay muchas cosas que en el otro proceso, no disfrutaba, entonces a veces siento que esa balanza ahorita están pesando más las cosas que estoy disfrutando pero de repente la mente es traicionera (...) tengo que trabajar eso porque siento que sí es un factor que puede afectar a lo demás, y aunque vaya fluyendo pues se puede afectar”*

Se invitó a que en esos días honrara lo que su cuerpo le permitía hacer independientemente del peso. Y que se tomara el tiempo de analizar lo que se habló durante la sesión. Además, se informó que lo que se esperaba con este enfoque es que su cuerpo alcanzara el peso con el que más cómodo se sintiera.

Consulta 7: En esta sesión se le preguntó cómo se había sentido respecto a la necesidad que sentía de pesarse. Ella comentó que no se había pesado y que trataba

de ya no pensar en eso, pero notó en su ropa y en el movimiento que estaba perdiendo peso. A continuación, lo que dijo:

*“En este mes me he enfocado en este balance, y he notado cambios en mi cuerpo, si bien ese no era el objetivo pues ahí está y lo noto y eso ahora me molesta (se clarificó la palabra “molesta” y lo asociaba con que a pesar de no restringirse como en otras dietas, ella sentía que había perdido peso) porque no estaba enfocada en eso y sucedió... yo no empecé por eso y ahora no quiero enfocarme en eso”*

Continuando con el P8, a Hel no le convenía saber su peso porque esto incrementaría su preocupación con la alimentación y el ejercicio. Pero dado que ella estaba notando pérdida de peso, se le informó que si bien el enfoque no se centra en la pérdida o el aumento de peso. Si existían atracones se podía dar una pérdida de peso y si había restricción podría haber un incremento del peso, en su caso era la primera situación. Se explicó que, en el caso de ella al darse el permiso incondicional de comer, sus episodios de atracones habían disminuido. Entonces se trabajó en ver al peso como algo neutral. Ante esto Hel comentó que al sentir que perdía peso no quería abandonar el enfoque para perseguirlo nuevamente:

*“No es el miedo a cuánto peso, es el miedo a perder el enfoque. Porque cuando yo llegué, bueno desde que me enviaron el cuestionario pues decía que esperabas de esta consulta... y no era pérdida de peso, o sea esta vez ese era mi enfoque y ahorita al notar cambios digo: ¡chin! no quiero perder mi enfoque. Así como de volver a las rutinas de querer crear hábitos saludables, pero por apariencia física”*

#### C-2.8 Reestructuración cognitiva: Alimentos prohibidos

Consulta 4: En esta sesión Hel comentó que había estado teniendo demasiados “antojos”. Se invitó a que clarificara a lo que se refería con “antojos”. Hel respondió que eran los alimentos que más se le solían antojar cuando estaba en una dieta. Como los alimentos dulces, principalmente galletas (esto se puede asociar a que con el nutriólogo anterior se le restringían), y cuando ella tenía ganas de comer una galleta, le llamaba “antojos”. Siguiendo los criterios del P3 (Haz las paces con la comida), se invitó a trabajar con BC, y con la exposición a estos (permiso

incondicional para comer). Se explicó la teoría de la restricción dietética, y que el antojo era la respuesta biológica de su cuerpo anticipando una restricción alimentaria. Hel hizo gestos de sorprendida y mencionó:

*“no lo había pensado de esa manera”*

Un ejercicio que se sugirió fue que tuviera a la mano las galletas que le gustaban y cuando tuviera el “antojo” se diera el permiso incondicional de comerlas usando el ejercicio de “BC”. Además, se comenzó a trabajar con “Impacto de los comentarios de otras personas” y “mentalidad de hacer dieta”.

Consulta 5: Se preguntó a Hel su experiencia al llevar a cabo los BC con las galletas, ella comentó lo siguiente:

*“Sí, esta semana como que fue más tranquila, porque siento que al hacer mis 4 comidas como que no sentía esa necesidad de que me faltara algo. Entonces por esa parte siento que en ese aspecto me ayudó mucho y sí hay días en los que, pues ahorita con el clima se me antojaba algo caliente y se me antojaba, ya ve que me dijo que tuviera un paquete de galletas ahí disponible, ¿no? entonces agarraba y ya me comía las que necesitaba. Entonces eso me ayudaba porque al tener pues cubiertas las demás comidas, no las necesitaba. A lo que me refiero es que no comía demasiadas como otras veces, solo como 5, igual trataba de entender o analizar cuando mi cuerpo me dijera pues ya es suficiente. Entonces esa parte me sirvió porque solo fueron como 4 o 5, entonces fue un avance porque, para empezar, disfruté las galletas y siento que no comí tantas (...)”*

Se reforzó la idea de que merecía comer. Y se invitó a que continuara identificando lo que su cuerpo le pedía.

Consulta 6: En esta sesión Hel comentó que ha aprendido a disfrutar sus alimentos sin sentir culpa:

*“se me quedó eso de, si me como unas galletas, pues disfruta tus galletas, ya mañana quizá no comas galletas, no solo con las galletas, pero se me quedó mucho ese ejemplo”*

Consulta 7: Hel había dejado de catalogar los alimentos como buenos o malos.

C-2.9 Prevención de recaídas y C-2.8 Reestructuración cognitiva: La mayoría de las veces cultivando la autocompasión y el autocuidado.

Consulta 2: Durante la sesión, Hel comentó que estaba entusiasmada porque saldría de vacaciones y eso sería bueno para poder cumplir las metas que se propuso (comer en un horario establecido, realizar la práctica de BC en cada una de sus comidas y realizar AF 4 días a la semana). Al informarle que estos hábitos se esperaba que los hiciera siguiendo su estilo de vida y no sólo por momentos, ella respondió lo siguiente:

*“En mi casa, ya no tengo otras actividades que realizar, entonces... durante vacaciones tiendo a darle más prioridad a mi cuerpo y eso creo que sería otro aspecto que debo de trabajar porque cuando vengo a la escuela pues ya me olvido de mi cuerpo... entonces eso si es algo como que tengo que revisar”*

Se identificó que por periodos ella se esforzaba en hacer dieta y/o ejercicio y cuando ya no le daba tiempo o se aburría, abandonaba sus objetivos. Esto demostró que presentaba tendencias a ser “perfeccionista” al seguir normas y reglas en cuanto a dieta y ejercicio. Siendo un distractor de la sintonización que estaba interfiriendo en su capacidad de escuchar y responder a las necesidades de su organismo. Se informó sobre la importancia de ver a la alimentación y a la AF como prácticas de autocuidado y, por ende, no llevarlas al límite. Que durante sus vacaciones tratara de no llevar al máximo la AF, ni dejar de comer ciertos grupos de alimentos (que solía dejar cuando hacía alguna dieta), si no que continuara con los mismos objetivos que se puso como cuando iba a la escuela, para no caer en la obsesión. Se invitó a escuchar lo que su cuerpo necesitaba, al final ella comentó lo siguiente:

*“ Sí, sí, siento que ahorita, bueno, las dos semanas no lo logré. Y esta semana perdí un día, entonces quiero ver la siguiente semana cumpliendo los 4 días, media hora, pues como se siente mi cuerpo y yo creo que se va a sentir bien y se va a sentir mejor y eso de alguna forma me va a ayudar a que lo siga manteniendo las semanas posteriores (...) siento que voy bien, porque.. pues sí como decía, me costaba trabajo cómo identificar como era cuando ya estaba muy llena o cuando mi cuerpo sentía que jugaba conmigo y pues había días en*

*los que sí me sentía muy cansada y mi cuerpo me decía cómo: no, no puedes. Entonces eso igual lo tengo que trabajar porque... a veces pues mi mente es traicionera, hay días de que manda señales de que no puedo, pero luego por mí misma veo que sí, siento que la clave es mantenerme como prioridad a mi misma y mantenerme estable, de alguna forma es lo que quiero lograr”*

Consulta 3: Debido a que Hel entró a trabajar en sus vacaciones, ella mencionó que no pudo cumplir los objetivos que se habían propuesto en la sesión anterior (poner horarios de comidas y realizar AF 4 días a la semana). Ella se notaba preocupada porque sentía que no había cumplido su objetivo. Se recalcó que este proceso no era lineal y se basaba en un proceso de autoconocimiento al ritmo de cada persona. Y, por ende, no se esperaba que hicieran las cosas a la “perfección” desde el principio, y que lo que se trabajara se esperaba que lo hiciera la mayoría de las veces, no siempre. Al indagar más, el “no cumplir el objetivo” fue que a veces comía una hora después de lo esperado, y de los 4 días que se había propuesto hacer AF hizo 3. Ella estaba teniendo un pensamiento perfeccionista en el que sí o sí tenía que cumplir con ese objetivo. Se le reflejó lo que había avanzado desde que inició el proceso, para motivarla a no renunciar esta vez, sino que “la mayoría de las veces pudiera hacer AF y comer escuchando sus señales de hambre y saciedad”. Al final ella comentó lo siguiente:

*“Quiero implementar eso, que no se me olvide que mi cuerpo también necesita cierta atención y estoy tratando como dices. No es obligatorio, pero si quiero que sea como un tiempo que se le dedique a mi cuerpo sin que se me olvide, entonces... no sé si eso ya lo hace obligatorio, pero pues lo estoy tratando de no ver así”*

Consulta 5: Hel tenía la idea de que si no cumplía con lo que se acordaba en las sesiones, entonces estaba fallando. Constantemente se le comentaba que la AI no se basaba en hacer las cosas “bien” o “mal”, pero por su historia y experiencia con otros nutriólogos, si no lograba el objetivo propuesto sentía vergüenza y culpa. Además, se identificó que su diálogo interno era negativo y esto influía en este proceso. Debido a esto, y siguiendo el P1 (rechaza la mentalidad de dieta) se invitó a trabajar el ejercicio

de autocompasión. La actividad se realizó en la sesión y ella identificó que no tenía autocompasión, pero con su círculo social sí, lo relató de la siguiente manera:

*“No, si me gustaría porque pues hasta es una forma mucho más amable y creo que pues hasta a veces cuando nosotros somos tan duros con nosotros mismos. Pues más allá de todo estamos creando pues una persona fría y pasa lo mismo, pues yo lo tomé así. Si tú le hablas mal a una persona pues va a tomar ese comportamiento y cuando es diferente, por decir un niño pequeño, le hablas bien y ese niño va a crecer con esa idea. Entonces siento que sí es importante aprender a hablarnos porque siento que sí y me hablo de golpe y es un aspecto que no me había dado cuenta, o a lo mejor sí y lo ignoraba. Pero sí hay muchos aspectos que en este proceso tengo que prestar atención”*

Una vez que Hel identificó que se “hablaba de golpe” se recordó el escenario de cuando comía muchas galletas, se le invitó a pensar qué hubiera sido diferente si en lugar de reprocharse el haber comido esas galletas, se hubiera hablado con autocompasión, ella contestó lo siguiente:

*“me hubiera dado un lugar seguro, me hubiera sentido más en paz y hubiera disfrutado esas galletas”*

Se trabajó en buscar frases más amables que podría usar en situaciones en las que ella se hablaba golpeado (situaciones relacionadas con su alimentación y movimiento), ella decidió poner el ejemplo de si un día no pudo comer frutas. Ella se diría:

*“no comiste frutas y verduras, mañana puedes hacerlo, no te estreses”*

Se invitó a que en esos días pudiera identificar situaciones similares y que tratara de hacer frases que se podría decir, tomando en cuenta la autocompasión. Y que las escribiera en una libreta para que las pudiera usar cuando las necesitara.

Consulta 6: Esta sesión fue después de las vacaciones decembrinas, por lo que Hel había comentado previamente, el estar de vacaciones hacía que su alimentación se descontrolara (o se ponía como meta perder peso y se restringía, o dejaba de escuchar a sus señales de hambre y saciedad y tenía atracones). Hasta este punto

ya se habían trabajado con herramientas para que esto no sucediera y logró liberarse de esta dicotomía. Ella comentó lo siguiente al respecto:

*“Por las fiestas no pude cumplir al cien con el plato pero me sentí bien, porque los días que comí como lo habíamos estado trabajando con lo del bocado consciente, ve que antes de irnos hice como unas frasecitas para el momento, entonces por esa parte como que lo disfruté (...) yo igual lo sentí como un gran paso porque pues sí, por la sesión antepasada que había pasado todo eso igual, yo de alguna forma pues pensé que eso sería un poco difícil, pero no, porque estoy aprendiendo ya a como sobrellevar esa situaciones y justo como a ponerle un alto a esos pensamientos y disfrutar más el momento. Y lo que veíamos de disfrutar mi comida, y siento que por otro lado igual, el hecho de disfrutarlo pues me hizo darme cuenta como de: sí, no cumplí con el plato pero tampoco comí hasta quedar muy llena. Entonces eso fue así como pue sí, digamos que un beneficio, porque sí estoy como aprendiendo a poner un alto antes de pasar a los demás niveles que era algo que veíamos”*

El diálogo interno de Hel había mejorado demasiado en esta sesión, había dejado de ver a la alimentación y a la AF como una obligación, sino como algo que formaba parte de su vida. Para continuar, se le pidió que realizara la actividad “formas de autocuidado” y se discutiría la siguiente sesión.

Consulta 7: Debido a que había dejado de cuidar de ella por querer alcanzar el cuerpo perfecto, le convenía trabajar en formas de autocuidado. Esta actividad se sugirió realizarla previa a la sesión, se le envió el formato para trabajarlo y se discutieron los resultados en la consulta. Hel identificó que lo que más le faltaba trabajar era el autocuidado de emociones y bienestar psicológico. Además, consideró que la autocompasión era un área de oportunidad que quería seguir trabajando, porque si bien en este punto era un tema que se estuvo reforzando, aún le costaba. Se invitó a reflexionar sobre algunas estrategias que podría empezar a implementar para mejorar su autocuidado, estos fueron:

- No juzgarme si un día no hago ejercicio
- Comer algo rico sin remordimiento

- Permitirme hacer ejercicio y no tener una “dieta”
- No tener pensamientos negativos sobre mi cuerpo
- Disfrutar el proceso sin fijarme en mis errores

Al finalizar esta sesión, Hel mencionó que esta actividad la hizo identificar que podría ser una posibilidad ir con profesional de la salud mental porque ella siempre se había dicho que podía sola con todo. Pero con los resultados que encontró no sabía cómo hacerlo, sobre todo porque los rubros que eran más deficientes eran emocionales y psicológicos y estos temas no corresponden a los nutriólogos.

#### RC-1.5 Referir a otro profesional de la salud: profesional de la salud mental

Consulta 4: Considerando que Hel mencionó que había días en los que su mente jugaba con ella, se le preguntó si esas ideas o pensamientos eran cosas que ella podía manejar sola o si ella consideraba que debería de hablarlo con alguien más (profesional de la salud mental), ella dijo que no era necesario:

*“Pues es que nunca me había pasado algo así, como qué tanto, como que otras semanas, como con el otro nutriólogo pues sí se me antojaba algo y me sentía culpable pero ahorita siento... se me hace muy complicado por lo mismo de que no es una dieta, pero mi cuerpo lo piensa que sí. Entonces ese desbalance luego sí me hace sentir rara, entonces, no sé, lo checo, quiero ver si mejoro esta semana”*

Consulta 7: Después de realizar la actividad de formas de autocuidado, Hel identificó que tenía temas emocionales y psicológicos que no podía manejar sola y que estaba considerando acudir con un psicólogo, se le brindó información sobre redes de apoyo a los cuales podría acudir, ella comentó que iría a orientación educativa de la UAM.

#### **7.7.5 Alta**

En la consulta 7 se identificó que Hel ya había tenido avances significativos y que ya se habían abordado todos los temas que se propusieron al principio. Estos fueron reincorporar sus señales de hambre y saciedad, trabajar con MPS, BC, alimentos prohibidos, impacto de los comentarios de otras personas, AF, prácticas de autocuidado y autocompasión. Por lo que se dejó un mes para que Hel pudiera



implementar por ella misma todo lo aprendido y en esta sesión se tomaría la decisión de si estaba lista o no para darla de alta. En la consulta 8, se evaluó lo siguiente:

- Logró implementar la mayoría de las veces la estructura de “MPS” en sus comidas, se daba el tiempo de preparar sus alimentos, incrementó más frutas y verduras (era el grupo de alimentos que menos consumía) e identificaba los beneficios de consumir los 3 grupos de alimentos.
- Un avance más que se identificó en esta última sesión fue que ella comentó que antes pensaba que si desayunaba “mal” era un día perdido y entonces el resto del día comía “mal”, desatando atracones. En ese momento comentó que ya no sucedía, y que si no comía siguiendo la estructura de “MPS” ya no trataba de compensarlo.
- Logró mantener 4 días a la semana AF por 30 a 40 minutos, con esto ella estaba cumpliendo con las recomendaciones de la OMS. Además, logró disfrutar el ejercicio reconociendo los beneficios que trae y cambió la perspectiva que tenía (ejercicio = pérdida de peso).
- Su diálogo interno mejoró y ya no se recriminaba si un día no hacía ejercicio o no se alimentaba bajo la estructura de “MPS”.
- Mejoró su función intestinal, ya no se sentía inflamada.
- Veía al peso como algo neutro a pesar de que identificaba que su ropa empezaba a quedarle más holgada.

Al comentarle que ya se habían abordado todos los temas que se esperaban y que Hel ya había demostrado que podía continuar este proceso de manera independiente, se reforzó la idea de que llevara a cabo las herramientas que se trabajaron en las 7 sesiones, tomando en cuenta la práctica de “la mayoría de las veces” y que, si en algún momento no era posible, el siguiente día, la siguiente comida o el siguiente entreno podría hacerlo. Ante esto, Hel externó un miedo:

*“No sé qué va a pasar si tengo una recaída. Hasta el momento hemos creados hábitos buenos, no quiero perder el avance que ya tenemos, siento que estoy en un equilibrio... comidas bien y como sin sentir culpa”*

Este comentario venía acompañado de la historia que había vivido, ella sentía que en ese momento lo estaba haciendo “bien”, y como en toda dieta se tenía el miedo al

¿qué pasará? si se deja de hacer. En este caso Hel tenía la preocupación de ¿qué pasaría si volvía a querer hacer una dieta? Se validó lo que ella estaba sintiendo por medio de la escucha reflexiva y se le recordó que en este momento ella ya tenía varias herramientas que podía poner en práctica para lidiar con los pensamientos intrusivos. Se le recordó que en la tercera consulta le sucedió esto, pensar que estaba en una dieta y la idea de “la mayoría de las veces” tenía la intención de no crear una obsesión. Por eso, se le mencionó a Hel que el Laboratorio de nutrición tenía las puertas abiertas si en algún momento requería nuevamente del servicio. Después de esto Hel se notó más tranquila y comentó:

*“me fue muy bien porque este mes el enfoque más en mi, anteriormente estaba tratando de ver solo mis errores, y aunque yo tratara de hacerlo no es como que lo hiciera completamente, y siento que en este último mes sí hubo un gran avance (...) siento que, en general los hábitos que estuvimos trabajando pues como que llegué a ese balance, lo que me preocupaba era cómo conservar esos hábitos”*

## **7.8 Buscaban: mejorar su relación con la comida.**

En este grupo se incorporaron 6 personas que su objetivo no era la pérdida de peso, si no que adoptar hábitos que les permitieran disfrutar de sus alimentos. La diferencia con el grupo número 1, fue que eran mujeres que habían recurrido a prácticas restrictivas y compensatorias que obedecían más a un TCA. Como el abuso de vómitos y laxantes en los últimos 3 meses. Presentaban más de 10 CAR, de las cuales ellas eran conscientes e identificaban que interferían en su calidad de vida.

### **7.8.1 Presentación del caso**

Brisa, era una mujer de 18 años, soltera, vivía con sus padres y era estudiante universitaria. Aceptó que las sesiones fueran grabadas por medio del consentimiento informado. Ella comentó como motivo de consulta lo siguiente:

*“Bajar de peso y mejorar mi relación con la comida”*

## 7.8.2. Evaluación del estado de salud y nutrición de la persona

**Elementos previos a la consulta:** Brisa llenó el CPC en el cual reportó que fumaba cigarrillos electrónicos menos de un día al mes y consumía 3 copas de alcohol de 1 a 3 días a la semana. Su AF en su ocupación principal era muy ligera y en su tiempo libre era activa. Dormía 6 horas diarias y despertaba cansada. No reportó alguna enfermedad metabólica ni hormonal, pero era intolerante a la lactosa. Marcó que sí a 10 de 15 conductas alimentarias de riesgo.

**Al momento de la consulta:** Al preguntarle sobre su intolerancia a la lactosa que mencionó en el cuestionario, Brisa mencionó que lo que tenía era síndrome de intestino irritable, por lo que no consumía lácteos, estaba tomando doltrix y lactobacilos. Comentó que en el último año ingirió 6 pastillas del día siguiente y ella lo asociaba con su incremento de peso. Presentaba 10 conductas relacionadas con un patrón de alimentación desordenado que se abordaron en la sesión como se indica a continuación:

Brisa marcó positivo a que “Se siente nerviosa o mal cuando se pesa o mide”, “Siente vergüenza por su peso o por el tamaño de su cuerpo”, “Cree que está gorda, aunque los demás digan que está delgada”, “Se siente incómoda o insegura con su musculatura”, “Se siente incómoda o insegura con la grasa corporal que tiene” y que “Usted se provoca vómito porque se siente llena o con culpa”, ella clarificó estas conductas con lo siguiente:

*“toda mi niñez y parte de mi adolescencia fui delgada, mmm... hubo un momento en el que subí mucho de peso, o sea yo lo notaba, entonces de ahí es como que desarrollé esa conducta de: no me gusta mi cuerpo, no me gusta lo que estoy viendo. Luego como comenzaron los cambios de adolescente, busto y ensanchamiento de caderas, más me sentía incómoda con esos cambios, entonces esos cambios como que se quedaron en mí, luego, he, empecé a consumir muchas pastillas anticonceptivas (aclaró que fueron pastillas de emergencia), entonces yo siento que eso igual hizo que yo subiera mucho de peso, entonces de pesar, bueno en este años que fue cuando más sentí, de pesar 50- 55, empecé a pesar 65, entonces para mí eso fue muy fuerte y yo desde la pandemia vengo desarrollando este hacer mucho ejercicio o comer mucho y si comía mucho provocarme vómito, y o sea*

*como que siempre tuve, a partir de los 15 empecé a tener esta conducta alimenticia de: si como mucho, a fuerza tengo que compensar todo lo que comí, ya sea haciendo ejercicio o provocándome el vómito”*

También señaló que “Sin tener hambre, come muchísimo en poco tiempo (menos de 2 horas)” y que “Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere”, ante esto dijo lo siguiente:

*“como hice exámenes para la universidad, yo estaba siempre estresada y yo buscaba comida como para compensar porque nunca me sentía llena, era, comer, comer, comer, y ya medio me relajaba y otra vez a estudiar y otra vez terminaba y otra vez a comer... el año pasado estuve tomando tratamiento psicológico porque estaba muy deprimida y ahí también identifiqué que el comer era como parte... porque me gustaba mucho comer comida chatarra, ni siquiera comida nutritiva, papas chocolates (...) hay días en los que me siento muy llena y pienso en todo lo que comí en el día y entonces digo: comí mucho, o sea es demasiado para lo que debería. Y siento que es lo que me mantiene preocupada porque no sé controlar esa hambre, o sea me preocupa porque no controlo esa forma de comer, me sucede con un grupo específico, la comida chatarra”*

Las últimas conductas que respondió positivas fueron que “Ha realizado ejercicio para compensar lo que comió” y que “Se siente ansiosa o triste cuando un día no hace ejercicio o no entrena”, esto lo clarificó con lo siguiente:

*“Me gusta mucho el gimnasio, y faltar un día y saber que comí, es como pues ya perdí todo mi proceso de todo el ejercicio que he hecho durante meses o semanas, es como esa parte de: no fuiste hoy, ya perdiste todo tu proceso o no compensaste eso que comiste en el gimnasio”*

**Evaluación bioquímica y antropométrica:** Al momento de la primera sesión Brisa medía 1.60 m, pesaba 65 kg y su IMC era de 25.39 kg/m<sup>2</sup>. Su historial de peso incluía ciclos de ganancia y pérdida de peso. En su vida adulta el peso máximo que tuvo fue

de 65 kg (peso que tenía al momento de la primera sesión) y el mínimo fue de 50 kg, su peso habitual había sido de 50 kg.

**Antecedentes relacionados con la nutrición y la actividad física:** Brisa no había tenido experiencias previas con nutriólogos. Ella comentó que creía que el aumento de peso se debía a que consumió 6 pastillas del día siguiente y eso la alteró hormonalmente. En el último mes se había provocado el vómito 5 de los 7 días de la semana con la intención de ya no ganar más peso.

### **7.8.3. Diagnóstico nutricional**

NM-1.5 Patrón de alimentación desordenado relacionado con un posible trastorno de la conducta alimentaria y dificultad para el manejo de estrés evidenciado por preocupación por la imagen corporal, restricción de alimentos alternado con atracones, actitudes compensatorias al comer como ejercicio excesivo y vómitos autoinducidos.

### **7.8.4. Intervención y monitoreo**

A Brisa le convenía trabajar desde un enfoque no centrado en el peso. Esto debido a que presentaba rasgos de padecer un trastorno de la conducta alimentaria. Como los vómitos autoinducidos, la preocupación excesiva por la imagen corporal y el ejercicio excesivo. Su principal preocupación era que ya no quería seguir ganando peso, pero trabajar con un plan de alimentación restrictivo para pérdida de peso podría incrementar las CAR que presentaba. Al comentarle la propuesta de intervención ella contestó lo siguiente:

*“es lo que he pensado, dije: bueno, que tal que parte de mi va a seguir como pensando en seguir algo riguroso para y me va a seguir con esa obsesión de: estar delgada, bajar de peso, volver al peso. Entonces está bien como es aparte de no llevarme tanto a ese lado... sí me gustaría”*

Con ella se trabajó en 5 sesiones de 30 a 60 minutos, en total fueron 3 meses. El encuentro fue presencial. La intervención se centró en adoptar AI (E-1.5 Educación nutricional: otros temas relacionados). A continuación, se describe las herramientas que se trabajaron en cada consulta. La información detallada de cada intervención se encuentra en el apartado correspondiente.

Consulta 1: Esta primera consulta se enfocó en obtener información para la evaluación nutricional (Historial de dietas, CAR y estado de salud). Se discutió la forma de trabajo, con la cual estuvo de acuerdo. Se inició con la actividad de autocuidado, dialogo interno, y por último la EHyS. Al final de la sesión se le preguntó cómo se sentía y ella contestó lo siguiente:

*“me parece muy bien la verdad, siento que es un gran paso para sanar esta conducta con la comida y dejar de ser tan estricta y empezar a comer bien, es lo que quiero”*

Consulta 2: Se dio continuidad a la actividad de la EHyS, se propuso trabajar en formar un patrón de alimentación estructurado. Se invitó a realizar la actividad de BC y la mentalidad de la dieta.

Consulta 3: En esta sesión se trabajó con alimentos prohibidos, BC, AF y al final se le preguntó cómo se sentía, ella respondió lo siguiente:

*“De momento creo que vamos bien, me gusta como estamos trabajando, me siento muy cómoda la verdad, porque sí estar con esa obsesión y ahorita ya estoy más tranquila con eso, ya no me genera estrés esa parte de, como de mi rutina, porque al final comer es parte de mi rutina y me siento muy cómoda con eso”*

Consulta 4: Se dio continuidad a la actividad de alimentos prohibidos, BC y se comenzó a trabajar con “MPS”.

Consulta 5: Se dio de alta, la descripción se encuentra en el apartado correspondiente. Específicamente con ella se trabajaron varias herramientas en una sola consulta. Esto resultó benéfico para ella, pues estaba dispuesta para el cambio. Pero esto es específico de cada persona, ya que con otras personas conviene llevar una o 2 actividades por sesión.

#### E-1.4 Educación nutricia, relación de la nutrición con la salud/enfermedad y C-2.8 Reestructuración cognitiva

Consulta 1: Debido a que Brisa se sentía culpable por comer por estar estresada, se le explicó lo que significa el “Comer por emociones”. Al final ella contestó lo siguiente:

*“la busco como refugio de estrés o puntos de ansiedad”*

Además, considerando que buscaba perder peso y eso le generaba ansiedad, se informó sobre los efectos de las dietas restrictivas, hacer ejercicio excesivo y las causas y efectos de los ciclos de ganancia y pérdida de peso.

Consulta 2: En la primera consulta Brisa mencionó que provocarse el vómito era algo que estaba haciendo frecuentemente para no ganar más peso, por lo que se le informaron los riesgos de provocarse el vómito, al escuchar eso bajó la mirada, la nutrióloga interpretó que no se sintió cómoda al escucharlo. Ella comentó lo siguiente:

*“no sabía eso”*

Consulta 3: En esta consulta Brisa comentó que estaba trabajando en aceptar el tamaño de su cuerpo, por lo que se habló sobre la diversidad corporal. Además, comentó que le habían diagnosticado intolerancia a la lactosa, pero no sabía específicamente que era, por lo que se le informó al respecto.

#### E-1.5 Educación nutricia (modificaciones recomendadas) y C-2.2 Establecimiento de metas: El uso de “mi plato saludable”

Consulta 4: Brisa ya había incorporado horarios de comidas siguiendo a sus señales de hambre y saciedad, BC y en ese momento ya no catalogaba a la comida como buena o mala. Por lo que el siguiente paso y siguiendo el P10 fue revisar los alimentos que más le convenía consumir sin caer en la obsesión. Además, a ella le convenía debido a su padecimiento de síndrome de intestino irritable. No se trabajó con dieta de eliminación porque ella ya tenía identificados los alimentos que le provocaban los síntomas y quería saber cómo sustituirlo. Esto fue por medio de la herramienta de “MPS”. Se le preguntó si estaba de acuerdo y que si centrarse en trabajar con grupos de alimentos no incrementaría su preocupación por su alimentación. Ella respondió lo siguiente:

*“Ahorita como tranquila porque al final sé que al final sé que es algo que me va a hacer bien a mí. Porque sé que si como mal (irritantes, calabazas, lácteos, harinas), me duele mucho, mucho, y no me gusta ese dolor. Entonces no me estreso con si lo puedo comer o no lo puedo comer porque sé que si lo como me duele, entonces prefiero no pensar en el dolor y comer lo que puedo comer”*

Se explicó la lógica y los beneficios de incluir los 3 grupos de alimentos. Para verificar su comprensión se realizaron ejercicios considerando sus comidas del día anterior.

También se hizo el mismo ejercicio con sus alimentos prohibidos (pizza), para que identificara que no eran “malos” como ella pensaba. Todo esto bajo la consigna de que fuera la mayoría de las veces, sin caer en la obsesión y que lo llevara en conjunto con lo que ya se había trabajado. Por sus antecedentes con la alimentación se dio la instrucción de que no tratara de compensar si un día no lo pudo hacer. Se explicó que no pasaba nada si no incluía algún alimento en específico, siempre y cuando hubiera más alimentos del grupo al que pertenecían. Al terminar la actividad se le preguntó su opinión y ella respondió lo siguiente:

*“Realmente me gusta la idea, puedo comer así, siento que normalmente siempre me enfocaba solamente en frutas y proteína, pero casi los cereales y los tubérculos no los consideraba”*

Se le invitó a realizar el registro de cómo estaba implementando la actividad en sus comidas y colaciones.

Consulta 5: Se dio de alta. La descripción se encuentra en dicho apartado.

E-1.6 Educación nutricia: (otros temas relacionados), C-2.8 Reestructuración cognitiva y C-2.2 Establecimiento de metas: beneficios de y motivación para la actividad física

Consulta 3: Brisa comentó que se estresaba muy fácil y eso estaba interfiriendo en su calidad de vida. Siguiendo el P7 se le preguntó si había trabajado en el manejo de sus emociones o si tenía alguna técnica para relajarse. Ya que la intención era comenzar a trabajar con atención plena. Ella contestó que el gimnasio era una forma de controlar sus emociones, como lo relató a continuación:

*“El gimnasio para mí es como esa descarga de estrés, pero es que en diciembre y en enero no he ido porque me sentía muy cansada y dije: quiero descansar, literal de todo... como no he tenido este ejercicio como que siento que todo me lo guardo”*

En la primera consulta Brisa había comentado que hacía ejercicio para compensar lo que comía con la intención de perder peso. Lo que busca el ejercicio es el bienestar de las personas, pero en el caso de Brisa estaba afectando su salud mental, pero a la vez era una forma de manejar el estrés. Entonces, siguiendo el P9 y por medio de la reestructuración cognitiva se buscó que Brisa viera a la AF como un aliado y no como un enemigo. Se le preguntó qué tan factible sería retomar la AF viéndolo como una



estrategia para aliviar el estrés y no para modificar su cuerpo. Ella comentó que ir al gimnasio era lo único que le gustaba porque los deportes no eran de su agrado y en ese momento no le daba tiempo. Se le comentó que el ejercicio no solamente son deportes estructurados, sino que cualquier movimiento contaba y sobre todo que fuera un movimiento que le ayudara a manejar el estrés. Ella respondió lo siguiente:

*“salir a correr o andar en mi bici me gusta mucho”*

Se le comentaron los beneficios físicos y mentales de realizar ejercicio, lejos de verlo como un elemento para pérdida de peso. Después de darle esta información se le preguntó su opinión al respecto, ella contestó:

*“me gusta, porque llegó un punto en que sí, al ejercicio lo vi como: es que tengo que bajar de peso. O esa acción de: comí mucho y tengo que ir a fuerzas, o si no voy ahorita, mañana tengo que hacer lo que no hice. Ahorita es como: no he ido al gimnasio, está bien porque quería descansar y me he sentido bien. Ya no es esa necesidad de: tengo que hacer ejercicio porque voy a subir de peso. Es como: quiero hacer ejercicio porque me gusta y sé que es lo que me ayuda a regular la mayor parte de mis emociones”*

Se le invitó a seguir viéndolo de esta forma, y se le compartieron las recomendaciones de AF de la OMS. El siguiente paso fue buscar una actividad en específico y que además la hiciera de una forma más agradable. Se acordó que saldría a rodar en bicicleta, mientras escuchaba música.

En la consulta 4 no se evaluó su adherencia. En la consulta 5 (alta) se describen los beneficios que obtuvo.

### E-2.2 Desarrollo de habilidades, ND-1.3 Horarios de las comidas/líquidos y C-2.2 Establecimiento de metas: promoción de la interocepción para el consumo de alimentos

Consulta 1: Una de las principales preocupaciones de Brisa era que tenía periodos de atracones y de restricción. Debido a esto y siguiendo al P2 y P6, se sugirió trabajar con la herramienta de la “EHyS” para que comenzara a identificar de qué manera se estaba alimentando. Esta primera sesión se le explicó la intención de llenarla y en crear su escala. A ella no le costó identificar sus niveles, a pesar de que comentó que sentía que todo el tiempo tenía hambre. Su escala es la siguiente:

1. Tengo mucha hambre
2. Tengo hambre
3. Empiezo a sentir hambre
4. No tengo hambre, pero ya comí
5. Comí con hambre y me llené
6. Atracón
7. Me excedí

Se le explicó cómo se haría la actividad y se le invitó a hacer el registro por 7 días. Ella estuvo de acuerdo, pero ya no se verificó su comprensión.

Consulta 2: Se comenzó la sesión preguntando sobre su experiencia al realizar la actividad. Ella comentó que le fue bien y esta actividad le permitió identificar que a veces solo hacía 2 comidas al día y a veces hasta 6 (no tenía un número de comidas específico al día). Se dio cuenta de que cuando comía solo 2 veces tenía atracones y la sensación de culpa por comer mucho. Además, comentó que un día antes de la sesión estaba estresada y esto propició que comiera demasiado demasiado. Brisa fue muy puntual al identificar y describir patrones que tenía con su alimentación, lo que no se lograba con todos los pacientes y se les tenía que apoyar a identificarlo.

Al revisar su registro, se pudo notar que hubo varios momentos en los que solía comer en sus niveles máximos de hambre y/o saciedad. Por lo que se le invitó a reflexionar sobre lo que ocurría cuando comía en estos niveles. Ella identificó que cuando comía en su nivel máximo de hambre sucedía que:

- Comía más de lo que solía comer normalmente.
- Comía más rápido de lo normal.
- No se sentía saciada fácilmente.

Cuando comía en su nivel máximo de saciedad sucedía que:

- Se sentía muy llena
- Sentía ganas de vomitar
- Se sentía pesada y con dolor en el estómago
- Sentía culpa al terminar de comer

Con esto se identificó que la experiencia de Brisa al comer no era satisfactoria ni placentera. Siguiendo el P5 y P6 se le invitó a identificar los niveles en los que podía

comer de manera satisfactoria. Ella comentó que el mejor nivel para empezar a comer era el 2 “Tengo hambre”. Porque en este nivel ella sentía que:

- Comía tranquila,
- Disfrutaba la comida,
- No llegaba a su nivel máximo de saciedad.

En nivel en el que se sentía más cómoda para terminar de comer fue el 4 “no tengo hambre, pero ya comí”. Porque en este nivel ella sentía:

- Energía
- No tenía la sensación de pesadez ni le dolía el estómago
- Podía continuar con sus actividades.

Para lograr que ella pudiera comer en esos niveles le convenía formar un patrón de alimentación estructurado. Se le explicó que tener horarios de comidas específicas también le ayudaría a disminuir los atracones y la restricción. Se le preguntó si era algo que podría hacer. A lo que ella respondió:

*“Con trabajo, pero sí, porque con esto de que soy muy recta en lo que hago, si digo que a las 4 tengo que comer, en mi rutina se va a quedar que a las 4 tengo que comer. Y así siento que podría ser capaz a esto, pero creo que también puedo acostumbrar a mi cuerpo a tener ese horario de que se acostumbre a que a esa hora empiece a sentir hambre y a comer tranquila”*

Este comentario y otros que había hecho en sesiones anteriores, demostraba que Brisa tenía un pensamiento perfeccionista en que ella buscaba hacer todo bien y de manera estructurada. Ese era un punto a su favor, pero también podría ser un impedimento al obsesionarse con las recomendaciones que se trabajaran en las sesiones. Por lo que se le comentó que esta actividad y las demás estaban pensadas para que las practicara “la mayoría de las veces”, no siempre.

Se le explicó que los horarios serían una guía, pero no serían una base. Lo que se esperaba es que con el tiempo ella pudiera desarrollar la habilidad de solo seguir sus señales de hambre y saciedad sin necesidad de ver la hora. Se indagó en sus actividades diarias para identificar los horarios que más se acomodaban a su rutina. Los horarios que más se le acomodaron fueron: 5:00, 9:00, 13:00, 17:00, 19:00-21:00. Se negoció el horario de la última comida, pues comentó que no le gustaba cenar por miedo a engordar. Por medio de la reestructuración cognitiva se le invitó a identificar

que pasaba cuando no cenaba. Al principio ella mencionó que no estaba acostumbrada a cenar y eso no afectaba a su calidad de vida. Después de dialogar por un rato más ella comentó lo siguiente:

*“Si eso sí, porque siempre despertaba como con más sueño, en lugar de despertar sin sueño, tengo mucho sueño... me duele mucho la cabeza, eso sí es muy frecuente en mí, y los mareos, así puedo estar sentada y sentir el mareo”*

Se le invitó a considerar hacer la última comida y ver si esto cambiaba. Ella estuvo de acuerdo y dijo que lo intentaría. Además, se le sugirió que en cada comida realizara la actividad de “BC”. Se le explicó cómo realizarlo y la intención (conectar con sus señales de hambre y saciedad). Ella preguntó si tenía que comer algún alimento en especial, por lo que se invitó a que tuviera alimentos que le proporcionaran saciedad y satisfacción en cada horario.

Después preguntó que si ella podría modificar los horarios, pues se acercaban las vacaciones decembrinas, y se levantaba a las 10:00 am. Se le sugirió considerar recorrer el horario de forma que fuera cada 3 o 4 horas y las 5 comidas que se habían considerado en un inicio.

Consulta 3: Se comenzó la sesión hablando sobre su experiencia al implementar los horarios de comidas siguiendo sus señales de hambre y saciedad. Ella comentó lo siguiente:

*“Me fue muy bien, la verdad es que empezar a cenar me ayudó mucho a despertar, porque si ya no me despertaba así como: ay tengo que despertar. Me sentía más activa, ya no me sentía mareada en el día, los dolores de cabeza me redujeron un buen. Este... si eso es lo que más sentí, ya no sentirme agotada ni con sueño, que era lo que me pasaba mucho. Aparte lo de mis comidas cada 4 horas, también siento que me ayudaron porque pasaba lapsos muy largos sin comida y afectaba mucho en mi energía. Ya ahorita que como ya como a horas no tan espaciadas, ya no me siento así”*

Esto fue durante las vacaciones, estuvo haciendo 4 de las 5 comidas que se había propuesto, pero agregó la cena y eso fue un avance significativo y que le trajo beneficios. Al momento de la consulta ya había regresado a clases y retomó el horario

de comidas que se puso al inicio (5:00, 9:00, 12:00, 16:00, 20:00), esperando que esta vez ya pudiera hacer las 5 comidas. No pudo realizar la actividad de BC, por lo que se le invitó a realizarlos esta vez sobre todo con sus alimentos prohibidos (estos se encuentran en el apartado C-2.8). Se le volvió a explicar cómo realizarlos y la intención. Al final se le preguntó su opinión y ella respondió:

*“Siento que no como así, como que no proceso a que sabe, si me gusta, si no me gusta, sí, ¿cómo como?”*

Se le invitó a combinar esta actividad respetando sus señales de hambre y saciedad y los horarios de comidas, cuidando no caer en la obsesión. Ella comentó lo siguiente al respecto:

*“Sí, eso lo he estado aplicando mucho de: ya me sentí llena, al rato me lo como, ahorita que tenga mi otra comida me lo como. Y sí, me lo comía así. De hecho me pasó con una hamburguesa que me comí la mitad y ya me sentía llena y no me la comí y ya me dormí, y ya”*

Consulta 4: Esta sesión se inició preguntando sobre su experiencia al implementar la actividad de BC juntos con los horarios de comidas. Ella comentó que logró identificar que las texturas eran importantes para que ella pudiera disfrutar de sus alimentos. Ya que no le gustaban las Calabazas, la zanahoria cocida (cruda sí), la piña, las texturas aguadas, el plátano maduro, la gelatina (sólo el de uva), los chicharos en arroz (pero solos y al vapor, sí). La experiencia la cuenta a continuación:

*“Siento que por eso comía muy rápido, cuando estaba esos sabores y texturas, era rápido, rápido (...) siento que empecé a observar qué cosas realmente no me gustaban, que texturas no, qué texturas sí, qué alimentos de verdad sí me gustaban mucho y como que igual aprendí a soltar la cuchara. O sea, como, disfruto lo que tengo aquí y ya cuando me lo terminé otra vez tomo la cuchara. Me ayudo a extender un poco más mi tiempo de comida y también tomarlo como un momento de: ahorita no estoy haciendo nada más que comer (...) es como conocer también otra parte de mí, de disfrutar ese momento de comer porque lo tengo que hacer, o sea tengo que comer, no puedo dejar de comer, es ese momento como y ya estoy bien”*

Por medio de reflejos de lo que comentó, se le invitó a reforzar lo positivo para que pudiera ser un hábito que mantuviera. Y que también prestara atención las sensaciones físicas que la hacía sentir cada alimento. Porque ella comentó que las calabazas y los lácteos le provocaban inflamación y dolor en el estómago. Debido a esto y para que pudiera hacer más elecciones se le invitó a trabajar con “MPS”.

Respecto a sus horarios de comidas, ella comentó lo siguiente:

*“Con los horarios voy muy bien, eso sí trato de siempre respetarlo, como ayer. Justo ayer no comí a la hora que me tocaba la comida y llegué con mucha hambre (...) entonces tengo que mantener el equilibrio de comer a mis horas para no llegar a eso”*

#### C-2.6 Manejo del estrés y C-2.2 Establecimiento de metas: Incorporando prácticas de atención plena

Consulta 3: Debido a que Brisa comentó que era una persona que se estresaba muy fácil y eso la hacía comer de más o le provocaba inflamación, pudo haber sido conveniente que en ese momento se le sugiriera realizar prácticas de atención plena para que cuando pasara por estas situaciones de estrés, fuera una herramienta que pudiera usar. Sin embargo, al preguntarle que de qué forma manejaba sus emociones ella comentó que con ejercicio. La nutrióloga se centró en el ejercicio, pero se verían más resultados si se combinaban.

#### C-2.8 Reestructuración cognitiva: Alimentos prohibidos

Consulta 1: Brisa catalogaba a los alimentos como comida chatarra y comida nutritiva, esto era lo que la conducía a hacer elecciones. Cuando se restringía comía solamente comida nutritiva. Lo que solía comer en sus atracones era los que denominaba comida chatarra: papas, chocolates, dulces, pizzas, hamburguesas, carbohidratos. Esto lo comentó de la siguiente manera:

*“Con el pan dulce me pasa que digo: se me antoja, es que se me antoja. Y ya me lo como pero me digo: ok, como pero una pequeña parte. Y... no puedo o sea no puedo comerme solo esa pequeña parte, me lo como todo y otra vez: te lo comiste, ¿Por qué te lo comiste si habías dicho que no te lo ibas a comer?”*

En esta sesión no se dio laguna intervención al respecto, solamente se obtuvo información. Se pudo identificar que el prohibirse alimentos, la hacían desearlos más, llegando a comer más de lo que esperaba y además se acompañaba de sensación de culpa.

Consulta 2: En esta sesión ella comentó lo siguiente:

*“En navidad y año nuevo me pasa que no como porque en la noche ya no tengo hambre y me dicen: si come, si come. Y pues como, pero al día siguiente, me hace sentir inflamada, ¿puedo modificar mi alimentación ahí y los horarios?”*

En este comentario, se identificó que a ella le causaba estrés saber que se suele comer “mucho” en estas celebraciones. Y que dejar de comer para comer mucho en la cena también era una forma de restricción. Por lo que se le invitó a seguir sus horarios que se habían propuesto y que tratara de disfrutar del momento y los alimentos. Se le invitó a trabajar con BC y el permiso incondicional de comer sin hacer énfasis aún en sus alimentos prohibidos. Pero se le pidió que lo hiciera con la intención de que practicara estas actividades y la siguiente sesión fuera más fácil trabajarlos con estos alimentos. Ella estuvo de acuerdo.

Consulta 3: Brisa no pudo realizar la actividad de BC, pero sí trabajó con permiso incondicional de comer. Se le preguntó su experiencia al realizarlo y ella comentó lo siguiente:

*“De hecho como que ya no... como que ya es como: ay tengo que comer. Y ya como y sigo con lo que estaba haciendo y con lo que tengo que hacer. Ya no es algo como que mi mente esté pensando, que si como tantas veces al día me va a pasar eso o voy a subir de peso, ya solo pienso como que: ay ya me toca comer (...) si porque tenía ese estrés de: tengo hambre. Y no comía y luego comía de más. O esa idea de: no, no tengo que comer. Y obviamente se me antojaba más (...) incluso ya ni si quiera tenía ganas de provocarme el vómito, y ya no me sentía ni inflamada ni nada, me sentí bien”*

Por medio de reflejos, se comentaron los beneficios que ella obtuvo de darse el permiso de comer. Se le preguntó si esto que estuvo trabajando lo podría convertir en un hábito a partir de ese momento o había algo que se lo impidiera (esto para trabajar en ello). Ante esto ella respondió lo siguiente:

*“No, honestamente siento que lo único que me hacía tener esas ideas eran como mis propios estigmas de: es que tengo que ser delgada, es que esto. O sea, como que más que nada yo misma me ponía esa pared de: no puedes comer más. Y era yo misma como que auto juzgándome para no comer (...) ya es como que: no por ser delgada la gente me tiene que querer, es más que nada mi personalidad y no mi cuerpo. Es como que igual he trabajado mucho (...) ya no era mi prioridad saber qué era lo que comía”*

Además, comentó que no se había restringido alimentos, pero consumió leche entera y le fue mal con eso (presentaba intolerancia a la lactosa), aunque también lo asoció a que estuvo bajo periodos de estrés (esto se trabajó con MPS y AF).

Se retomó la actividad de BC con sus alimentos prohibidos, al explicarle que la alimentación debería de ser un momento de satisfacción, ella identificó que cuando comía estos alimentos, no era satisfactorio. Lo relató de la siguiente manera:

*“Como que me pasaba eso, de que decía: solo una rebanada, solo una rebanada. Y esa rebanada se convertía en mucho... y luego termino y no siquiera supe a que me supo mi pizza. Era como: estuve pensando tanto en eso que no me enfoqué en el sabor, y el enfoque que le di tanto que comí me empecé a estresar con tanto que he comido”*

Se validó lo que Brisa sentía por medio de reflejos. Además, se le explicó por qué pasaba eso. Por lo que se le invitó a exponerse a estos alimentos, dándose el permiso incondicional de comer e incorporando los BC. Se le preguntó si esto era una meta alcanzable, y ella respondió:

*“sí puedo llevarlo a acabo, puedo hacer que ese alimento por fin lo pueda disfrutar”*

Con el fin de profundizar más en sus alimentos prohibidos, se le compartió el formato para que identificara los grupos de alimentos que más le causaban conflicto, si bien ella identificaba el alimento específico, no identificaba el grupo al que pertenecían.



Consulta 4: Se comenzó trabajando con la actividad que se le envió. Brisa identificó que los grupos con los que sentía más culpa al comer eran los siguientes:

- Cereales y tubérculos: tortillas y papa
- Frutas: plátano
- Dulces: pastel y refrescos
- Todo tipo de comida procesada: hamburguesas, pizza, alitas, papas
- Usar aceite

Ella identificó que cuando se prohibía algún alimento se le antojaban mucho más y terminaba comiendo más de lo que esperaba. Los evitaba para no subir de peso y que actualmente le estaba resultando sencillo el proceso de dejar de prohibirse alimentos. Además, con la actividad del ciclo de la alimentación consciente, ella identificó que invertía demasiada energía en pensar en estos alimentos, y que en ese momento ella prefería usar esa energía en sus tareas de la universidad. Se le invitó a seguir implementando los BC con estos alimentos, y que tratara de cuidar el ambiente en el que comía.

#### C-2.9 Prevención de recaídas y C-2.8 Reestructuración cognitiva: La mayoría de las veces y cultivando autocompasión

Consulta 1: Con la información que se había obtenido hasta este momento, se identificó que Brisa había tenido una mala relación la comida y su cuerpo. Se recriminaba cuando no hacía ejercicio o comía más de lo que ella esperaba. Por lo que siguiendo el P7 y P8, se le invitó a trabajar la actividad de autocompasión. Al realizarla, Brisa identificó que era “dura” con ella misma. Y que con las otras personas era más amable. Para el ejercicio se pidió que pensara en algún momento en el que no hizo ejercicio e imaginara que esto le pasó a su mejor amigo, ella comentó que le diría lo siguiente:

*“no pasa nada, o sea, solo fue un día, solo un día no hiciste ejercicio, puedes seguir tu vida”*

Al reflejarle que había diferencias entre cómo se hablaba y cómo le hablaba a otras personas, ella contestó lo siguiente:

*“Siento que no me cuido a mí misma, no sé, eso siento yo, porque tengo esos pensamientos con la comida”*

Después, se le invitó a pensar si algo cambiaría al hablarse como le habla a otras personas, ella respondió:

*“me sentiría tranquila. Sí me lo he dicho: no pasa nada, ya mañana. Pero luego llega mañana y no he hecho nada y otra vez llegan esos pensamientos”*

Se le invitó a reflexionar de qué manera le gustaría hablarse, recriminándose, o siento autocompasiva y amable. Ella se quedó callada un momento y después dijo lo siguiente:

*“aprendí a hablarme así de golpeado: no puedes eres esto, eres el otro. Justo esas conductas las tengo, pues sí las tengo conmigo (...) quiero hacerlo, porque quiero ya sentirme bien, quiero soltar eso. Siento que es la única parte como que me falta soltar bien, la comida, mi estrés de comer y luego sentirme culpable y luego pensar en todo lo que comí, siento que eso me mantiene en estrés”*

Por medio de la reestructuración cognitiva se le invitó a cambiar la forma en la que se hablaba, buscando frases más amables que se diría en una situación complicada con la comida, el ejercicio o su cuerpo. Para el ejercicio, la situación que ella comentó fue que cuando come más de 2 tortillas se decía:

*“Comiste mucho, no cumpliste con lo que dijiste, no puedes”*

Ella comentó que lo cambiaría por:

*“No te va a pasar nada, 3 tortillas no te van a hacer subir de peso”*

Se invitó a que en otro momento más tranquilo, ella elaborara más frases con autocompasión y respeto para situaciones en las que solía ser “dura”. Se sugirió que las anotara en algún lugar que fuera de fácil acceso cuando las necesitara.

Otra herramienta que se usó en ese momento fue “la mayoría de las veces”. Brisa solía decir “tienes que” ante cada meta que se ponía, teniendo un pensamiento perfeccionista. Se le explicó que, al ser un proceso, no se esperaba que hiciera las cosas perfectas desde el principio y que las herramientas que se trabajaran trataran de hacerlas “la mayoría de las veces, no siempre”.

Consulta 3: En esta sesión se le preguntó cómo le había ido implementando la autocompasión. Ella contestó que lo había llevado a cabo y se había sentido mejor. Brisa comentó lo siguiente:

*“merezco sentirme bien, porque no vivía tranquila, no comía tranquila pensando todo lo que mi mente procesaba o como que no estaba tranquila con eso, vivía estresada y triste. Ahorita ya es como, ya no es un factor, si tenía 10, ahora es uno menos”*

#### **7.8.5 Alta (consulta 5)**

Esta sesión no estaba planeada para dar de alta a Brisa. Se inició preguntándole cómo le había ido esas semanas con las metas que se había puesto. Ella comentó lo siguiente:

*“Me fue bien, ya como que aprendí a comer. O sea, como aprender a disfrutar la comida y... de hecho, subí de peso, subí 5 kg, pero no me... pues es que estoy comiendo, ya ni modos. Pero o sea como que fue, y luego los bajé de la nada, fue... o sea no dejé de comer, no sé qué pasó. En vacaciones empecé a comer y me fui de viaje, en ese viaje literal comí de todo, y como me fui al mar y me gustan mucho los mariscos pues comí muchos mariscos. Entonces pues ya, regresé y la verdad sí me sentía como pesada porque aparte fueron como cremas y por lo mismo de mi estómago (sii), he pues me sentía como, pues sí pesada y dije: me voy a pesar. Porque todavía como que esa espinita de querer saber y ya y me pesé y pesaba como 70 kg y entonces otra vez entró ese conflicto de: nunca había pesado tanto. Y después dije: pero disfruté la comida y eso nadie me lo va a quitar y ya equis. Normal, llegué a mi casa, empecé a comer como estaba comiendo, con las verduras y todo esto y dije: me voy a volver a pesar y otra vez volví a pesar 65, y fue como ¿pues que paso? O sea, porque ni siquiera estaba haciendo ejercicio porque pues, porque me enfermé de la garganta, entonces dije: quien sabe, la cosa es que yo disfruté la comida”*

Este acontecimiento dio paso a que Brisa viera que comer y disfrutar no la iban a hacer engordar, o subir de peso, que en la primera consulta comentó que era su principal miedo. Tomó la subida de peso como una respuesta de haber comido rico y no como una frustración. Para asegurar que Brisa siguiera viendo al peso como algo neutral, por medio de la reestructuración cognitiva se trabajaron en reforzar las cosas negativas de cuando se esforzaba por no subir de peso. Su respuesta fue que cuando pesaba menos estaba estresada todo el tiempo, la comida ocupaba gran parte de sus pensamientos, despertaba con sueño y dolor de cabeza, se mareaba constantemente, no tenía energía. Ella lo verbalizó de la siguiente manera:

*“Cuando pesaba 55, era este esfuerzo de no comer, de vómitos, de estar estresada todo el tiempo por la comida. Ahorita no es el mismo peso, pero no vivo aferrada a eso de: no puedo comer, es que tengo que vomitar porque comí mucho, tengo que hacer ejercicio de lo que comí. Ya no existe esta obsesión, ya es un: me siento bien y está bien, porque siento que me veo bien”*

Después se le invitó a identificar los beneficios de no pensar en el peso. Estos beneficios fueron que disfrutaba de sus alimentos, le daba a su cuerpo los nutrientes que necesitaba, dormía mejor, ya no tenía dolores de cabeza, los mareos bajaron, tenía más energía para invertir en otras áreas de su vida. Además, se le hizo notar que volver a su vida cotidiana y sin conductas compensatorias la hizo volver al peso en el que estaba. Por lo que probablemente ese era el peso en el que su cuerpo se sentía cómodo y saludable. Y este era uno de los objetivos de la intervención. Ella comentó lo siguiente al respecto:

*“Normalmente no es como que me enfoque en el peso, si no en cómo me veo. Y me sentía hinchada, pesada, y no me sentía cómoda, me sentía rara conmigo. Pero ya como regresé, empecé a comer otra vez lo que comía, o sea como que me veo mejor a como me veía, o sea, porque llega un punto en el que me siento incómoda conmigo y no quiero salir, no me quiero poner cierta ropa y ahorita me siento bien, me siento cómoda, no es como: ay es que no me gusta eso, no me voy a poner eso. Es como ya (...) incluso antes del viaje aún tenía esa incomodidad con mi cuerpo, me sentía rara, como que comer en mis horas empecé a decir: estoy comiendo mucho. Y estaba eso, pero me*

*fui de viaje y regresé y ya se fue todo y digo: tengo que comer porque mi cuerpo me lo pide y me lo pide porque lo necesita y no lo puedo cambiar. Y la verdad es que con los platos como que empecé a jugar mucho también, me gustan mucho las ensaladas y lo empecé a disfrutar mucho, porque yo misma cortaba lo que quería comer, me hacía mis vinagretas, mis aderezos. Entonces empecé a disfrutar también esa parte de preparar, de ver que voy a comer. Porque normalmente mi mamá es la que hace la comida, entonces yo no veo el procedimiento, yo solamente como y esto es como antojarme de lo que voy a comer y como más a gusto porque al final es lo que yo estaba esperando (...) con los carbohidratos tampoco hubo ya una restricción de: no comas pan, no comas tortillas, galletas, es como: se me antoja una galleta, me voy a comer una galleta, ya más tranquila ”*

Con esto que mencionó se identificó que Brisa tenía las herramientas suficientes para llevar una alimentación saludable de manera intuitiva. Además, importante recalcar, que en ese momento Brisa se veía feliz en comparación con la primera sesión. En la primera sesión tenía la mirada apagada y se veía angustiada. Se le propuso darla de alta, haciendo un resumen con las herramientas que se habían trabajado y las metas que había logrado.

- Veía al peso como algo neutral, era el resultado de cómo se sentía al comer.
- Tenía horarios de comidas, lo que la ayudaba a tener estructura y disminuyeron los atracones que solía tener. De hacer 2 o 6 comidas al día ahora estaba haciendo 5 de forma constante.
- Estaba incluyendo los 3 grupos de alimentos en la mayoría de sus comidas.
- Dejó de catalogar a los alimentos como buenos y malos. Esto ayudó a que disminuyera la culpa al comer y disfrutaba más sus comidas.
- Disminuyeron las actitudes compensatorias que tenía, ya no se provocaba el vómito. Dejó de ver al ejercicio como una actividad compensatoria y lo usó para manejar el estrés y otras emociones negativas.
- Su diálogo interno mejoró y era más amable con ella misma. Esto era evidente al escucharla hablar de su situación.

Después se le preguntó si había algo más que abordar o si estaba de acuerdo en darse de alta:

*“Yo creo que sí, porque los 3 grupos de alimentos los aprendí a balancear muy bien. También este balanceo de: yo en hambre, cuanto quiero comer, y en el plato que tanto debe haber, que cosas deben de haber, en sí como muchas ensaladas porque es lo que más me gusta y más disfruto. Porque en sí los guisados no me gustaban, y las ensaladas para mí son más fáciles, los ingredientes son más fáciles. Y de ahí ya me fue más fácil comer, ya no es un martirio comer, o estar sufriendo por estar comiendo, si no disfrutar la comida, y saber que realmente me gusta comer porque había cosas que no me gustaban y por eso menos disfrutaba la comida”*

Se le recordó que las puertas del laboratorio estarían abiertas para ella en todo momento si es que requería asesoría nuevamente.

## 7.9 Condición médica

En este grupo se encontraban 5 personas con alguna condición médica, que habían tenido varios intentos de pérdida de peso, no lo habían logrado y como tratamiento a su enfermedad les habían prescrito pérdida de peso nuevamente. Este grupo se caracterizó porque la mayoría tenían más de 10 CAR (El único caso que tuvo menos fue el que se describirá, pero ella ya tenía la intención de trabajar bajo un enfoque no centrado en el peso), sería contraproducente centrarse en la pérdida de peso. Los padecimientos que presentaban fueron síndrome de ovario poliquístico (SOP), resistencia a la insulina (RI), Hipotiroidismo y triglicéridos elevados.

### 7.9.1 Presentación del caso

Azul era una mujer de 33 años, soltera, vivía con sus padres y era estudiante de maestría. El encuentro se dio línea. Aceptó que las sesiones fueran grabadas por medio del consentimiento informado. Ella comentó como motivo de consulta lo siguiente:

*“para mejorar mi tratamiento de Resistencia a la insulina”*

Durante la consulta comentó su motivo más detallado:

*“vi que estaba esta tesis que están trabajando con AI y por eso acudo a ti (...) cuando fui al médico me dijo que también hay que ver lo de la alimentación, hay que ver de qué forma... y yo había escuchado... a porque también le pregunté de ese mito, o bueno, no sé si sea mito, que mucha gente con resistencia a la insulina, pues la lleva bien con la alimentación y no está tomando tanto medicamento y eso me emocionó porque dije: después de haber tomado las estas Diane que me hacen sentir muy mal durante muchísimo tiempo y la metformina igual. Que te digan: vas a tomar nada más una pastilla o no vas a tomar medicamentos pues yo como que dije: bueno pues ¿qué hay que hacer para llegar a ese objetivo?”*

### 7.9.2. Evaluación del estado de salud y nutrición de la persona

**Elementos previos a la consulta:** Azul llenó el CPC en el que reportó que tenía Resistencia a la insulina diagnosticada. Su AF en su ocupación principal era muy

ligera y en su tiempo libre era moderada. No fumaba y no consumía bebidas alcohólicas. No tenía problemas para dormir. Contestó que sí a 3 de 15 conductas alimentarias de riesgo.

**Al momento de la consulta:** Azul refirió que a lo largo de su vida había presentado irregularidades en su ciclo menstrual que le provocó anemia y cambios de humor. Aproximadamente en 2017 le diagnosticaron síndrome de ovario poliquístico, y su ginecóloga le recetó Diane, con el que al principio mejoró, pero después regresaron las hemorragias. En 2020 le comenzaron a dar metformina que le provocaba mareos, fatiga, mal humor y desesperación (con la evaluación que realizó la nutrióloga, identificó que se podría tratar de hipoglucemias). A principios de 2023 buscó otra opinión con una endocrinóloga, con quien por medio de más estudios (que ella no recuerda) le dijo que no tenía SOP, más bien era Resistencia a la insulina. La endocrinóloga le recetó Pioglitazona por 3 meses y hierro, con lo que se sintió mucho mejor (ya no tenía mareos, hemorragias, cambios de humor, su ciclo menstrual se regularizó y ya no tenía anemia). Ella le sugirió que fuera con un nutriólogo. Presentaba 3 conductas relacionadas con insatisfacción corporal como se indica a continuación:

Las conductas que marcó afirmativas fueron que “cree que está gordo aunque los demás le digan que está delgada”, “se siente incómod@ o insegur@ con su musculatura” y que “se siente incómod@ o insegur@ con la grasa corporal que tiene”, ella las clarificó con lo siguiente:

*“Cuando contesté el cuestionario que me enviaste, he de que... si uno estaba como en esa línea de querer bajar de peso o no, yo dije: no necesariamente, yo lo que quiero es sentirme bien, yo lo que quiero es mejorar mi relación con la comida, quiero mejorar mi tratamiento de resistencia a la insulina. Pero igual lo respondí porque aún no termino de decir que sí está perfecto todo, entonces no. Por eso igual lo respondí porque esta información te puede ser útil para que entiendas al menos la situación en la que estoy”*

**Evaluación bioquímica y antropométrica:** Al momento de la primera consulta Azul reportó que su índice HOMA 3 meses antes de la consulta era de 3.5. Envió



bioquímicos que indicaban que sus niveles de glucosa eran de 87.6mg/dl, su insulina en suero era de 14 ul/ml. Se calculó su índice HOMA a partir de estos valores y fue de 3.03. Sus bioquímicos al momento de la última consulta (3 meses después) indicaban glucosa 92 mg/dl, insulina en suero de 10 ul/ml y el índice HOMA calculado a partir de estos valores era de 2.27. Azul refirió que pesaba 82.2 kg, medía 1.58 m y su IMC era de 32.93 m/kg<sup>2</sup>. Su historial de peso incluía ciclos de ganancia y pérdida de peso. No se preguntó el peso máximo y mínimo de su vida adulta. Azul refirió que en su niñez tenía “peso bajo”, en la adolescencia tuvo “sobrepeso” que mantuvo hasta que intentó perder peso con la nutrióloga y ahora tiene “obesidad”.

**Antecedentes relacionados con la nutrición y la actividad física:** Azul tuvo intentos para perder peso con ayuda de una nutrióloga y por cuenta propia. En 2019 fue con una nutrióloga que le dio un plan de alimentación restrictivo con el que perdió 10 kg, dejó de ir por cuestiones económicas. Volvió a ir con ella en 2020 pero ya no perdió peso y durante la pandemia recuperó los 10 kg que había perdido. Por su propia cuenta había dejado de consumir tortillas, pan y comida rápida pero como no veía resultados, retomó la ingesta de estos alimentos. Realizaba ejercicio con la intención de perder peso, pero también al no ver resultados se desesperó y lo dejó. Comenzó a ir al gimnasio, pero se sentía juzgada por las personas así que dejó de ir. Desde que comenzó el tratamiento con la endocrinóloga comenzó a hacer 10 minutos de ciclismo en interior por lo menos 5 días a la semana.

### **7.9.3. Diagnóstico nutricional**

1.- Patrón de alimentación desordenado relacionado con prescripción nutricional para pérdida de peso evidenciado por ciclos de pérdida y ganancia de peso, limitaciones en la vida social (evitar comer en compañía), insatisfacción corporal, ejercicio como medida compensatoria, diálogo interno negativo y pérdida de la conciencia interoceptiva.

2.- Valores de laboratorio alterados relacionados con inactividad física, consumo frecuente de pan dulce, galletas, refrescos, dulces y frituras evidenciado por un índice HOMA de 3.5.

#### 7.9.4. Intervención y monitoreo

Desde el primer momento Azul mencionó que su intención no era perder peso, lo que le interesaba era poder controlar su enfermedad y dejar de tomar tantos medicamentos. Por lo que se le propuso trabajar desde un enfoque no centrado en el peso para crear nuevos hábitos de alimentación ejercicio y autocuidado que pudieran contribuir en su padecimiento. Además, este enfoque sí le convenía debido a que había tenido experiencias con dietas restrictivas que no pudo mantener por mucho tiempo que se asociaron a ciclos de ganancia y pérdida de peso. Por su estado de salud no le convenía caer nuevamente en estos ciclos, pues estos ciclos pueden estar asociados a el desarrollo de enfermedades crónicas como diabetes (miedo que ella tenía de desarrollar). Con ella se trabajó en 9 sesiones de 30 a 60 minutos, cada 2 semanas, en total fueron 5 meses. Las sesiones fueron en línea. La intervención se centró en adoptar AI (E-1.5 Educación nutricia: otros temas relacionados) y en ND-1.2 Modificación de la composición de las comidas o colaciones que contribuyeran en la RI. Las guías ALAD, 2019 recomiendan un patrón de alimentación a base de vegetales, semillas, leguminosas y preferir proteínas que no sean carnes rojas (se usó la herramienta de MPS para lograr el incremento de estos alimentos); así como el incremento de actividad física. A continuación, se describen las herramientas que fueron utilizadas en cada consulta para lograr el objetivo:

Consulta 1: Debido a lo mencionado con anterioridad, Azul era candidata para trabajar bajo un enfoque no centrado en el peso. Con ella ya no se tuvo que negociar el trabajar de esta manera. Ella ya tenía la intención de trabajar con AI, ya que en redes sociales seguía nutriólogas que trabajaban bajo ese enfoque, como lo comentó a continuación:

*“..... en ese inter (pandemia) empecé a encontrar estas cuentas de estas muchachas (no recordaba sus nombres), bueno las muchachas.... que hablan acerca de alimentación intuitiva y tal y así y entonces yo dije: ay eso suena más coherente. Porque además yo tenía muchos problemas con la menstruación, entonces digamos que a la par estaba viendo otras opciones porque me daban hemorragias muy fuertes, tuve anemia, me sentía muy mal, cambios de humor,*

*había momentos en que decía: ya no puedo con esto. Entonces coincidió en 2020 casi antes de que empezara la pandemia”*

Esta primera sesión se centró en conocer el estado de salud de Azul, especialmente el control que llevaba de su enfermedad, su historial de peso y con dietas. Azul no sabía lo que implicaba la resistencia a la insulina y se trabajó explicando sobre su enfermedad. El primer paso fue trabajar con la EHYS. Al final de la sesión, se le preguntó cómo se sintió en esta primera consulta y respondió lo siguiente:

*“Me sentí muy cómoda con tu presencia, con tu amabilidad y siento que tu trato fue muy amable, muy respetuoso. Eso me gustó mucho porque me da confianza de decir: bueno ella sabe lo que está haciendo y por algo me lo dice, tengo esa confianza puesta en ti”*

Consulta 2: En esta sesión se dio continuidad a la EHYS y se comenzó a trabajar en modificar sus horarios de comidas.

Consulta 3: Azul se enfermó de gripa y eso le impidió seguir sus señales de hambre y saciedad. Esto llevó a trabajar con nutrición de emergencia. Además, se sugirió trabajar BC y AF.

Consulta 4: En este punto ya se había trabajado la EHYS, BC, y AF. Por lo que se comenzó a revisar MPS. También se habló sobre la valoración del plato vacío y aprende a decir no. Como se aproximaban las vacaciones decembrinas, se dejó un mes para que pudiera poner en práctica todo lo que se había estado trabajando. Al final de la sesión, Azul hizo una pequeña reflexión sobre cómo se había sentido trabajando un enfoque peso centrista y como se sentía trabajando AI, a continuación, lo que dijo:

*“Yo pienso... que sin el acompañamiento de esa nutrióloga ya yo quedo como que en incertidumbre porque ya no tengo quien me diga: estos días comes esto. Y pues entonces yo lo como y lo como y ya no pasa nada. Pero después cuando ya no estuvo ella pues ya yo comí de forma muy descontrolada... justo por eso busqué este tipo de ayuda porque si dije: eso no está bien. Y ahorita por ejemplo si ya no contara con tu acompañamiento pues diría: bueno ella ya me dijo como puedo tomar solita mi elección”.*

Consulta 5: Esta fue una sesión complicada para Azul, pues debido a que pasó por una situación difícil relacionada con su maestría no le fué implementar todo lo que ya se había trabajado (señales de hambre y saciedad, BC, MPS, AF). Se había podido incorporar a estas herramientas, pero 2 semanas previas a la consulta ella se “descontroló”, como lo mencionó a continuación:

*“No bien, o sea.. como que estas vacaciones... o sea fueron las vacaciones y demás y siento que, ahorita bueno. Estoy en la escuela y tenemos una presentación de avances como de lo que hemos hecho durante la escuela en febrero, entonces yo tenía que entregar mis avances en enero. Bueno sí... este viernes, entonces yo andaba como muy apurada por acabar, entonces siento que eso.... has de cuenta que todo lo que yo... había pues ya un poco como revisado, o pensado... yo siento que me había ido bien al principio y con esto como que todo se descontroló y has de cuenta que yo no sabía nada de nada. Y entonces siento que no solo pasó que yo no regresara a como estaba antes, si no que peor... empecé a comer y a comer y a comer. O sea, durante mis tiempos de comida pero, no entre comidas y así, durante mis tiempos de comida, pero como que todo era muy como muy descontrolado y.... bueno ya lo he reflexionado más y quizás siento que es porque el pensamiento de lo que yo tenía que hacer o tengo que hacer como que mientras estoy comiendo digo: ay tengo que hacer esto... no sé qué. Luego se me va el hilo de la concentración de lo que estoy comiendo, y entonces regreso como a esos pensamientos de: me dijeron esto, tengo que hacer esto o... O sea como que empiezo a pensar en cosas acerca de lo que tengo que hacer y... entonces me sentí como muy tristonera en ese aspecto de decir: bueno, no o sea, ahora que he intentado como tener más calma, mmm... Digo: todo se me viene descontrolando. Entonces yo me sentí un poco como desmotivada en este sentido (...) estaba más preocupada en todo lo que tenía que entregar, sin detenerme a pensar en mis señales de saciedad ni que estoy disfrutando, o sea nada, yo tenía que comer porque tengo que comer”*

Se identificó que en ese momento su prioridad no era su alimentación, si no sacar adelante lo académico y eso también era válido. Se discutió la idea que no es que esté “peor” que al inicio. En ese momento ella ya contaba con más herramientas para volver a retomarlo, si eso no fuera así, probablemente ella no hubiera notado todo lo que pasó. Esto dio paso a proponerle trabajar con la mayoría de las veces y actividades de autocuidado. Además, se le preguntó si quería empezar de cero o retomar lo que ya había trabajado. Ella eligió retomar lo que ya se había trabajado (EHyS, horarios de comidas y BC) por lo que esa fue la actividad que se le propuso, retomar esas prácticas. Azul comentó que se sentía más tranquila al terminar la sesión.

Consulta 6: En esta sesión se habló sobre la actividad de autocuidado y diálogo interno. Además, Azul comentó que ya había podido reincorporar sus horarios de alimentos y los BC, por lo que ahora se invitó a incorporar nuevamente la AF. Al final de la sesión se le preguntó cómo se sentía y ella contestó:

*“Como descansada, como si se me hubiera quitado un peso de encima”*

Consulta 7: Azul tuvo cita con su endocrinóloga y le solicitaron estudios bioquímicos que además compartió con la nutrióloga que la estaba acompañando. Ella comentó lo siguiente:

*“La vi el sábado... y me dijo que ella considera que iba mucho mejor de lo que habíamos estado, le dije que mis periodos menstruales van como que muy mmm, muy regulares porque antes yo era muy irregular y este... Además tenía muchas hemorragias, tuve anemia, y este... y pues ya me volví muy regular y le comentaba a ella que mi periodo se atrasa un día... o sea como que estaba super bien y además no tengo dolor, o sea todo este tiempo del tratamiento que he llevado solo me dieron cólicos justo apenas este mes pero ya llevaba sin cólicos un montón de tiempo, entonces siento que sí he mejorado un montón (...) le dije y me dijo que siguiera los pasos que tú me indicaras y que a ver qué resultados seguíamos teniendo en agosto”*

Su índice HOMA pasó de 3.5 a 2.27, por lo que comentó que la endocrinóloga le sugirió que siguiera con la pioglitazona, sin aumentar dosis. En esta sesión se le

sugirió retomar AF e incrementar su consumo de frutas, verduras y leguminosas, considerando todo lo que ya se había trabajado.

Consulta 8: En esta sesión, Azul comentó que ya había logrado incorporar todas las herramientas y prácticas que se estuvieron trabajando en las sesiones. Con lo que logró incrementar su consumo de frutas y leguminosas (alimentos que le convenía consumir más por la resistencia a la insulina), ya identificaba más sus señales de hambre y saciedad y no cumplió el objetivo de ejercicio, pero incrementó su tiempo al caminar. Como lo comentó a continuación:

*“Fíjate que siento, o sea estas semanas como que en la alimentación como que me ha ido bien porque como que he integrado muy bien las verduras en mis tiempos de comidas, siento que no me quedo con hambre cuando como. O sea, como que esa parte ha estado bastante bien, porque por ejemplo, uno de los días estuve fuera y no tenía previsto que iba a estar fuera por mucho tiempo y cuando llegué a casa comí como con bastante hambre y como que comí muy rápido y dije; no. Pensé que eso era bueno porque ya llega el momento en que yo dije: esto no está bien, tengo que tomarme un momento para pensar y ver qué onda. Y pienso que si ha estado bien. Y otra cosa que noté es que mis pantalones me comenzaron a quedar mejor, sea yo sin pesarme, sin o sea como que, sin pensar en eso, como que me queda mejor (...) yo evalué estas semanas en las que siento que en algunas cosas me fue bien y en otras no tanto y me descontrolé (...) el viernes, me puse un pantalón que me quedaba apretado y ahora, no me queda guango, pero ya no está apretado y yo dije: ay que bien, porque yo no he hecho nada diferente. O sea, si he hecho cosas diferentes, pero yo no lo veo como cuando uno se pone a dieta porque era como de: uno come puro pollo asado, o atún. Ahí es una cosa diferente, porque he comido la comida del diario, lo que hay en casa, he comido más y aunque he comido más el pantalón me queda mejor, que lógica tan rara”*

La intención de este enfoque no es la pérdida de peso. En el caso de Azul que tenía periodos en los que comía mucho más de lo que necesitaba (balance energético

positivo) y que esos episodios se habían disminuido, era lógico que se viera reflejado en su peso. Esto podría dar paso a que Azul viera a las AI como una dieta más para perder peso, pues estaba viendo eso. Por lo que se trabajó en ver el peso como algo neutral. Lo que se espera al implementar este enfoque es que el cuerpo adopte el tamaño con la que se sienta cómodo. No se podía dejar de lado que Azul lo haya notado y en algún momento conocerá su peso, por lo que se trabajó en cómo tomaría el ver el número en la báscula, reforzando más como se ha sentido en este proceso (no se estaba restringiendo, la comida ya no ocupaba gran parte de su mente, estaba haciendo ejercicio). Aunque ante esto Azul comentó:

*“Yo lo vi como un plus porque yo sé que a veces uno dice, bueno pues te matas de hambre y te queda mejor la ropa, y ahorita yo no me he matado de hambre y me quedó mejor el pantalón, he comido bien, no paso hambre, me siento bien”*

El comentario de Azul demostró que le seguía dando un valor positivo a la pérdida de peso. Si bien le sorprendió porque no se había restringido como cuando se sometía a alguna dieta, no dejó de lado el “sentirse bien” por haber perdido peso. Se recomienda prestar atención y trabajarlo con las personas que estén en el proceso de adopción de la AI con la herramienta de la mentalidad de la dieta.

Consulta 9: Se dio de alta. La intervención se encuentra descrita en el apartado Alta.

#### E-1.4 Educación nutricia: relación de la nutrición con la salud/enfermedad y C-2.8 Reestructuración cognitiva:

Consulta 1: Aunque Azul ya conocía el enfoque de AI por medio de redes sociales, aún necesitaba información para entender si esto era lo mejor para ella, como lo comentó a continuación:

*“Quiero entender mejor que esta situación del peso no es como un determinante para la salud, para muchos padecimientos etc. No dejo... o sea como que hay un discurso que yo entiendo que digo; sí es... o sea hay muchas cosas que se encuentran ahí, pero de todas maneras hay algo que tú dices, tú te sientes bien con tu cuerpo y como te ves. Al final hay una parte de mí que dice: no, me gustaría que me quedara mi ropa que me quedaba antes de la pandemia. O sea, como*

*que también está eso que digo: entiendo perfecto eso. Pero también está esta parte que digo: está mi ropa y me gustaría también volvérmela a poner...”*

Implementando el P1 (Eliminar la mentalidad de dieta) se brindó información basada en evidencia sobre las causas y consecuencias de ciclos de ganancia y pérdida de peso, el efecto de las dietas restrictivas, causas de los atracones y mitos sobre la relación que hay entre el peso y la salud. Azul se notó receptiva y estuvo anotando en una libreta lo que se le informaba, y ante esto ella mencionó lo siguiente:

*“hay cosas aquí que me hacen mucho más sentido respecto a mi salud, que decir: si estás delgada toda la vida vas a tener salud, ¿no?”*

Azul comentó que estaba muy confundida por los diagnósticos poco acertados y el tratamiento inefectivo que estuvo recibiendo. Además, comentó que la estuvo pasando mal al no saber qué era lo que tenía. Por lo que se le brindó el espacio a que pudiera expresar lo que sintió en el proceso, por medio de la escucha reflexiva. Se explicó cómo funciona la resistencia a la insulina, en qué consiste y los principales signos y síntomas a los que se debe de prestar atención. Además, comentó que su principal miedo era desarrollar diabetes por no dejar de comer carbohidratos. Se explicó la función de los carbohidratos y el índice glucémico, y que eliminar los carbohidratos no solucionaría la resistencia a la insulina como se solía pensar. Si no que le convenía hacer elecciones que influyeran en el índice glucémico de los alimentos, como el consumo de fibra y leguminosas, además trabajar en hábitos de sueño y AF. Al final Azul comentó que se sentía aliviada y dijo lo siguiente:

*“Nunca me lo habían explicado de esa manera (...) sentía que era una sentencia porque me decían, tienes resistencia a la insulina y ya no debes de comer carbohidratos, y se me hace muy fuerte que así vayas a vivir el resto de tu vida”*

#### E-1.5 Educación nutricia (modificaciones recomendadas) y C-2.2 Establecimiento de metas: El uso de “mi plato saludable”

Consulta 4: En esta sesión, ya se habían trabajado con la EHyS, BC, alimentos prohibidos y AF. Obedeciendo al P10 y considerando las recomendaciones de las guías ALAD, 2019, que para la resistencia a la insulina le convenía prestar atención



en el consumo de frutas, verduras y proteínas que no fueran carnes rojas (leguminosas, semillas, carnes de ave). Se le sugirió comenzar a trabajar con MPS. Se le explicó la estructura y composición de los principales grupos de alimentos. Se explicó la lógica de incluir proteínas, grasas e hidratos de carbono en sus comidas para regular sus niveles de insulina basal. Además, se dio énfasis en que esto no era una dieta más. Se realizó un ejercicio para poder verificar el entendimiento, con el que se identificó que no estaba consumiendo suficientes frutas y verduras. Por lo que se sugirió prestar mayor atención a este grupo de alimentos. También se explicó que el tamaño del plato sería dependiente a la cantidad de hambre que tuviera, por lo que se sugirió unir la implementación de esta herramienta con sus señales de hambre y saciedad, horarios de comidas y los BC. Se le invitó a revisar los grupos de alimentos por si le surgían dudas, poder revisarlas en la siguiente sesión. Al final ella comentó lo siguiente:

*“Me hace mucho sentido porque sobre todo uno piensa en... O sea, cuando yo estaba con la otra nutrióloga solo me decía: come esto y esto y esto, y yo decía pues... O sea yo pensándome en ese momento que buscaba la pérdida de peso, o sea si baje de peso pero al final ahora que lo veo, yo no aprendí a hacer ninguna elección, o sea yo decía como esto y esto y pues te lo comes y ya. Y no me quedaba con hambre, pero pues terminas ese seguimiento y ya después como que dices.... como que ya no hay ninguna pauta, que tú dices, por ejemplo, si tú haces esta selección has de cuenta no pudiste ahorita pero lo comes después, y entonces como que todo se balancea y en ese momento no, tu sigues un programa y cuando se acaba el programa pues no sabes, como que te ... Yo lo pienso y quedé igual que cuando empecé, durante ese proceso todo estuvo bien pero no hubo un aprendizaje que yo pudiera seguir cuando no estoy en una consulta. Por ejemplo, esto siento que me puede servir de aquí al infinito donde yo pueda balancear...”*

Consulta 5: Azul logró implementar esta herramienta por 2 semanas, pero después ya no lo hizo porque tuvo un percance académico que consumió gran parte de su tiempo y energía. Por lo que la implementación de MPS se puso en pausa.

Consulta 6: Como ya había logrado retomar sus horarios de comidas, se le sugirió retomar la implementación de MPS en la mayoría de sus tiempos de comidas y ella estuvo de acuerdo.

Consulta 7: En esta sesión se comenzó preguntando sobre su experiencia al implementar esta herramienta en sus comidas, ya que desde que se le propuso trabajarla (consulta 4) no se había podido evaluar su apego debido a las situaciones que le impedían prestar atención a su alimentación. Esta vez pudo implementar y sobre todo incluir frutas y verduras que era lo que más le había costado. Ella mencionó lo siguiente al respecto:

*“He integrado, siento que de una manera pues como consiente y no necesariamente forzada muchas más verduras a mis comidas, entonces eso también me ha gustado porque he comido verduras en el desayuno, verduras en la tarde y así, entonces no he tenido problema, ya no lo veo como: ¡ay, tengo que comer verduras! O sea, como que ya he estado haciendo un trabajo de decir: a pues eso es lo que desayuno y está bien. Como que no le veo peros, entonces esa parte también me ha gustado mucho y de hecho siento que cuando, por ejemplo, digamos que no comí las verduras en algún tiempo de comida, digo: eh no pasa nada las como en la siguiente. O si ya no me dio tiempo digo: pues mañana. O sea no hay, como que no hay problema de que ya si no me las comí hoy. Siento que eso me ha ayudado un chorro, siento que ya como más despacio, más consciente en eso siento que he mejorado mucho”*

Azul tuvo consulta con su endocrinóloga que le mencionó que su índice HOMA había disminuido, pero aún le faltaba seguir con el tratamiento. Con Azul no se había trabajado específicamente con el índice glucémico que era lo que más le convenía, ya que no hay guías que hablen sobre beneficios de implementarlo. En esta sesión se le invitó a prestar atención en su consumo de fibra (frutas y verduras) y leguminosas. Azul consumía de 1 a 2 veces por semana leguminosas (le convenía que los eligiera como su principal fuente de proteínas), por lo que se discutió una meta realista para consumirlos. Se llegó al acuerdo de consumir alguna fuente de leguminosas 5 veces a la semana, en por lo menos una comida. A Azul le costaba

incluir frutas y verduras porque los asociaba con estar dieta. En esos días que ella los estuvo incluyendo en sus comidas, lo hizo realizando la práctica de BC y se dio cuenta que prefería consumirlos por separado y no incluidas en el platillo con otros alimentos, como lo comentó a continuación:

*“Algo que me di cuenta es que no me gustan en el mismo... o sea, ciertas preparaciones. Por ejemplo, algo que me di cuenta es que si yo comía por ejemplo caldo de pollo que lleva muchas verduras digo: no me gusta tanto. Pero por ejemplo probé comer las verduras solas y aparte el pollo y así dije: ah está bien. Y yo recuerdo que en el caldo de verduras no me gusta el chayote, entonces lo que hice fue comerme el chayote hervido, solo el chayote y dije: así si me gustó. He estado probando como me gustan las cosas”*

Esto le ayudó a no ver el consumo de frutas y verduras como una obligación. Además, se trabajó en buscar alternativas que ayudaran a que Azul pudiera consumirlas, aunque no le gustaran. Se llegó a la conclusión de que el jugo verde, ensaladas y cremas de verduras ayudarían a incrementar su consumo de verduras. Ella comentó que haría uso de esas estrategias. Se quedaron 2 objetivos: incluir verduras en por lo menos sus 3 comidas principales, frutas en sus 2 colaciones y 5 días a la semana leguminosas en por lo menos un tiempo de comida. Al final ella comentó lo siguiente:

*“Me agrada porque siempre que se habla de nutrición se trata de restar, y aquí no, más bien lo que es, es que he sumado cosas. Entonces eso se me hace padre, de decir como: entonces voy a agregar otras cosas y no te quedas con hambre”*

Consulta 8: Azul mencionó que, de los 7 días de la semana, comió 5 veces a la semana frutas y verduras en sus comidas principales, siendo un incremento de 3 días. Los frijoles los comió 4 veces a la semana en desayunos y en comidas, lo cual fue más de lo establecido, porque el objetivo era 5 veces a la semana en por lo menos una comida. Se le sugirió continuar con eso y que ahora tratara de incrementar un día más de frutas, verduras y leguminosas. Con la intención de que continuara implementando estos grupos de alimentos en sus comidas, sería importante que viera los beneficios que trae consumirlos. Así que se le preguntó si había notado cambios al alimentarse de esta manera, ella respondió lo siguiente:

*“sabes que sentí como que si me ayudan a sentirme como, primero más satisfecha y luego siento que ahora que había estado teniendo problemas como de colitis nerviosa, agruras, tenía problemas de estreñimiento y cosas así (Situación que ella no comentó cuando se le preguntó si tenía algún otro problema de salud aparte de la resistencia a la insulina) y ahora como que esos problemas disminuyeron mucho, ya no tengo agruras, bueno anoche que fue que pasó esto de que comí mucho, ya dormía mejor, ya se me hizo mucho más natural y el día que no comí verdura yo decía: ay como que me hizo falta algo más fresco, mis verduras, mi lechuga o algo así. Como que si me hizo falta esta parte (...) siento que ya veo el beneficio, me estoy sintiendo mejor, por ejemplo, en un desayuno del domingo, o sea yo me comí mi verdura, desayuné frijoles, huevo, comí pan integral y entonces había pan de dulce, entonces además era de queso que a mí me gusta mucho y yo lo que pensé fue: tengo ganas de pan de dulce y me lo voy a comer. Y me lo comí, no me generó ninguna culpa dije: estaba muy rico el pan y lo disfruté (...) cosa que si me pasaba antes, que si comía pan seguía pensando en que quería más y acabarme todo el que había”*

Cuando se iniciaron las sesiones, Azul decía que cuando comía pan dulce, chocolates, dulces en general y frituras sentía que no podía parar de comerlos. Estos alimentos contienen un alto índice glucémico por lo que lo “ideal” hubiera sido que se le disminuyera su consumo o prohibírsele. Pero considerando que eran alimentos que cuando se le restringieron tuvo atracones, se optó por trabajarlos con BC, el permiso incondicional de comerlos e informando sobre los beneficios de incluir otros grupos de alimentos sin restringirlos. Y como se vio, Azul disminuyó su consumo, al no tener atracones sin necesidad de evitarlos. Pues en el caso específico del pan, al preguntarle a qué se refería con acabarse todo el que había. Ella respondió que era comerse hasta 3 piezas y quedarse con ganas de más, y en esta ocasión solamente se comió uno sintiéndose satisfecha.

E-1.6 Educación nutricia: (otros temas relacionados), C-2.8 Reestructuración cognitiva y C-2.2 Establecimiento de metas: beneficios y motivación para la actividad física

Consulta 1: Azul estaba realizando 10 minutos de ciclismo en interior de 3 a 5 días a la semana con un 7 en la escala de esfuerzo percibido. Debido a que ella había comentado que solía ser inconstante con la AF y obedeciendo al P9, se informó sobre los beneficios que traería el ser constante con la AF en su tratamiento para la resistencia a la insulina y para su salud física y mental. Las guías ALAD y la OMS recomiendan realizar 150 minutos de AF a la semana de intensidad moderada (3 a 5 veces a la semana). Ante esto ella comentó lo siguiente:

*“Disfruto andar en la bici porque tampoco me gustan tanto las actividades en equipo o así como que dijeras: ay bueno se metió a un equipo de fútbol o algo así. Me gusta como hacer algo yo, sí lo disfruto pero ahorita que lo mencionas sí es una actividad compensatoria, porque digo: lo voy a hacer pero porque lo tengo que hacer..... si no supiera que me está ayudando, no lo hago”*

Si bien, la motivación de Azul era que lo estaba haciendo por su tratamiento, lo prioritario era que Azul lograra hacer ejercicio siguiendo el P5 (descubrir el factor satisfacción) para que lograra ser una actividad que formara parte de su día a día. Ella ya identificaba que le gustaba hacer ejercicio sola, entonces se invitó a continuar con lo que estaba haciendo, pero que esta vez tratara de conectar con su cuerpo e identificar cómo se sentía al realizar ejercicio.

Consulta 3: Se retomó el tema de la AF. En general a todas las personas les convendría realizar algún tipo de AF, en el caso de Azul era aún más importante ya que las recomendaciones en el tratamiento de resistencia a la insulina incluyen a la AF. Si bien se había trabajado en la primera sesión sobre los beneficios de la AF, esa semana se enfermó y no pudo mover su cuerpo. Siguiendo el P9 de la AI (sentir la diferencia con el movimiento) se informó sobre las recomendaciones que se dan de AF y se negoció con ella aumentar el tiempo y los días para llegar a las recomendaciones. Azul se propuso como meta realista hacer ciclismo en interior 5 días a la semana por media hora, a las 8 am. Se le preguntó si necesitaba hacer algo para garantizar mover su cuerpo con la meta que se puso, a lo que ella respondió que

le serviría poner una alarma, además pondrá música que le guste para disfrutarlo más. Al último se le invitó a identificar algunas otras actividades que pudiera hacer para mover más su cuerpo y honrar que podía hacerlo.

Consulta 4: En esta sesión se habló sobre cómo le había ido con la meta que se puso en la sesión anterior. Ella comentó que pudo hacer los 5 días por media hora y sólo cambió el horario de 8:00 a las 11:00. Además, Azul identificó (con lo que se le propuso en la sesión 1) qué se sentía con más energía desde que comenzó a hacer más ejercicio. Como lo describe a continuación:

*“Con el ejercicio como que ya retomándolo más bien, aunque siento que pues sí me cuesta un poco de trabajo y ese no es el horario adecuado. Yo creo que el horario adecuado que ahorita no estoy yendo a la escuela, sí me va a funcionar más a las 11 de la mañana y siento que ese horario me ajusta más, porque como ahorita no me levanto tan temprano y sí dije: ¡no! Entonces a las 11 de la mañana me viene muy bien porque yo ya hice como otras actividades en la mañana, ya desayuné, ya dejé tiempo, ya no estuve con esa presión de: ahh son vacaciones y me tengo que levantar. En cambio, en ese otro horario sentí que me funcionó mejor (...) yo creo que me fue bien, como que me siento a gusto, aunque como hace tiempo que hice más ejercicio me había lesionado dije: no me vaya a lastimar. Como que me daba cosa. Pero como que me sentí bien y me dije: o sea si me pasó una vez no me tiene que volver a pasar. O sea, tengo que ser más cuidadosa, pero en realidad me sentí mucho mejor, sobre todo porque siento que cuando no lo hago, porque si tuve un periodo de no hacerlo, me siento mucho más... como más espabilada cuando hago que cuando no hago... me sentía más despierta con más energía”*

Respecto a lo que menciono del miedo a lesionarse, se le informó que no se esperaba que lo hiciera con mucha intensidad y sobrepasando lo que su cuerpo podría hacer. Si no de honrar lo que su cuerpo podría hacer y que, en base a eso, ella pudiera identificar la intensidad en la que se sintiera cómoda, pero sintiendo un esfuerzo. Al terminar de hablar de esto, ella comentó:

*“¡ay que padre! no lo había pensado así”*

Consulta 7: Debido a que en la consulta 5 Azul comentó que tuvo una “recaída” y dejó de hacer AF, en la consulta 6 se le sugirió volver a retomarlo, pero en esta sesión ella comentó que por su alta demanda académica no había podido. Por lo que se habló sobre las barreras para la AF y se le recordó los beneficios de realizar AF, sobre todo por el tratamiento que estaba llevando para la RI. Se le propuso volver a ponerse metas realistas que en ese momento se ajustaran a su estilo de vida. Se propuso retomar el ejercicio en bicicleta 3 días a la semana por 40 minutos, los días viernes sábado y domingo, ella comentó que era cuando no estaba tan estresada por la escuela. Además, se le informó que cualquier movimiento contaba: subir escaleras en lugar de elevador, salir a caminar, caminar en lugar de usar el transporte. Lo importante era moverse más. Ante esto ella comentó lo siguiente:

*“Siento que me gustaba, pero o sea, como que si la pasaba bien pero más bien como que... o sea siento que sí me gustaba frente a otras actividades que quizá pudiera hacer, y hay actividades que me gustan más pero por mi desidia no lo hago (...) pienso que ya no me cuesta tanto incluir verduras, por ejemplo hoy desayuné brócoli y huevo con jamón, o sea no se me hace pesado, o sea, lo comí normal y dije: ah que bien. Y pienso que quizá debería de llegar a ese punto con la actividad física y decir que es normal”*

Se le recordó que tratara de verlo desde la filosofía de “la mayoría de las veces”, pues obligarse a hacerlo podría ser lo que también estaba interfiriendo. Además, se le informó que la AF no tenía que ser estructurada. Debido a que comentó que estuvo jugando videojuegos en lugar de moverse, se recordó que hay videojuegos que promueven el movimiento. Y se le sugirió tomarlo en cuenta.

Consulta 8: En esta sesión comentó que ya había retomado nuevamente el ejercicio como se lo había propuesto. Además, identificó que salir a caminar la hacía sentir bien y lo disfrutaba, por lo que en ese momento haría bicicleta y caminata, tomando en cuenta el tiempo y la energía que tuviera. Como lo comentó a continuación:

*“Respecto a la actividad física, quisiera comentarte que hice unos días y luego ya no porque estuve muy ocupada pero lo que sí intenté fue decir: bueno si tengo que ir a tal lugar, pues ya me voy caminando. Entonces ya no hice la bici pero me fui caminando a lo que tenía que*

*hacer y dije: bueno, si ya no hice la bici porque tenía muchas cosas, al menos voy a caminar y no tomar el transporte si voy cerca, en lugar del coche mejor camino. Por un lado, siento que no cumplí mi meta pero por otro lado fue como: bueno, si camine. Yo siento que fue una buena alternativa que no me dejó culpa así de: claro no hice nada (...) yo pienso que ahora voy a intercalar los 2, unos días voy a hacer la bici y cuando no pueda, pues salir a caminar y puedo incorporar esas 2 partes”*

Se reforzó lo positivo de realizar AF y la importancia de mover más su cuerpo y honrarlo de la mejor manera.

#### E-2.2 Desarrollo de habilidades, ND-1.3 Horarios de las comidas/líquidos y C-2.2 Establecimiento de metas: promoción de la interocepción para el consumo de alimentos

Consulta 1: Una de las principales problemáticas que Azul planteó fue que solía comer en grandes cantidades cuando estaba en periodos de estrés y dejaba pasar muchas horas entre comidas. Estos acontecimientos la hacían tener más hambre y comer más, como lo comentó a continuación:

*“Algo que he identificado por ejemplo cuando tengo que entregar una actividad de la escuela me siento muy ansiosa. O sea estoy haciendo la tarea y sé que me falta mucho y entonces es la hora de cenar y sé que puedo estar 2 horas más, no sé son las 8 o 9, y me voy a dormir a la 1. En ese momento si yo veo que un día antes cené pues no mucho, ese día como que digo: tengo un montón de hambre. Y me da mucha hambre, pero no hambre de un taco, más bien como de una torta o un pan de dulce o cenar algo así como... no hambre como de lo que comí en la tarde... y cuando estoy mucho más tranquila, no tengo mucha hambre y me quiero comer una fruta”*

Debido a esto y siguiendo al P2 y P6, se sugirió trabajar con la herramienta de la “EHyS” para que comenzara a identificar de qué manera se estaba alimentando. Esta primera sesión se le explicó la intención de llenarla y en crear su escala. A Azul le ayudó comenzar desde los extremos y así pudo identificar los demás. Ella identificó



que presentaba 5 niveles, pero cuando estuvo llevando el registro identificó que tenía un nivel más. A continuación, se presenta su escala:

1. Tengo demasiada hambre
2. Tengo hambre
3. Estoy bien (nivel que identificó en la segunda sesión)
4. Ya me llené
5. Comí mucho
6. ¿Porque nadie me detuvo?

Se le invitó a hacer un registro de las comidas que realizaría en los siguientes días sin modificar su alimentación y tomando en cuenta la escala que había elaborado. Además, se le comentó que si durante la marcha consideraba que era necesario modificar su escala, podría hacerlo. Al final se le preguntó si esta actividad le hacía sentido y ella contestó lo siguiente:

*“Me hace sentido pensar en eso que yo no había reflexionado, hace mucho sentido pensar cómo te sientes cuando comes y a lo mejor a partir de eso descubre uno en el camino de: a lo mejor estoy comiendo mucho por esto, o estoy comiendo poco por esto. Entonces me hace sentido que esto me pueda ayudar a conseguir un mejor nivel de salud, o sea sentirme mucho mejor de cómo me estoy sintiendo ahora”*

Consulta 2: Al inicio de la sesión Azul comentó que no tuvo oportunidad de realizar el registro de sus comidas todos los días, pero se le pidió que comentara sobre los días que sí lo hizo. Al respecto comentó lo siguiente:

*“Llené poquitas porque eso te iba a comentar, que, ¡ay! así como que se me hizo... yo pensé que iba a ser muchísimo más fácil y luego se me iban las horas y yo decía: ¡no! Y luego hubo días que no estuve en mi casa entonces se me hizo un relajo, pero siento que, los días que pude completarla me pareció muy revelador. Porque, por ejemplo, en la primera que es la del 13, por ejemplo en esa yo puse que no tenía hambre pero quería comer porque pues voy a la escuela (...) me parecieron cosas muy reveladoras... yo siento que hay algunas cosas que están mal y ahí siento como: ¡Ay! como he estado comiendo toda mi vida y me sentí sacada de onda”*

Se identificó que Azul tenía un diálogo interno negativo, pues constantemente comentaba que hacía las cosas mal (esta intervención se encuentra descrita en el apartado de diálogo interno).

Al realizar el registro (aunque no fue todos los días), ella identificó que había días en los que comía sin hambre. Además, no tenía un número específico de comidas al día, pues había días que comía 6 veces al día y otros comía 2 veces; por ende, no tenía horarios específicos de comidas. Los días que pasaba más horas sin comer, comía más de lo que usual. Es decir, si comía en el nivel 1 sería más probable que llegara al nivel 6, lo que la hacía sentir culpa después.

Debido a lo mencionado, se le invitó a reflexionar sobre lo que sucedía cuando comía sin escuchar a sus señales de hambre y saciedad. Como ya se había observado con otros pacientes, en ambos extremos de su escala, ocurrían cosas similares, como lo que identificó Azul:

- Sentía desesperación
- No disfrutaba los alimentos
- Comía muy rápido
- Sentía culpa
- Terminaba comiendo más de lo que esperaba

El P5 (descubrir el factor de satisfacción) señala que las personas puedan comer obedeciendo a 2 cosas: saciedad y satisfacción. Según el registro que describió Azul esto no era así, pues sus comidas estaban siendo un ciclo de insatisfacción e iban más allá de su saciedad. Por lo que se le invitó a identificar en qué niveles ella se sentía más cómoda al comer. Ella consideró que el nivel en el que sentía cómoda para comenzar a comer era el 3 y para terminar de comer era el 4 porque dentro de este rango ella:

- Comía hasta quedar satisfecha
- Disfrutaba los alimentos
- No comía rápido
- No sentía culpa
- Se sentía con energía

Después de verbalizar los beneficios que obtenía al comer de acuerdo a sus niveles de hambre y saciedad, ella comentó lo siguiente:

*“no me había percatado de ello hasta realizar esta actividad, tenía una idea pero no lo hacía de manera consciente”*

Este caso demuestra la importancia de que antes de modificar su alimentación había prioridades que podrían interferir en su padecimiento. Se explicó cómo esto que identificó podría interferir en su padecimiento (mucho tiempo sin comer, comía grandes cantidades en poco tiempo, sobre todo cuando se encontraba bajo mayor estrés). Por lo que se sugirió que, para poder respetar esos niveles, se podría empezar a poner horarios para no dejar pasar mucho tiempo entre comidas. Se explicó la importancia de comer cada 3 o 4 horas, sobre todo presentando resistencia a la insulina. Ella estuvo de acuerdo, así que se hizo un recuento de sus actividades diarias para identificar qué horarios se ajustaban a su estilo de vida. Estos horarios fueron: 9:00, 12:00, 15:30, 19:00, 21:00.

Esta sesión había tardado más de 60 minutos y ya no se pudo explicar con detalle la práctica de BC pero se le sugirió leer las instrucciones de esta actividad que venían en la EHYS, con la que ya se había trabajado previamente. Con la intención de que conectara con sus señales corporales.

Al final de la sesión Azul preguntó sobre qué podría comer entre comidas y se sugirió que prestara atención en alimentos que le proporcionan saciedad y satisfacción, sin caer en la obsesión. Pues aún no era momento de modificar su alimentación.

Consulta 3: En esta sesión, Azul comentó que no pudo seguir los horarios que se había propuesto debido que se enfermó de gripa y eso provocó que perdiera el apetito, como lo describió a continuación:

*“fijate que me fue bien pero siento que con esto de la gripa este... no me dio mucha hambre entonces siento que eso cambió esto que llevábamos, porque ahora que tuve gripa pues sí cambió mi apetito porque tuve que tomar medicina, tampoco me sabía muy bien la comida, como que todo cambió y también me quedé pensando en eso. Porque sí me servía y sí comía a la hora, pero como que no lo estaba disfrutando como que no le encontraba sabor. Me siento mal, me duele*

*la cabeza, entonces solo estuve haciendo desayuno y comida porque o me dormía muy temprano o ya no tenía ganas de cenar. Entonces apenas me voy sintiendo mejor y estoy empezando a agarrar el ritmo otra vez pero sí vi una diferencia entre que vas pensando que no disfrutas los alimentos. Y bueno como porque tengo que comer y que pensara: bueno esto está rico. Como en las semanas anteriores pues no”*

Esta situación se trabajó con “nutrición de emergencia”, aunque al momento de la consulta ya se sentía mejor y comenzó a retomar los horarios que se había planteado para ver cómo respondía su cuerpo. A pesar de que no lo pudo hacer todos los días, los días que sí pudo ella comentó que identificó que ya no llegaba con tanta hambre a la hora de la comida y eso hacía que no comiera demasiado. Como ya sentía apetito, se invitó a trabajar con BC en cada una de sus comidas para ser más consciente de cómo estaba comiendo. Se le explicó en qué consistía la actividad, porque no tuvo oportunidad de revisarlo como se le sugirió la sesión anterior. Y que tratara de hacerlo “la mayoría de las veces”.

Consulta 4: En esta sesión Azul comentó que había podido comer en los horarios propuestos y además ya era más sensible a sus señales de hambre, pero aún le costaba respetar su saciedad. Como lo comentó a continuación:

*“Esta semana me estuve como sirviendo lo que normalmente me sirvo y comiendo lo que normalmente como, pero siento que me cuesta trabajo ubicar, o sea entiendo muy bien en donde estoy cuando empiezo a comer, o sea en qué nivel de mi escala estoy, pero al final... haz de cuenta, empiezo a comer y digo: ay si estoy disfrutando la comida, estoy disfrutando el bocado. Eso que me dijiste... pero, como que llega un punto en que no sé ubicar cual es mi nivel de saciedad, digo: ay como que ya estoy satisfecha. Pero luego digo: ay no cómo que si se me antoja terminarme esto que yo ya me serví. Y cuando me lo termino, digo no: si era mucho, o sea si debí terminar cuando dije que ya era suficiente. Y eso, o sea vas a decir: ¿cómo es posible? pero así me pasó y me pasó durante todas las comidas de esta semana. Y uno diría: o sea si ya pasó el lunes, ya pasó el martes, ya pasó el*

*miércoles, pues ya no le va a pasar el jueves y el viernes, ¡pero no! Pero sí me pasó de todas formas, entonces yo sí dije todavía ayer: o sea si ya pasó los días anteriores, como estoy siguiendo lo que ya pasé, como que eso no me lo estoy explicando.... siento como si todos los días despertara en blanco y no hubiera aprendido (...)*”

Se le comentó que, al ser una práctica, se tendría que hacer varias veces para poder adherirse más a sus señales de hambre y saciedad, y que sí había tenido avances al poder identificar en qué momentos tenía hambre. Respecto a la saciedad se exploró con más detalle y ella comentó que sí identificaba que ya estaba en su nivel 4, pero al ver comida todavía en el plato decidía terminar todo lo que había. Por lo que se le sugirió la actividad de la “valoración del plato vacío”. Con Azul se identificó que tenía 2 barreras para respetar su saciedad. La primera era social, es decir, si alguien le ofrecía más comida no podía decir que no. La segunda era por lo que había aprendido en su entorno (era de mala educación dejar comida en el plato). Al respecto se trabajó con 2 herramientas, cuando se presentara una situación social se trabajó con “aprende a decir no” y cuando era una decisión interna aplicaría la “valoración del plato vacío” (esta intervención se encuentra descrita en el apartado C-2.4).

Consulta 5: Azul no pudo seguir sus señales de hambre y saciedad como lo hizo en la sesión anterior debido a que se enfocó al cien por ciento en el avance que le pedían en la escuela y eso la descontroló. El tener una agenda exigente en el trabajo y/o la escuela suele ser una barrera común para el proceso de la recuperación de la interocepción para el consumo de alimentos (por lo que se trabajó con la mayoría de las veces y prácticas de autocuidado). Con la intención de que esto se viera como algo positivo y un punto que podría ayudar a reforzar lo que ya se había trabajado, por medio de la reestructuración cognitiva se le invitó a reflexionar si encontró alguna diferencia entre alimentarse sin prestar atención a sus señales de hambre y saciedad o siguiendo sus señales de hambre y saciedad. Para que ella misma hiciera la comparación y pudiera elegir si retomar su proceso o ya no. A lo que ella respondió:

*“Mal, porque incluso siento que me dio como colitis nerviosa, o sea fui al doctor, ahorita me mandó tratamiento, y me dijo: no comas irritantes, no esto, no tal, para que te sientas mejor. Y ya le dije que sí que estaba bien, pero aún falta, porque apenas fui el lunes al doctor (...) el lunes*

*que fui con el doctor fue que retomé lo que llevaba. Ya desayuné con verduras, comí verduras, y ¿sabes qué?, yo me di cuenta de que antes cuando ya habíamos empezado a trabajar como que ya me sentía como más feliz, como más llena de energía. Y entonces estos otros días siento que como que ni disfruté. Como que comí y todo lo comí y lo comí y que además me daba como... o sea como que has de cuenta, yo comía en cualquier horario y me seguía dando hambre a mis horarios, ¿no? y ya habíamos establecido que tenía que comer, entonces yo decía: ¿porque tengo hambre otra vez?, si comí más tarde. Pero era la hora, como que mi cuerpo ya decía: pues esta es nuestra hora de comer, vamos a comer. Pero yo decía: no, ya comí. Entonces fue un proceso como... feo”*

Se hicieron reflejos sobre cómo se podría sentir Azul al pasar por eso, se reconoció el que ella se haya dado cuenta de lo que sucedió y que a pesar de todo haya decidido tomar la consulta nuevamente. Se reforzó la idea de que el proceso no era lineal y sería un espiral de autoconocimiento por lo que esta “recaída” no definiría un avance o un retroceso, ante esto ella comentó lo siguiente:

*“Me da como mucha tranquilidad oír eso, porque en realidad sí me sentí como mal, o sea yo decía: pero si ya había avanzado un chorro, estaba poniendo como mucha atención, estaba integrando como muchos alimentos. O sea, yo decía cómo... en mi cabeza yo decía: voy por buen camino y ya se me echó a perder. Yo sentí que, sí había avanzado mucho y que además me sentía mejor y pensando también en mi imagen corporal. O sea este proceso no está enfocado en mi peso pero de todas maneras, no es fácil despegarte de la idea y aun así como que lo estuve trabajando y dije: me estoy sintiendo bien. Y efectivamente era porque me estaba sintiendo bien y me iba a sentir mejor... Y ahorita mi imagen corporal no me agrada, no me siento bien, me siento como cansada, como pesada, sin ganas.....”*

Azul identificó que al dejar todo lo que se había trabajado sintió:

- Malestar físico
- Incomodidad con su imagen corporal nuevamente

- Desmotivación

Una vez identificado esto se invitó a reflexionar sobre la presencia de estas sensaciones negativas. Se retomó la idea del P1, con lo que se le explicó que es normal sentirse así después de haber perseguido por tanto tiempo el cuerpo perfecto. Se comenzó a trabajar con ejercicios de autocompasión de que no aprobara o reprobara lo que iba sucediendo en el proceso pues era algo que constantemente hacía.

Consulta 6: En esta sesión se preguntó a Azul su experiencia al retomar sus horarios de comidas y los BC. Además, con lo que contestó se identificó que ya estaba incorporando más herramientas que se habían estado trabajando, principalmente su diálogo interno, como se describe a continuación:

*“al principio yo siento que... pero ya después como que fue más fácil, o sea como que fue, quizá los primeros 2 días me costó un poquito más de trabajo, pero ya después no. Por ejemplo, hace rato que comí ya decía: a bueno, esto estoy comiendo, como que sí lo estoy disfrutando, me voy a detener. Y sabes que me sorprendí, que por ejemplo en la mañana en el desayuno hice como otras elecciones de decir, que eso como que no, o sea como que me pasaba antes y ya después como que se me olvidó, pero siento que ya me pasó como con mucha más naturalidad de decir: tomé este pedazo de pan y lo demás ya no me lo comí. O sea, como que ya sabía que había sido suficiente para mí, pero como que yo no me di cuenta de forma tan consciente, si no como que lo dejé ahí y no me di cuenta (...) con los horarios, como cambiaron ahorita mis horarios de clases, se me deshizo el horario, pero solo fue esta semana. Ya terminan estos horarios como muy locos y ya la próxima semana vuelvo a mis horarios regulares, entonces esos también siento que me va a beneficiar porque ya voy a tener los horarios que podía llevar antes. Que o sea cuando los llevé como que fue más o menos fácil llevarlos porque como que estaba el tiempo ahí, en cambio esta semana como todo se desajustó, no, o sea no se acomodaba para comer a las horas que estaba comiendo (...) además lo que pensé, no sé si fue antier... no*

*tengo que comer como si no fuera a volver a comer, o sea estoy comiendo pero al rato, en una hora si me da hambre yo podría comer, como hacer ese acto de conciencia de decir: o sea no me voy a quedar sin comer hasta la noche, o sea si me da hambre puedo volver a comer (...) Esto lo pensaba desde que fui con la nutrióloga porque terminé incluso con más peso del que yo llegué con ella, entonces ese día pensé, bueno voy a poder volver a comer, no estoy a dieta”*

De acuerdo con lo que Azul relató se pueden observar los beneficios de darse el permiso incondicional de comer, ponerse horarios de comidas y el trabajo con la mentalidad de la dieta. Si bien ella estuvo identificando más cosas, se retomó que el miedo a comer era uno de los efectos negativos de las dietas restrictivas. Ante esto ella contestó lo siguiente:

*“No me había dado cuenta de que lo tenía tan adentro, no había hecho tanta consciencia de decir: estoy comiendo como con miedo, como con... así de decir: bueno tengo que comerme esto porque al rato... porque no voy a poder comer entre comidas o no sé. Entonces yo dije: ¡ay! yo pensé que no estaba como con esos pensamientos tan fuertes. Pero me di cuenta como que sí, entonces yo decía es que puedes volver a comer, ¡nadie te va a decir que no!”*

Al final se reforzó la idea de que entre más practicara estas herramientas sería cada vez una reacción automática de su organismo (el no tener miedo al comer), como lo que le pasó con el pan y ella contestó:

*“ay, ya me siento más motivada”*

Consulta 7: En esta sesión se dio el espacio a que Azul comentara si había podido mantener lo que se trabajó la sesión anterior. Ella comentó que esos días no tuvo ningún inconveniente y se había adherido a sus señales de hambre y saciedad. Al respecto comentó lo siguiente:

*“Bien, siento que en esto de los bocados conscientes me ha ido bastante mejor, entonces eso me da bastante gusto”*



### C-2.6 Manejo del estrés y C-2.2 Establecimiento de metas: incorporando prácticas de atención plena

Consulta 5: Considerando que Azul pasó por un periodo de estrés por alta demanda académica, ella se vería beneficiada de adoptar prácticas de atención plena, que además ayudaría en el proceso de incorporación a la AI. Se le sugirió buscar prácticas de atención plena y que las implementara en los momentos de estrés, además se explicó los beneficios de incorporarlas en su día a día. Se sugiere que la nutrióloga pueda hacer una práctica durante la sesión y que se recomiende realizarlas constantemente para que la persona identifique los beneficios y pueda implementarlos en situaciones de estrés. En este caso no se hizo.

Consulta 9: Para iniciar la última sesión se realizó una práctica de atención plena (DROP), se le explicó la intención de realizar esta práctica. Y se le sugirió realizarlas e incorporarlas en su día a día. Al final ella comentó:

*“Está bien porque me sentía estresada, tenía muchas que hacer y ahorita me estresaba la hora, lo voy a utilizar”*

### C-2.4 Resolución de problemas y reestructuración cognitiva: valoración del plato vacío y aprende a decir no

Consulta 4: Azul comentó que le resultaba difícil dejar comida en el plato, aunque ella sentía que ya estaba satisfecha, sentía que tenía que acabarse todo. Como lo comentó a continuación:

*“Como que hay algo ahí con la que yo digo: es que al final de la comida pues estoy más llena de lo que quizás me hubiera gustado estar (...) no termino de identificar bien cuando debo detenerme”*

Se indagó más al respecto por medio de la actividad “valoración del plato vacío” y la escucha reflexiva. Se identificó que Azul estaba experimentando una barrera para la saciedad, pues por cómo fue educada, terminarse todo el plato resultaba ser un valor importante, ya que sentía culpa por dejar comida en el plato y además le resultaba descortés no aceptar más comida cuando le ofrecían (situación que se trabajó con “aprende a decir no”). Ante esto ella comentó lo siguiente:

*“Me hace mucho sentido porque si tengo mucho eso de que si me lo sirven pues me tengo que acabar todo, sobre todo el de decir, si vas a casa ajena o algo así, pues uno ve el esfuerzo que hace la gente para darte de comer y, o sea, ¿lo vas a dejar ahí? Creo que, si me hace mucho sentido que yo tengo que decir, no pues como vas a dejar la comida”*

Se le propuso que en todas sus comidas dejara un poco, por lo menos una cucharada, bajo la premisa de que no era necesario terminarse todo y que si lo deseaba podía comer un lo que guardó en su siguiente comida. Ella estuvo de acuerdo.

En la actividad de la “valoración del plato vacío” se identificó que a Azul le costaba decir que “no” cuando le servían de comer. Lo que comentó se encuentra a continuación:

*“A mí me entra mucha ansiedad de decir: no, ¿cómo le vas a hacer la majadería si lo hizo para que comieras! Entonces en esos momentos a mí me causa mucha ansiedad decir: ¡ay no! gracias”*

Como estaba trabajando en escuchar sus señales de hambre y saciedad era importante que desarrollara la habilidad de “aprender a decir no”. Siguiendo el P5, se explicó a Azul que “comer” también era un acto social y un momento para compartir con sus seres queridos, pero si el comer más allá de su saciedad la hacía sentir incómoda, ya no estaba disfrutando de sus alimentos ni del momento con sus amigos o familiares. Se apoyó a Azul a formar alguna frase que pudiera decir cuando le ofrecieran comida y ella no tuviera hambre. La frase que sugirió fue la siguiente:

*“Aprecio mucho que hayas pensado en mí, se ve muy rico voy a probar un poco ahorita, ¿te parece si lo demás lo guardo para después porque quiero disfrutarlo un poco más?, cuando tenga hambre me sabrá mejor. Eso suena muy bien, así no hago sentir mal a la gente”*

Consulta 7: Azul comentó que le resultó fácil dejar un poco de comida en el plato y que con ayuda de la actividad de BC podía identificar en qué momento era suficiente y podía parar.

Consulta 8: El resto de las sesiones Azul comentó que ponía límites con lo que se había trabajado, sin embargo, en esta sesión Azul comentó que pasó por una

situación en la que no pudo poner límites nuevamente. Como lo describe a continuación:

*“Sentí que terminé demasiado llena para la noche, entonces siento que esa parte me cuesta en torno a la alimentación como que muchísimo trabajo. O sea, yo me siento muy comprometida para dejar la comida en el plato y decir: yo ya hasta aquí llegué. Aunque yo ya sienta que ya hasta aquí llegue me da mucha pena decir que no...me siento como muy apenada y me entra el nervio (...) en la madrugada que me seguía sintiendo muy llena dije: ¿como llegue a este punto? (...) ni siquiera se me ocurrió decir: ¿me lo ponen para llevar?, porque eso pudo haber sido una opción, o sea, le corto aquí y ya me lo como mañana”*

Se retomó lo que se había trabajado en la sesión 4, además la idea de que todo lo que se trabajaba se esperaba que lo hiciera “la mayoría de las veces”. Se volvió a trabajar en alguna frase que pudiera decir cuando se presentara una situación familiar, y esta vez se sugirió que lo escribiera en alguna libreta o su celular para que lo tuviera a la mano en esos momentos. La frase fue la siguiente:

*“estoy tratando de mejorar mi relación con la comida, en este momento yo no tenía contemplado que íbamos a comer y me siento muy llena, se ve muy rica, quisiera comérmela después, ¿crees que me pueda llevar la rebanada que me corresponde para mañana yo comerla y me acuerdo de ti? (...) ya tendré más presente esto”*

#### C-2.8 Reestructuración cognitiva y C-2.1 Entrevista motivacional: Alimentos prohibidos y nutrición de emergencia

Consulta 2: En esta sesión Azul comentó que había alimentos que le generaban culpa al comerlos, estos principalmente eran los que se le prohibían cuando estuvo a dieta con la otra nutrióloga. Estos eran el pan dulce, galletas, frituras, dulces, hamburguesas, pizzas, tortas y tacos. Específicamente ella comentó lo que le sucedió días previos a la sesión:

*“Cuando tenía hambre, sentía culpa al comer un bolillo en lugar de una fruta, tenía hambre y me comí el bolillo y ya, pero después me sentí con culpa porque dije: pude haber buscado una mejor opción”*

También comentó que una vez que comía un pedazo, ya no podía parar, lo cual le generaba aún más culpa. Se explicó que los atracones que tenía con estos alimentos podrían estar relacionados con prohibición. Se trabajó con BC a la hora de estar expuesta a estos alimentos.

Consulta 3: Azul se enfermó una semana antes de esta sesión y comentó que no pudo seguir sus señales de hambre y saciedad porque no tenía apetito y solamente hizo 2 comidas de las 5 que se había propuesto. Siguiendo el P2 (haz caso a tu hambre), se le informó que en periodos de estrés o enfermedad suele ser complicado hacer caso a las señales que envía su cuerpo. En esta situación la alimentación también es una forma de autocuidado y que su cuerpo requiere energía independientemente de sentir hambre o no. Se sugirió que creara un plan de nutrición para cuidar de ella misma con alimentos que pudiera disponer a pesar de no tener ganas de comer y poder continuar. Ella comentó que los sándwiches, fruta, galletas, batidos de frutas (sin colar) serían una buena opción para esos momentos por su practicidad y facilidad de preparación. Al final ella comentó lo siguiente:

*“Me parece muy lógico y muy revelador porque yo no había pensado en esto de la comida de decir: voy a comer porque ¿cómo voy a enfrentar esto que me está pasando si no como?, oye siiii. Pudiera parecer super obvio, uno se siente muy triste o algo así y decir: pues esto me va a ayudar a afrontar lo que me está pasando, o sea, es como un aliado”*

#### C-2.9 Prevención de recaídas y C-2.8 Reestructuración cognitiva: Diálogo interno, Autocompasión, formas de autocuidado y la mayoría de las veces

Esta serie de intervenciones se realizaron debido a que en las Guías de la ADA se indica que el manejo de estrés es fundamental para el tratamiento de resistencia a la insulina.

Consulta 2: En esta sesión no hubo una intervención al respecto, pero se identificó que Azul tenía un diálogo interno negativo y se solía recriminar cuando no hacía las

cosas “bien”, además de poseer un pensamiento dicotómico en el que solo existía “bueno y malo”. Esto se identificó con lo que comento a continuación:

*“Si tiendo mucho a decir como: todo lo he hecho mal. Porque esto que te cuento que sucedió hace una hora, como que yo traía la idea de que... antes de empezar la llamada... el pensamiento de decir: ay mejor me hubiera comido otra cosa, ¡qué le voy a decir!, agarre bolillo en lugar de buscar fruta”*

Consulta 3: En esta sesión Azul comentó que sentía culpa cuando descansaba o cuando no tenía ganas de hacer ejercicio, se comentó que el descanso era una forma de autocuidado y que si su cuerpo le pedía descansar era porque lo necesitaba. No se verificó el entendimiento.

Consulta 5: Debido a que en esta sesión Azul comentó que dejó de prestar atención a las señales que le daba su cuerpo por su alta demanda académica, se invitó a trabajar la actividad de “formas de autocuidado”. Como en esa sesión ya se había agotado el tiempo se le envió el archivo PDF para que pudiera trabajarlo en su casa y discutirlo en la siguiente sesión. Ella comentó lo siguiente:

*“sí me ayudaría mucho”*

Consulta 6: Se preguntó a Azul sobre su experiencia al realizar la actividad en su casa y se dio espacio a que comentara qué identificó. Ella comentó lo siguiente:

*“... siento que me sirvió mucho como para ver qué actividades sí hago y cuáles no. Entonces creo que fue un poco revelador, sobre todo porque sentí que, en el aspecto de relaciones, como que ahí, me va muy bien porque siento que me llevo bien con mi familia, con la gente que quiero y así. Pero, por ejemplo, en la salud física, en la emocional, ahí como que no me fue tan bien, sobre todo me di cuenta que igual en la de emociones y bienestar psicológico como que hay varias cosas ahí que... pues que marqué que aparecían y que yo no había considerado, ¿no?, si no hasta que lo vi aquí y... pues, fue un poco revelador que quizás yo siento que hay áreas que se cubren muy bien pero no tenía ni siquiera como eso en mi radar que a lo mejor tenía que cubrir esos aspectos. Entonces si me.. o sea, que quizá no,*

*porque dice aquí que es importante cómo ser compasivos y así, pero igual me estresó”*

Azul identificó que sus sentimientos y emociones no estaban siendo atendidas, se hicieron reflejos sobre cómo se podría estar sintiendo ya que para ella fue duro saber que lo estaba dejando de lado. Era importante trabajar en ello pues en este proceso estaba siendo una barrera para adoptar la AI. Es importante considerar que los nutriólogos no pueden intervenir sobre estas situaciones, así que se brindó el espacio para que dijera lo que sentía sin tratar de resolver su problema, con ayuda de la escucha reflexiva. Se le preguntó si ella consideraba que necesitaba hablarlo con alguien más (profesional de la salud mental) y ella contestó que lo pensaría.

Esto dio paso a trabajar con un ejercicio de autocompasión, pues como ya se había notado en sesiones anteriores, se recriminaba el no hacer las cosas bien. Esta vez que se trabajó la actividad de autocuidado comentó que le estresó saber que tenía actividades que interferían con su autocuidado. Siguiendo el P1, se explicó que la autocompasión estaba relacionada con el bienestar y que al no haber autocompasión habrían mayores sentimientos de insatisfacción lo que la conducía a estrés y para su condición, convenía disminuir sus factores de estrés. Ante esto ella comentó lo siguiente:

*“Ahorita que lo mencionas sí siento que tiendo a regañarme mucho, sobre todo por esta parte que comentas que uno está como muy acostumbrado a hacer lo que te dicen que tienes que hacer o lo que sabes que tienes que hacer, y esto como que se trata de que uno tome sus propias decisiones y me parece mucho más autónomo. Como mucho más libre y uno diría: bueno, pero si yo tengo la libertad o la autonomía pues sería más fácil o hago lo que me da la gana. Pero no es tan así porque siento que escaparte de la reflexión y de ver lo que le va a hacer a uno, o sea lo que te va a hacer mejor, pensar por qué estás haciendo las cosas, qué te está llevando a tomar ciertas decisiones, es complicado, ¿no? porque uno está acostumbrado a uno tiene que hacer esto y si no lo haces, se acabó. Entonces intentar construir nuestras decisiones a partir de lo que queremos para nosotros buscando el bienestar, como que es muy fácil para nosotros,*

*¿quién no va a querer estar bien?, ¿quién no va a querer estar sano o así? y dice uno: todos queremos estar bien y estar sanos. Pero no es tan fácil tomar las decisiones que nos lleven a eso”*

Se hizo el reflejo de que a veces las personas, al buscar su bienestar atentan contra su propio bienestar. Para llegar al bienestar, tendría que tener autocuidado y para que tuviera autocuidado, habría que cultivar autocompasión. Por lo que se invitó a realizar un ejercicio de autocompasión y diálogo interno. Se explicó la lógica del ejercicio. Se pidió que se situara en el momento en el que no pudo continuar con el proceso y se sintió culpable. Ella comentó que sus primeros pensamientos fueron:

*“Eres una tonta, iba tan bien, ya la regué, ahora me va a costar más trabajo, hubiera puesto más atención, ahora va a ser más difícil, que tonta soy, hubiera seguido”*

Después se le pidió que pensara en que le sucedió lo mismo a su mejor amiga, ella comentó que le diría lo siguiente:

*“Que mal que te sientas así, y entiendo que te causa mucha frustración, pero pues si ya lo hiciste una vez, nada te impide que vuelva a pasar. Y si te sentías bien, pues mejor concéntrate en que te sentías bien y hacerlo mejor, a todos nos pasa que tenemos momentos donde a veces no, no salen las cosas como quisiéramos y lo importante es que ya te diste cuenta que lo mejor es volverlo a intentar”*

Al preguntarle que porqué a su amiga no le dijo que era una “tonta” (como se dijo a sí misma) ella respondió:

*“Pues porque la quiero”*

Se hicieron reflejos sobre lo que contestó y después se invitó a que pensara y encontrara las diferencias sobre cómo le habló a su amiga y cómo se habló ella misma. Ella contestó lo siguiente:

*“Sí, a los demás a mis amigos les hablo de una manera como, evidentemente con mucho cariño, les tengo como que mucha paciencia, y pues siempre los aliento a que.. al menos con lo que yo*

*pueda aportar, se sientan mejor, o al menos no hacerlos sentir peor como quizá ellos se sienten”*

A modo de reflexión y no como sugerencia, se le hizo la siguiente pregunta ¿Qué pasaría si te hablaras como le hablas a tus seres queridos?, ella respondió lo siguiente:

*“Me hablaría con más paciencia o más cariño que lo que le hablo a otras personas (...) ahorita que lo mencionas, yo creo que no me tengo paciencia que, si no, por ejemplo si a ti no te sale algo, te digo: no pasa nada, a ver te ayudo o lo resolvemos juntas o a ver de qué manera te puedo ayudar. En cambio, yo por ejemplo si a mí no me sale algo, como que me causa mucha frustración...o sea sí busco la solución, pero no con esa compañía respetuosa, más bien esa búsqueda de solución es como muy, como si me estuvieran regañando todo el tiempo”*

Se invitó a reflexionar sobre algunas estrategias que podría empezar a implementar para mejorar sus propios autocuidados, estos fueron:

- *Darme más tiempo para jugar porque es algo que disfruto mucho y hago poco.*
- *Hacer más AF porque me hace bien y me hace sentirme bien cuando lo hago.*
- *Comer menos cuando estoy estresada porque después me hace sentir culpable (buscaría actividades para distraerse, como salir a caminar).*
- *Ser más organizada con mis actividades para que me dé tiempo y ya no sentirme culpable cuando no las hago.*

Después de leer su lista, ella comentó lo siguiente:

*“Si tuviera una mejor organización, eso me permitiría jugar, y por otro lado atender lo que yo sé que me hace sentir bien y evitar estresarme lo que me provoca sentir mucha hambre y empiezo a comer mucho y como estoy demasiado estresada y lo sigo haciendo y así, entonces yo diría: ¡claro! eso me haría sentir mejor porque no estaría tan angustiada”*

Derivado de la actividad de formas de autocuidado y cultivando autocompasión, con este comentario que hizo Azul, aún seguía refiriéndose a “hago todo o no hago nada”.



Por lo que se le invitó a considerar que lo que se estaba trabajando se esperaba que lo hiciera “la mayoría de las veces”, no siempre. Si un día no pudo, al otro día podría retomar su vida normal. Después de dialogar al respecto, ella comentó lo siguiente:

*“Nunca me detuve a pensar, bueno ya lo hiciste una vez, ya sabes cómo se hace y va a ser más fácil ya tienes una base”*

Para mejorar su diálogo interno, se le invitó a modificar frases que se decía cuando estaba luchando con su alimentación, ella comentó lo siguiente:

*“En lugar de decirme: que tonta lo hubieras hecho mejor. Me hubiera dicho: oye, eres humana esas cosas pasan, puedes intentarlo la próxima vez”*

Se le sugirió que cuando tuviera un espacio en su día escribiera en una libreta las frases que solía decirse en cada situación en la que se “recriminara” y escribiera una frase más amable como lo que se hizo en la sesión, ella estuvo de acuerdo. Al final de la sesión se invitó a reflexionar lo que se habló y, que identificara qué era lo que le convenía hacer, sin dar consejos. Se le preguntó cómo se sintió a lo que ella contestó:

*“bien, pero sacada de onda, ¿porque me trato tan feo?”*

#### **7.9.5 Alta**

Consulta 9: En esta sesión se comentó a Azul que ya se habían revisado todos los temas que se habían puesto sobre la mesa al iniciar su tratamiento. Estos temas fueron mejorar su alimentación, AF y el autocuidado. Así que se hizo una evaluación debido a que la sesión anterior se identificó que ya había un avance y sobre todo porque sus niveles de insulina basal habían disminuido. Se pidió a Azul que comentara cómo se sentía en cada tema. Ella comentó lo siguiente:

*“Respecto a la comida me ha ido como que bien, sobre todo porque incluyo más verduras, más frutas y siento que por ejemplo en las noches ya no me da esto de como que me daba a veces mucha hambre en las noches o cuando me sentía como muy ansiosa. Ves que te decía que me daban muchas ganas de comer y curiosamente como que, si me daba ganas de comer, decía: ay un plátano o una manzana o algo así. Y entonces ya pasaba y a la hora de cenar pues*

ya no estaba diciendo: ¡ay tengo mucha hambre! O lo que sea, si no que ya pasó, y también siento que me fue mucho mejor el decir, que era otro de los problemas que habíamos identificado, de decir: bueno me están invitando algo y ya no tengo hambre y entonces ya lo que hice fue decir: me llevo la otra parte para llevar. O también me pasó en una ocasión que comí y dije: bueno ya lo que comí lo comí y a la hora de la cena dije: me voy a comer nada más algo bien ligero una fruta porque pues no sentía hambre (...) cuando no como verduras siento que me hace falta algo fresco, uno se acostumbra a decir: ¡ay! esa parte me aporta otra cosa que antes yo no sabía, me hace sentir bien, lo he notado muy positivo (...) si hay pan y se me antoja, pues me como un pedazo hasta que siento que ya es suficiente y ya no siento culpa como antes de decir: ¡no manches me comí el pan!. Antes era de que me comí todo el pan, ahorita es de me comí un pedazo, qué bueno, lo disfruté, estaba rico y ahí quedó (...) ya siempre pienso, bueno: si me dan ganas, al rato me lo puedo seguir comiendo. Pero en realidad ya no lo quiero (...) pienso que respecto al movimiento yo había identificado que había momentos que, por ejemplo con la bici no se me hacía tan fácil y que ya después empecé como que caminar, sí ya después probé con caminar mucho más y dije: bueno voy a intentar mejor eso que me resulta mucho más fácil. Y no sé si más fácil pero sí más seguido, fue más sostenido, entonces eso también se me hizo bien porque ya estoy saliendo con mi mamá a caminar. Entonces decíamos vamos por cualquier cosa como un pretexto y entonces ya íbamos a caminar y ya regresábamos a seguir lo que hay que seguir. Entonces siento que si se ha sostenido por más tiempo porque es una actividad que he disfrutado, que hago acompañada y que pues se ha sostenido durante más tiempo (...) algo que ya no me pasa y que pensaba, algo que yo, o sea, si por ejemplo si me hubiera comido todo el pan yo hubiera dicho: chin ya arruiné todo, todo el proceso. Entonces siento que ahorita, bueno he recordado mucho tus palabras de: ya pasó en ese momento, eso no implica que yo no pueda regresar a lo anterior y volverlo a intentar ¡y me ayudó un chorro! Y no solo para la comida, si no en muchos momentos que digo: si ya en eso la regué

*eso no quiere decir, no va a definir ni el resto del día ni el resto de las cosas”*

Con esto que ella comentó en esta sesión y con el avance que se vio durante las sesiones, Azul logró:

- Incluir frutas, verduras y leguminosas en la mayoría de sus comidas como un acto involuntario.
- Era más sensible a sus señales de hambre y saciedad, comenzaba a comer cuando sentía hambre y podía para cuando estaba satisfecha.
- Sus alimentos prohibidos ya no ocupaban gran parte de sus pensamientos, lo que hizo que disminuyeran sus atracones (sobre todo eran alimentos que le convenía disminuir por la resistencia a la insulina).
- Su diálogo interno mejoró y ya no se recriminaba si un día no podía alimentarse de manera intuitiva.
- Ponía límites con otras personas cuando ya estaba llena. No seguía comiendo por presión.
- Comenzó a experimentar libertad alimentaria. Dejó de clasificar alimentos como buenos o malos.
- Movía más su cuerpo, identificó que caminar le resultaba más factible que la bicicleta, así que 2 días hacía ciclismo en interior y 2 o 3 días salía a caminar.
- Sus niveles de insulina disminuyeron (¿se debe al enfoque, al tratamiento farmacéutico o a ambas cosas?)
- Además, ella identificó que su calidad de sueño mejoró y se sentía más feliz. Por ende, se esperaba que sus niveles de estrés disminuyeran.
- Ella sentía que perdió peso porque su ropa le quedaba más holgada, pero ya lo vio como algo neutral.

Se hizo un resumen de todo lo que se vio en las sesiones, los avances que tuvo y que en este momento ya se habían abordado todos los temas. Además se le preguntó si había algo más que ella quisiera abordar y respondió que no. Se invitó a seguir y aplicar lo que se estuvo trabajando y se le comentó que, si en algún momento requería asesoría nuevamente, las puertas del consultorio estaban abiertas para ella. Al final ella comentó lo siguiente:

*“Estoy muy contenta y muy agradecida... porque si pienso que me hizo ser una persona diferente, como mucho más amable conmigo, entonces eso ya es decir bastante. Entonces de verdad te lo agradezco mucho porque te digo, yo aplico eso todos los días y pienso que estoy muy agradecida y tú te puedes ir con esa satisfacción de decir: le ayudé a alguien a que todos los días a través de mis palabras su día, el hecho de que algo le pasó su día no se va a definir por eso que pasó. O sea yo de verdad me recuerdo eso todos los días y te lo agradezco... me va a ayudar a mí no solo en mi alimentación si no en todos los momentos de mi vida”*

Recomendaciones: después de trabajar la mentalidad de la dieta, se puede continuar con información sobre el índice glucémico, haciendo un análisis anterior para verificar que no sea causa de restricción. En el caso de Azul no se realizó, pues por su historial, prohibirse alimentos o grupos de alimentos la llevaban a tener atracones.

El caso de 021 estaba tratando hipotiroidismo, sin embargo, su mamá le seguía insistiendo que perdiera peso y le pidió a su endocrinólogo que le diera medicamentos para perder peso. El médico le dio fentermina y eso fue un obstáculo para la adopción de la AI. Con ese medicamento se esperaba que la persona se desinhibiera de sus señales de hambre y saciedad, y en efecto, no sentía hambre, pero comenzó a comer por ansiedad y eso la hizo subir aún más de peso. Durante el tratamiento de adopción de la AI eso no había sucedido y la persona reportaba que se sentía mejor con su cuerpo.

## **7.10.- Discusión**

El objetivo principal de este proyecto fue implementar la AI en la consulta nutricional con personas que habían tenido más de un intento de pérdida de peso. Bajo la premisa de que el paradigma tradicional de pérdida de peso ha sido reconocido por su porcentaje de ineffectividad a largo plazo (Fildes et al., 2015). Lo anterior coincide con la historia de las personas que participaron en este proyecto. La mayoría de los que habían intentado perder peso, ya sea con dietas restrictivas, ejercicio excesivo o medicamentos, terminaban recuperándolo. Cuando se inició el proyecto, no se había contemplado que existieran grupos de personas que compartieran algunas características. Se esperaba que todos cumplieran la característica de ser personas que habían realizado dietas restrictivas de manera crónica (de aquí en adelante se usará “dietantes crónicos” para referirse a estas personas). Los 9 grupos explicados en los resultados se comentan en esta sección. El orden va desde los grupos en los que se trabajaron menos herramientas y abandonaban el tratamiento hasta los grupos que terminaron el tratamiento y que trabajaron con la mayoría de las herramientas. Las herramientas descritas por cada grupo también engloban lo encontrado con la mayoría de las personas de los diferentes grupos.

### **7.10.1 Causas y costos de perseguir “el cuerpo perfecto”**

En general, con todas las personas se discutieron las CAR que habían respondido en el CPC. Las herramientas utilizadas previo a presentarles la forma de trabajo fueron el “historial con las dietas” y “¿Cómo hacer dietas ha interferido en tu vida?” Después de eso se les comentaba que eran candidatas a trabajar con AI. Es importante recalcar que a ninguno se le comentó que se trabajaría con AI, si no bajo un enfoque no centrado en el peso. El historial de dietas permitió un acercamiento a la experiencia de las personas, así como identificar situaciones que favorecían la aparición de CAR o de ser dietantes crónicos. Una de ellas fue haber iniciado una dieta restrictiva, ya sea por prescripción algún nutriólogo/médico/profesional de la salud o por cuenta propia. Se destaca que el realizar estas evaluaciones permiten identificar personas con riesgo de padecer algún TCA. La AI es la intervención más adecuada para prevenir el desarrollo de un TCA. En contraste, la mayoría de las nutriólogas no son formadas para realizar este tamizaje de manera sistemática.

En las participantes (no en hombres) se identificó que desarrollar preocupación por la alimentación y la imagen corporal estaba vinculado a comentarios, acciones o actitudes infundadas por la madre u otros familiares cercanos. Lo que tendía a ocurrir durante la consulta es que las personas reconocían que los ideales infundidos en sus relaciones interpersonales habían tenido como resultado efectos negativos en su salud mental y física. Estas mujeres reconocían que culturalmente, a las mujeres se les exige tener un cuerpo delgado (cuerpo perfecto). Las madres de familia crecieron con esta idea y esto fue replicado a sus hijas sin la intención de generar un daño. Por otro lado, resultaba difícil para las pacientes aceptar que, si bien las madres buscaban el bienestar, el resultado fue totalmente lo opuesto. Otro elemento ligado a lo anterior es que muchas mujeres que participaron en el proyecto iniciaron su primera dieta en la infancia o como “preparativo” para su fiesta de XV años, pues socialmente es un evento importante y tenían que verse delgadas (ideal del cuerpo perfecto) para esa ocasión. Esto refuerza la connotación positiva que se da a un cuerpo perfecto.

Fue común que las personas (hombres y mujeres) reconocieran que habían sufrido de bullying o maltrato por algún familiar o compañero escolar en algún momento de sus vidas. Asociaron estos eventos con el inicio de alguna dieta, pues ya no querían seguir siendo objeto de burlas por su cuerpo. Otro elemento ligado a la presión social fueron las redes sociales. En la actualidad las redes sociales han sido un método de comunicación que presenta información masiva sobre el cuerpo perfecto. Esto también fue asociado como un detonante para que las mujeres y hombres que trabajaron en este proyecto buscaran modificar su cuerpo para alcanzar el ideal de belleza según el género (mayor musculatura en hombres, delgadez en mujeres). Además, algunas habían intentado perder peso por medio de dietas o productos milagro que eran promovidas en las mismas redes. Las nutriólogas deben estar atentas a identificar si las pacientes que atienden han tenido estas experiencias para que puedan invitarlas a replantearse los objetivos o identificar que factores influyen en sus pensamientos y conductas.

La herramienta de “¿Cómo hacer dietas ha interferido en tu vida?” permitió a los pacientes identificar los costos de perseguir la búsqueda del cuerpo perfecto. Una de las consecuencias más comunes de haber hecho alguna vez alguna dieta restrictiva fue el aislamiento social, pues existía miedo al comer lo que los demás comían. Otra

fue que ya no disfrutaban de sus alimentos con normalidad, ya que la mayoría comentó que dejaron de escuchar sus estímulos de hambre y saciedad para no ganar peso o salirse del plan de alimentación. Otra consecuencia fue que comenzaron a tener mayor preocupación y estrés por su imagen corporal, lo que los hacía sentirse incómodos con su cuerpo y constantemente buscaban modificarlo con dietas restrictivas, ejercicio excesivo u otras CAR. Las consecuencias físicas que las personas asociaron con dietas restrictivas y/o ejercicio excesivo fueron que al estar ingiriendo menor cantidad de energía de la que necesitaban vivían constantemente con sueño, debilidad, fatiga, mal humor, dolores de cabeza, mareos e incapacidad para concentrarse en sus actividades. Algunos costos en su calidad de vida fueron: dejar de salir con sus amigos o familiares por miedo a los alimentos a los que se exponen, dejar de disfrutar alimentos que más les gustan, no ponerse ropa que quisieran ponerse, hacer demasiado ejercicio para perder peso, gastar en nutriólogos o productos milagro. En la consulta nutricional es fundamental reconocer que todas las personas tienen una historia de vida y que gran parte de esta historia ha estado delimitada por querer modificar su cuerpo. Las nutriólogas no han sido formadas para abordar estas situaciones, sin embargo, no se puede dejar de lado la importancia de reconocer, escuchar y respetar la complejidad inherente a cada ser humano.

### **7.10.2 No aceptaron trabajar este enfoque: barreras para la adopción de la AI**

Una vez que los pacientes identificaban las causas y costos de haber realizado dietas restrictivas se les planteaba trabajar desde este enfoque. Al plantearles centrarse en su salud y bienestar y no en la pérdida de peso los tomó por sorpresa, pues lo que la mayoría esperaba era recibir la intervención del paradigma dominante de la nutrición: una dieta para perder peso. Aunque, a la mayoría les hizo sentido. Hubo un grupo de personas que no aceptaron trabajar con AI aunque su diagnóstico nutricional indicara que la intervención que más les convenía era esta. Todas estas personas tenían CAR importantes que estaban interfiriendo en su calidad de vida pero tuvieron razones o circunstancias que las llevaron a seguir persiguiendo el deseo de modificar su cuerpo. La primera situación fue que el ambiente en el que desarrollaban su vida cotidianamente no era el óptimo para trabajar con un enfoque no centrado en el peso. Fue evidente que quienes decidieron continuar en la búsqueda de perder peso, tenían la convicción de que perder peso solucionaría otros problemas que tenían en su vida.

Existía una asociación entre pérdida de peso y felicidad. Pero en realidad esto era una creencia, ya que muchas de las personas habían experimentado que al lograr perder o ganar peso se sentían igual de insatisfechos con su corporalidad que al principio. Por lo descrito era evidente también que al seguir buscando el cuerpo perfecto su situación podría empeorar si se trabajaba en la consulta con un plan de alimentación restrictivo. Los estimulantes externos como los comentarios de otras personas, la publicidad del cuerpo ideal y las películas hacían que las personas siguieran queriendo perder peso. Que las nutriólogas sepan que hay situaciones con las que conviene no trabajar desde un plan restrictivo, ayudaría para no seguir reproduciendo el desarrollo de algún TCA.

Para que las personas decidieran trabajar bajo este un enfoque no centrado en el peso se utilizaban los elementos de la entrevista motivacional promoviendo frases del cambio (esto se logró por medio de preguntas abiertas, escucha reflexiva y actitud afirmativa). Después se explicaban los riesgos de seguir sometiéndose a dietas restrictivas (reflejando sus propias experiencias). Se siguió la misma estrategia con todas las personas, por lo que las personas que no aceptaron trabajar con el enfoque descrito en este reporte, también estaban tomando decisiones informadas. Considerando la ética profesional de los nutriólogos al buscar la salud y el bienestar físico y mental de las personas se debe reconocer el respeto a la autonomía del paciente y al mismo tiempo destacar el principio ético de no maleficencia. En el caso que se reportó en este trabajo (ver pág. 37) la nutrióloga informó mediante un correo electrónico a la persona que no le podía atender como ella deseaba (plan de alimentación restrictivo), pero que las puertas del consultorio estaban abiertas para cuando ella decidiera volver. La persona no respondió a ese correo, sin embargo, meses después volvió a solicitar la atención nutricional y en esa ocasión fue atendida por otro nutriólogo con quien sí comenzó a trabajar con sus señales de hambre y saciedad.

Entonces, ¿Qué hacer con las personas que no abandonan la idea de conseguir el cuerpo perfecto? Bajo la experiencia de la nutrióloga que elaboró este reporte, sería importante que además de incorporar las habilidades de la entrevista motivacional, la implementación de la compasión es un elemento importante. Así como mantener el contacto con la persona (como el correo que se escribió), hacerla sentir en un lugar



seguro, en el que no se le juzgará por las decisiones que tome. Las personas descritas en este proyecto que trabajaron con psicólogo y nutrióloga de manera conjunta tuvieron un apego más significativo al tratamiento. Por anterior, destaca la importancia de invitar a los pacientes a tomar terapia psicológica para tratar los temas relacionados con la insatisfacción corporal, ya que hay temas de salud mental para lo que los profesionales en nutrición no tienen formación. En resumen, los elementos para implementar con personas que no acepten trabajar con enfoques no centrados en el peso son: transmitir compasión, no emitir juicios, invitar a tomar terapia psicológica y mantener el contacto. A parte de esto es importante considerar que no se puede avanzar si no se implementa la autocompasión como parte del autocuidado. Cabe mencionar que si el ambiente no es el óptimo (eg. Un ambiente en donde se da valor al cuerpo perfecto y se menosprecian las características corporales más comunes), difícilmente habrá disposición al cambio.

### **7.10.3 Inseguridad alimentaria: AI como un privilegio**

El libro de la AI señala que este enfoque podría tener un grado de privilegio al que no todos pueden acceder. Las personas que se verían vulnerables con este enfoque son las que presentan algún grado de inseguridad alimentaria, esto porque no tendrían accesibilidad a los alimentos que proporcionen saciedad y satisfacción. La persona de este grupo fue considerada como candidata para trabajar bajo este enfoque debido a que presentaba CAR que daban indicio de que podrían ser intervenidas con el enfoque de AI. Sin embargo, al considerar su situación económica, las CAR que presentaba pasaban a un segundo plano. Conviene que las nutriólogas tomen en cuenta que lo que fue una prioridad atender en algún momento, no necesariamente tiene que ser prioridad del presente. Por consiguiente, es distinto que las personas ignoren sus señales de hambre y saciedad por seguir un ideal de belleza, a que las ignoren porque no tienen elección.

Aun así, se buscaron formas de poder intervenir y en el caso específico reportado la adopción de la AI era posible porque sus señales de hambre estaban presentes. Al ser un enfoque que busca el bienestar, no se debería de quitar la posibilidad a nadie de poder alimentarse de una manera satisfactoria y amable.

#### **7.10.4 Expectativa de aumento de peso: la dualidad de la búsqueda del cuerpo perfecto**

El grupo de personas que buscaban ganar peso también tuvo altos índices de deserción en las consultas. Este grupo fue minoritario y dejaba de asistir a las pocas consultas, lo cual contrasta con el grupo mayoritario que son las personas que buscan perder peso (ver sección expectativa de pérdida de peso).

Los enfoques no centrados en el peso fueron pensados para trabajar con personas que tienen cuerpos grandes porque son quienes más han recibido opresión. La idea central era trabajar con personas de cuerpos grandes que habían tenido varios intentos de pérdida de peso. En este proyecto se acercaron personas (en menor porcentaje) que buscaban orientación nutricional debido a que habían tenido múltiples intentos para ganar peso o masa muscular y tampoco lo habían logrado. Con las herramientas descritas en el apartado anterior se identificó que la crítica también puede ser experimentada por personas con cuerpo pequeño. Los cuerpos pequeños también son alentados a que sean más agrandes, así como los cuerpos grandes son alentados a que sean más pequeños. Este grupo de personas (en menor medida) también sufrieron de violencia por parte de su familia y compañeros de la escuela. Fueron obligadas a comer de más ignorando sus señales de saciedad, en contraste con las personas con cuerpos grandes que han sido obligadas a comer menos, ignorando sus señales de hambre. Las personas delgadas también se suben a la báscula con miedo de ver si han subido de peso. En contraste las personas gordas (mayormente mujeres) se suben con miedo de ver si han perdido peso. Hacen ejercicio en exceso para ganar masa muscular como las personas gordas para perder grasa. Por lo que es importante que las nutriólogas identifiquen los dos lados y puedan continuar por el mismo camino de la adopción de la AI, ya que también les convendría trabajar su aceptación corporal y alimentarse de acuerdo a sus señales de hambre y saciedad.

Con este grupo, además de las herramientas ya descritas en el apartado anterior, se trabajó con la EHyS. Esta herramienta dio paso a identificar que estas personas al buscar subir de peso ignoraban sus señales de saciedad. Por otro lado, las personas que buscaban pérdida de peso ignoraban sus señales de hambre con la consigna de comer menos. Siguiendo la misma lógica hubo tendencia a que las personas con peso

bajo hicieran más comidas al día con cantidades pequeñas y las personas que buscaban pérdida de peso hacían menos comidas con cantidades más grandes. Después de realizar el registro la mayoría de las personas identificaron que el momento de la comida no era placentero por estar ignorando sus niveles de hambre y saciedad. El trabajar con bocados conscientes ayudó a que las personas volvieran a reconectar con sus señales de hambre y saciedad, así como hacer de la hora de la comida un momento agradable. Además, algunas habían desarrollado miedo a ciertos alimentos, y emergió el tema de las emociones asociadas a su alimentación. Estos temas se fueron trabajando con distintas herramientas y se comenzaba con él que fuera prioritario atender. Con este grupo fue prioritario comenzar con “comer por emociones”. Con esta herramienta se identificó que las personas que tenían diagnóstico de depresión dejaban de comer por tiempos prolongados y cuando tenían diagnóstico de ansiedad comían ignorando sus señales de hambre y saciedad. Otra herramienta que se implementó fue la herramienta de “la mayoría de las veces”. Es importante que las nutriólogas trabajen con esta herramienta desde las primeras consultas, ya que fue muy común que las personas creyeran que desde la primera consulta harían todos los cambios necesarios para mejorar su vida. El ver la adopción de la AI como un “todo o nada” puede llevar a la obsesión y/o abandonar el tratamiento.

Después de trabajar con estas estas herramientas, las personas de este grupo ya no volvieron a las siguientes consultas. Una hipótesis es que algunas personas con delgadez constitucional se alimentan hasta sentirse saciadas o se sienten libres de comer cuando sienten hambre y esta actividad no les hizo mucho sentido, por eso se recalca que con ellas conviene trabajar más con su saciedad.

#### **7.10.5 Hombres: ¿miedo a expresar emociones?**

La cultura del cuerpo perfecto suele aquejar en mayor medida a las mujeres, esto coincide con la muestra de este proyecto que fue mayormente del sexo femenino. La historia de los hombres que solicitaron atención nutricional presentaba rasgos similares al de las mujeres. Búsqueda constante de pérdida de peso, preocupación excesiva por su imagen corporal, ejercicio excesivo, ciclos de ganancia y pérdida de peso, CAR importantes derivadas de dietas restrictivas. La intervención fue la misma

que se ha descrito considerando que el diagnóstico fue el mismo (Precaria calidad de vida nutricional, patrón de alimentación desordenado). No obstante, se decidió poner en un grupo aparte a los hombres porque resultó más complicado trabajar con las herramientas debido a que les costaba más verbalizar las experiencias negativas que habían tenido en torno al peso y su alimentación. Si bien, reconocer las implicaciones de buscar el cuerpo perfecto suele ser incómodo y doloroso para las personas, para los hombres resultó aún más difícil de asimilar. Aun así, les hacía sentido que el paradigma central no les había dado los resultados que buscaban y aceptaron trabajar con este enfoque. Además de las herramientas descritas en el apartado anterior, se trabajó con MPS. Esta herramienta fue muy útil para que las personas vivieran su alimentación de una manera más amable y completa. La mayoría de las personas comentaron que se adaptaba a su estilo de vida, es decir; se podía ajustar a su presupuesto, disponibilidad y momento de su vida social (lo que no es posible con los planes de alimentación con equivalentes). Al implementarla, fue común que las personas identificaran que tenían un consumo deficiente de frutas y verduras, así como miedo a consumir cereales y tubérculos. La razón de esto fue porque consideraban que el primer grupo solamente se consumían cuando estaban en una dieta restrictiva, mientras que el segundo grupo era prohibido. Es común que al hablar de AI se tenga la idea errónea de qué significa, que comerán todo lo que puedan y que al tener una alimentación libre van a tener elecciones poco saludables. Cuando ya se ha trabajado con la interocepción de los alimentos se responde a las necesidades que el organismo tiene. Esto combinado con que se explicaba los beneficios de incluir todos los grupos de alimentos. Las personas comenzaron a tomar decisiones en base a saciedad, satisfacción y necesidades. Además, fue una herramienta que ayudó a disminuir el miedo a ciertos alimentos, como el grupo de cereales y tubérculos. Conviene que las nutriólogas evalúen en qué momento se puede trabajar en la modificación de los alimentos, ya que en algunos casos puede ser contraproducente y generar que las personas se obsesionen al querer verlo como una regla alimentaria. Similar a la obsesión que ocurre en el conteo de equivalentes. En el momento en que las personas ya tengan un patrón de alimentación estructurado, ya sigan sus señales de hambre y saciedad, sus alimentos prohibidos hayan disminuido, en ese momento sería prudente comenzar a trabajar con MPS.

Ninguno de los participantes de este grupo terminó el tratamiento. La hipótesis es que se deba a lo mencionado con anterioridad y les resultaba incómodo tratar temas que involucraban sentimientos y emociones. Durante las sesiones se notaba que era algo que les movía. Empero, las representaciones sociales indican que los hombres no sufren o no pueden demostrar sentimientos. Esto fue un impedimento para poder trabajar con herramientas como “la mentalidad de la dieta” como se describió en el caso reportado (ver pág. xx). Hubo apertura de la persona a contar su historial de dietas, pero al querer abordar las implicaciones que eso había tenido en su vida se notaba cierta incomodidad y sus respuestas solían ser monosilábicas. En general, esto fue algo común en las personas de este grupo. Probablemente las herramientas de “comer por emociones”, “impacto de los comentarios de las personas” y “diálogo interno positivo y de gratitud”, también hubieran sido complicadas de llevar. Incluso con la EHyS, resultó más sencillo trabajar con la versión corta con dos de los participantes hombres, pues la construcción de su escala no había resultado como se esperaba.

#### **7.10.6 Primera vez con una nutrióloga**

El ir por primera vez con una nutrióloga o iniciar por primera vez alguna dieta restrictiva fue asociado por la mayoría de los pacientes como el punto de partida a desarrollar preocupación excesiva por la imagen corporal, miedo a algunos alimentos, ciclos de ganancia y pérdida de peso y en general a desatar alguna CAR. En este grupo se situaron personas que no habían tenido esta experiencia con un nutriólogo. Aún así presentaban CAR importantes y buscaban pérdida de peso. La mayoría de las nutriólogas no son formadas para evaluar el punto de partida de las personas y mucho menos para indagar en la presencia de CAR. Esto ha llevado a que la intervención tradicional de los nutriólogos se reduzca a proporcionar planes de alimentación a sus pacientes sin pensar en las consecuencias físicas, emocionales y psicológicas que puedan desatar. Estos planes de alimentación van en intensificar las CAR de las personas hasta desarrollar un TCA. Por lo que muy probablemente, si a las personas de este grupo las hubiera atendido una nutrióloga sin este conocimiento, se repetiría la historia en común. Esto es una hipótesis derivada de las historias contadas por los participantes y de lo que se ha visto de la práctica nutricional dominante (planes de alimentación restrictivos).

Con este grupo se trabajaron las herramientas antes mencionadas y además se trabajó con “impacto de los comentarios de otras personas”, “mentalidad de hacer dieta”, “metáfora de la escritura de la mano”, “inventario de alimentos prohibidos” y “comer por emociones”. La primera herramienta permitió identificar que las personas cercanas a los pacientes estaban inmersos en la cultura de la dieta. Es importante reconocer que aunque dentro del consultorio se esté trabajando en dejar de lado estas creencias, las personas tienen una vida y al vivirla se pueden encontrar con estimulantes externos que los lleven a querer seguir buscando el cuerpo perfecto. Los estimulantes externos fueron comentarios de familiares, amigos, conocidos y redes sociales. Nunca se preguntó directamente a las personas si en su alrededor había personas reproduciendo la ideología del cuerpo perfecto, esto era puesto sobre la mesa por las mismas pacientes y se trabajaba desde lo que ellas compartían. Para muchas resultó benéfico trabajar con el impacto de los comentarios de otras personas, ya que al comunicar a las personas que esos comentarios les generaba algún sentimiento negativo, la respuesta de sus pares fue la esperada. Aunque esto no resultó para todos, ya que hubo casos en los que las pacientes comentaban que ya habían intentado comunicarlo a quien las estaba agrediendo y había resultado contraproducente. En estos casos conviene que la nutrióloga no someta a sus pacientes a situaciones que los pongan en riesgo de conflicto, por lo que conviene tener tacto al implementarla.

La herramienta de “la mentalidad de hacer dieta” se podría trabajar incluso antes de la EHyS. Al implementarla fue común que las personas descubrieran que seguían teniendo conductas asociadas a un plan de alimentación restrictivo. Las asociaciones más comunes fueron que el comer frutas y verduras era igual a estar a dieta. Lo anterior explica por qué al trabajar con MPS se identificó que todos tenían un consumo deficiente de frutas y verduras, porque en ese momento no estaban “a dieta”. Tomar agua simple era igual a estar a dieta, la contraparte es tomar solamente bebidas azucaradas. Hacer ejercicio estaba asociado a perder peso, no identificaban otros beneficios. Ir al nutriólogo era sinónimo de restricción y emociones negativas. Esto último fue lo más preocupante, pues muchas asociaban ir al nutriólogo con emociones negativas como ansiedad por saber cuánto peso habían perdido y miedo a ser regañados o juzgados por la nutrióloga. En algunas personas estas asociaciones fueron un impedimento para poder continuar, por lo que en muchos de los casos esta

herramienta fue utilizada en más de una consulta. Con el caso que se reportó de este grupo, a pesar de que buscaba ya no centrarse en el peso, salieron a flote algunas de las situaciones descritas que la llevaban a pensar que seguía estando en una dieta. Lo que ocurría con la mayoría de las personas era que sentían que al estar asistiendo al consultorio de nutrición pensaban que estaban a dieta y que se evaluaría su esfuerzo con los resultados de su peso. Que las personas pudieran reconocer que esto era resultado del historial que habían tenido con las dietas, que lo habían aprendido a lo largo de su vida, que las personas que reproducían estas representaciones sociales también tenían una historia alrededor del tema, ayudó a que se pudieran desprender de estas asociaciones de manera amable. El “inventario de alimentos prohibidos” ayudó a que las personas notaran que sus alimentos prohibidos giraban en torno a los carbohidratos y grasas y que estos alimentos eran los que se les restringían en un plan de alimentación, por ende, eran a los que recurrían cuando tenían atracones. Conviene que las nutriólogas también reconozcan que muchas de las intervenciones que se dan a los pacientes no funcionan de la misma manera con todos, por lo que una nueva forma de ver a la nutrición sería benéfica para no seguir reproduciendo estas asociaciones.

Las personas de este grupo ya no terminaron el tratamiento de manera formal. Pero, el registro de sus historias clínicas indica que al momento en que ya no volvieron a la consulta ya se habían trabajado los objetivos que se acordaron en un inicio. Ambas personas estaban tomando terapia psicológica, lo cual facilitó el uso de algunas herramientas y la adopción de la AI. Entonces, si bien ya no se hizo la evaluación correspondiente, las personas habían demostrado adherencia y no se atentó contra su salud y bienestar.

#### **7.10.7 Expectativa de pérdida de peso: el “objetivo de vida” de muchas personas**

Las personas de este grupo cumplían con las características que se pensaron desde el inicio. Personas que habían intentado perder peso de distintas formas y que al solicitar la atención buscaban una dieta nueva para cumplir esta convicción. Aunque, en realidad todas las personas de los diferentes grupos buscaban esto, solo que cada historia y contexto fue diferente. En este grupo se identificó que entre más intentos de modificar su cuerpo habían tenido, más sentido les hacía trabajar de esa forma. Sus

expresiones denotaban alivio al saber que el problema no eran ellos, si no el ideal del cuerpo perfecto reproducido por la sociedad y por algunos profesionales de la salud. El no lograr perder peso no era resultado de la falta de fuerza de voluntad, si no que así es la biología del ser humano. Por otro lado, reconocían que era decepcionante saber que su motivo de vida no era alcanzable, al menos no sin seguir dañando su salud física y mental. Esto podría significar un duelo para muchos, al mismo tiempo el hecho de conocer la información al respecto les daba esperanzas de que su situación podría mejorar. Es decir; dejar de pasarla mal en el intento de seguir modificando su cuerpo. Esto porque en la búsqueda del bienestar con la convicción de perder peso, habían conseguido totalmente lo contrario, estaba afectando a su calidad de vida. A diferencia del grupo que no aceptó trabajar con AI, este grupo tenía el ambiente y el contexto en el que se desenvolvían a su favor para poder enfocarse en su salud y bienestar. Como el caso que se reportó, Alo era médico y esto propició a que la información que se le brindaba era digerida fácilmente. Además, contaba con el apoyo de su familia, quienes se mostraron abiertos a hablar sobre su situación y hacer los cambios que fueron necesarios. Su hermana también estaba tomando consulta con la nutrióloga que elaboró este reporte, por lo que ambas se complementaban y se apoyaron en el proceso. Con lo anterior se observa que los elementos que favorecieron la adopción de la AI fueron: el apoyo familiar y de amigos, el nivel de educación, haber tocado fondo con las dietas (entendiendo tocar fondo como el punto de inflexión de una persona, en el que reconoce el impacto destructivo de su conducta y se siente motivada para buscar ayuda y cambiar su estilo de vida) y el deseo de sanar su relación con los alimentos, su cuerpo y el ejercicio. Es importante que las nutriólogas tengan presente que los tiempos o procesos de cada persona son distintos. Algunas pacientes tuvieron muchos intentos de pérdida de peso y decidieron seguir intentándolo; mientras que otras tenían menos intentos y decidieron trabajar bajo este enfoque. De acuerdo a lo mencionado en este apartado, la elección de cada participante fue el resultado del conjunto de sus características personales sumadas a su contexto social. Considerando la influencia del contexto, las profesionales de la salud podrían considerar la importancia de promover la aceptación de la diversidad corporal y reproducir el respeto a la dignidad de todas las personas; en otras palabras, promover un mundo más justo y amable para todos los seres humanos. En este ámbito las nutriólogas pueden apoyar en trabajos teóricos y prácticos sobre educación y justicia social.



### **7.10.8 Expectativa de un enfoque no centrado en el peso: “tocar fondo” con las dietas**

Haber “tocado fondo” con las dietas fue lo que caracterizo a las personas que buscaban un enfoque no centrado en el peso. Las pacientes de este grupo tuvieron menos CAR y el 75% de ellas terminaron todo el tratamiento. Esto reflejó que estaban listas para el cambio ya que su entorno y su decisión de no hacerse más daño favoreció su adopción de la AI. Las diferencias entre el grupo que buscaba pérdida de peso y este, fue que el primero necesitó la intervención de reestructuración cognitiva para replantearse sus objetivos. El segundo tuvo mayor adherencia, una hipótesis de esto es que ya habían decidido trabajar en su autocuidado y ya habían soltado la idea de buscar un cuerpo perfecto. Por consiguiente, al trabajar en su autocuidado les había permitido reducir sus CAR. A pesar de esto, durante el proceso se fue reforzando la importancia de no centrarse en el peso. Por otro lado, también tuvieron recaídas porque hubo estimulantes externos que propiciaban seguir en la búsqueda del cuerpo perfecto. Estos estimulantes fueron comentarios de su familia, amigos o cualquier persona que denotara la importancia de tener un cuerpo delgado y estilizado. Conviene que las nutriólogas tomen en cuenta que si una persona está dispuesta al cambio, no quiere decir que el proceso será lineal. Por lo que hay que apoyarlos a continuar por el camino en el que iniciaron transformando las recaídas en fortalezas.

Además de las herramientas que se mencionaron con anterioridad (con este grupo y con el que buscaba perder peso) se trabajó con “aprender a decir no”, “valoración del plato vacío”, “nutrición de emergencia”, “beneficios de la actividad física”, “descubre actividades físicas con las que disfrutes”, “metáfora de la escritura de la mano”, “ejercicio de autocompasión”, “reformulación de pensamientos” y “diálogo interior positivo y de gratitud”. La primera herramienta mencionada tuvo que ser trabajada en más de una sesión. Esto debido a que fue común que a las pacientes les costara poner límites en cuanto a comentarios que hacían personas de su círculo respecto a su alimentación y su cuerpo. El sentimiento en común fue el miedo a recibir alguna respuesta negativa o a hacer sentir mal a otras personas. Esto sucedió incluso formulando frases que podrían decir de manera amable. Además, también les costaba poner un límite en torno a seguir las reglas alimentarias familiares. Estas reglas

alimentarias, como terminarse todo lo que había en el plato, fue un impedimento para lograr la interocepción con los alimentos. Este segundo tema fue abordado con la herramienta de “valoración del plato vacío” algunas personas descubrieron que el terminarse todo el palto estaba ligado a creencias infundidas por su familia o el contexto en el que crecieron. Fue común que comentaran que habían sido educadas bajo la creencia de: es de mala educación dejar comida en el plato, la comida no se desperdicia, te tienes que acabar todo lo que está en el plato. Entender la raíz de sus creencias ayudó a desprenderse de ello de una manera amable. Por otro lado, fue una herramienta que con muchas personas ya no fue necesario trabajarla. Pues al trabajar con sus señales de hambre y saciedad ya no sentían culpa al dejar comida en el plato. En general la EHyS, BC y Horarios de alimentos fueron “herramientas ancla”. Se les dio este término porque, se identificó que, si se implementan y hay un apego a ellas, hacen que ya no sea necesario trabajar con más herramientas. Como lo fue con la “valoración del plato vacío”, “aprende a decir no”, “nutrición de emergencia” y “comer con emociones”.

Trabajar con los “beneficios de actividad física” y “descubre actividades físicas con las que disfrutes”, permitieron identificar que la mayoría de las personas veían como único beneficio de la AF a la pérdida de peso. Fue común que las participantes tuvieran historias en las que implementaban alguna AF para perder peso, pero al no ver resultados sentían frustración y dejaban de realizarla. La AF estaba asociada con emociones y sensaciones negativas como sufrimiento, cansancio, fracaso o decepción. Esto resulta contrario a lo que se espera del movimiento, que sea algo liberador, placentero, pero sobre todo benéfico para la salud. Conviene que las nutriólogas tengan en cuenta que cuando se obliga en lugar de invitar a las personas a realizar un cambio, se puede llegar a tornar en algo negativo que “tienen que hacer”. Trabajar en cambiar el objetivo de realizar AF (en lugar de pérdida de peso, honrar lo que su cuerpo podía hacer) favoreció que las personas mantuvieran el movimiento por más tiempo, sin verlo como una obligación. Habría que dar seguimiento a las participantes para ver si esto se mantuvo por más tiempo.

Las últimas herramientas ayudaron como motivación y a disminuir la obsesión con el cuerpo y la comida. Una constante fue que las personas que habían sido dietantes crónicos tenían rasgos de obsesión (todo o nada), es decir; buscaban solucionar su

situación en torno a la alimentación de manera rápida. Eran autoexigentes y solían tener un dialogo interno negativo, todo esto derivado de no sentirse suficientes al no poder lograr la tan anhelada pérdida de peso. Este enfoque es más amable y humano, trata de no replicar lo que el paradigma dominante ha hecho durante mucho tiempo: culpar a las personas de su padecimiento. Contrario al paradigma dominante de la nutrición en el cual se enjuicia a las personas (e.g. se les culpa de su padecimiento), este es un enfoque amable y que reconoce y respeta la dignidad humana. Al cultivar autocompasión, dialogo interior y exterior positivo, ser más amables con su proceso ayudó a la adherencia al tratamiento. Como elementos importantes y aislados (o no), con estas herramientas no solamente se beneficiaron con su relación con la comida, su cuerpo y el movimiento, si no que eran beneficios que también se vieron en su vida diaria. Como ser más amables y compasivas con ellas mismas en todos los ámbitos de sus vidas.

Las personas que buscaban pérdida de peso y las que buscaban ya no centrarse en ello estaban más motivadas al cambio, lo que las llevó a terminar todas las herramientas que más les convenía trabajar según su caso. Por otro lado, con las personas que no terminaron el tratamiento no se identificó un factor específico de su deserción pues se notaban cómodas al trabajar de esta manera y no dieron alguna razón por ya no asistir. Una hipótesis fue que probablemente se encontraron con algún estimulante externo para seguir en el camino de la búsqueda del cuerpo perfecto. Aunque también podría ser el caso similar al que se observó con el grupo que iba por primera vez al nutriólogo. Pues tendieron a abandonar el tratamiento a partir de la tercera consulta. Es importante que las nutriólogas puedan considerarlo como un suceso “normal” porque suele ser difícil que las personas que han sido dietantes crónicas des-aprendan todas las prácticas, ideas o hábitos propios de las dietas. Sobre todo, puede ser muy difícil desapegarse de lo que fue su “meta de vida” por mucho tiempo.

#### **7.10.9 Mejorar su relación con la comida: afrontando las consecuencias de vivir obsesionadas con las dietas y la imagen corporal**

Las personas ubicadas en este grupo compartían la característica de haber sido diagnosticadas con un TCA en algún momento de sus vidas o que en ese momento estaban en una situación crítica respecto a conductas alimentarias compensatorias

y/o restrictivas. La mayoría de estas personas habían recurrido a atracones, vómitos, abuso de laxantes, ayunos, reglas alimentarias estrictas y/o ejercicio excesivo. Al implementar estas conductas tenían como objetivo la pérdida de peso o el no ganar más peso. Todas las personas de este grupo habían intentado perder peso con dietas restrictivas y al no lograr su objetivo comenzaron a tomar partida de alguna CAR. Como se ha venido mencionando a lo largo del trabajo, las dietas restrictivas son causa del aumento en la incidencia de desórdenes alimenticios y deterioran la salud psicológica de las personas (Miller y Jacob, 2001). La evidencia ha descrito que la AI no es un tratamiento recomendado para personas con algún TCA diagnosticado. Al ser un enfoque que se rige por seguir las señales fisiológicas del cuerpo (hambre y saciedad), las personas con algún TCA se han desinhibido por completo de estas señales. Empero, de acuerdo con Linardon et al., (2021) & Babbot et al., (2023) al darse una sintonía con el cuerpo y tener una mayor conciencia de las señales fisiológicas (comer cuando tienes hambre y dejar de comer cuando estás satisfecha) se puede dar una reducción de atracones e inanición que ayuda a mejorar la calidad de la dieta, pues existe el permiso incondicional para comer, permitiendo elecciones alimentarias variadas. Esto indicaría que en personas con bulimia o trastorno por atracón podría ser posible trabajar este enfoque, pues lo que se busca es que comiencen a comer por estímulos internos y disminuir los estímulos externos. En personas con anorexia habría reservas debido a que ellas sí se han desconectado por completo de sus señales de hambre y saciedad. Considerando esto, solamente se invitó a trabajar la adopción de la AI con personas que tuvieran rasgos de bulimia o trastorno por atracón. Es importante señalar que fue el grupo con el que más cuidado se tuvo de no trasgredir la función de un profesional de la salud mental. Especialmente en este grupo se cuidó que a su vez estuvieran tomando terapia psicológica.

Respecto a las herramientas utilizadas, este grupo fue el que menos problemas tuvo al elaborar su EHyS, es decir; identificaron fácilmente sus niveles de hambre y saciedad. Esto no coincide con lo que se sabe acerca de que están desconectados de sus señales de hambre y saciedad. Con este grupo, además de las actividades mencionadas con anterioridad, con ellas se trabajó con la herramienta de “hacer demasiado ejercicio”. La mayoría realizaba ejercicio como conducta compensatoria y algunas hacían más de 2 horas al día más de 5 días a la semana. Una de las labores

de las nutriólogas es fomentar la AF en las personas por los beneficios que se han visto en cuanto salud y bienestar físico y mental. Siguiendo esta línea, con algunas personas de este grupo se trabajó en disminuir el tiempo de AF pues estaban gastando más energía de la que consumían llevando a su cuerpo al límite. A algunas se les pidió plantearse la posibilidad de disminuir el tiempo de realizar ejercicio para no seguir perdiendo peso. Esto resultó benéfico para ellas al darse la oportunidad de conocer lo que le estaban haciendo a su cuerpo. Una vez que se habían dado la oportunidad de no darle tanto peso al ejercicio, se comenzó a trabajar con los beneficios de la AF y descubre AF que disfrutes. Al final del tratamiento pudieron implementar la AF de una forma más amable y consciente.

La mitad del grupo aceptó trabajar bajo este enfoque y terminaron el tratamiento. La otra mitad compartían características similares al grupo que no aceptó trabajar este enfoque y no regresaron a la segunda sesión. Ya que sí habían llegado con la intención de recibir un plan de alimentación para pérdida de peso. Una hipótesis del por qué no regresaron, fue que probablemente buscaban que se siguiera alimentando su convicción de perder peso y al no recibir la “ayuda” que ellas buscaban, lo dejaron. Esto reafirma lo que pudo haber sucedido con el grupo que iba al nutriólogo por primera vez. Probablemente si acudían con una nutrióloga que no tiene formación en estos temas, les daría el plan de alimentación restrictivo lo cual fomentaría el incremento de las CAR que presentaban en ese momento.

Las que sí terminaron el tratamiento tenían el ambiente a su favor y la red de apoyo que tenían en este momento era la necesaria (familiares, amigos, profesional de la salud mental). Además, estaban tomando terapia psicológica y como se ha observado en este proyecto, fue un elemento que favoreció la adherencia al tratamiento. Las personas que terminaron su tratamiento identificaban que tenían un problema y deseaban salir de esa situación, esto lo habían identificado en su terapia. Las personas que no aceptaron no tomaban terapia psicológica y no se pudo intervenir en eso. El caso que se reportó tuvo una buena adherencia, dejó de vomitar, ya no hacía ejercicio en exceso, ya no tenía atracones, el peso dejó de ser un problema. Por otro lado, al analizar las grabaciones la nutrióloga se percató que le mencionó que le “gustaban mucho las ensaladas” y eso estaba siendo parte de su alimentación diaria al darla de alta. Sería importante preguntar si ese gusto fue porque sí le gustaban

(aunque mencionó que era un momento agradable prepararla y consumirla) o porque era un alimento que ella consideraba como “saludable” y que no la haría ganar peso.

#### **7.10.10 Presentaban alguna condición médica: ¿perder peso es el único tratamiento efectivo?**

Las personas de este grupo además de tener CAR importantes e historial con ciclos de ganancia y pérdida de peso, también presentaban alguna enfermedad como síndrome de ovario poliquístico (SOP), resistencia a la insulina (RI), Hipotiroidismo y triglicéridos elevados. La historia compartida respecto al tratamiento de sus padecimientos fue que les habían prescrito pérdida de peso como principal solución. Además, el médico les había restringido grupos de alimentos. La labor de los nutriólogos y otros profesionales de la salud se ha reducido a prescribir pérdida de peso de manera sistemática sin hacer una evaluación integral. La historia de estas mujeres indicaba que por mucho tiempo habían intentado perder peso sin lograrlo. El discurso que seguían teniendo al momento de tomar la primera sesión era que por su salud lo querían y “debían” hacer. Creencia infundada por su médico, familia, amigos y por la sociedad. Esto indica que se sigue reproduciendo el discurso de que para mejorar la salud física y prevenir enfermedades crónicas es la pérdida de peso. Lo anterior es contradictorio a lo que ya se revisó con anterioridad, la pérdida de peso con dietas restrictivas no es sostenible a largo plazo, lo que provoca caer en ciclos de ganancia y pérdida de peso. Los efectos adversos a estos ciclos son una mayor ganancia de peso, resistencia a la insulina y síndrome o riesgo metabólicos, fluctuaciones en la presión arterial, frecuencia cardiaca, filtrado glomerular, niveles de glucosa y lípidos sanguíneos (Byun et al., 2019 citado en Hayashi et al., 2023). Lo cual no beneficia al tratamiento para los padecimientos que tenía cada una y que incluso, por estos efectos adversos pueden empeorar la situación de las personas en cuanto a su enfermedad y salud mental.

En una revisión bibliográfica que realizaron Hayashi et al., (2023) para evaluar el efecto de la práctica de modelos no centrados en el peso sobre algunos indicadores cardio metabólicos. En la mitad de los estudios se observó que la implementación de los modelos no centrados en el peso se asoció con una disminución de glucemia, lípidos, presión arterial e indicadores de inflamación. Esto coincide con los resultados

obtenidos en los padecimientos de las personas que trabajaron bajo la adopción de la AI. Como se ha mencionado, el restringir alimentos conlleva a tener atracones con los alimentos que se les prohíben (e.g. al pedir a una persona que no coma pan, esto es traducido a comer todo el pan que no pudieron en la semana). El ejercicio excesivo produce que las personas se desesperen y no lo vuelvan a hacer, dándole una connotación negativa. Intentar perder peso es contraproducente. Entonces, ¿Porque seguir pidiendo pérdida de peso a las personas si no es una meta alcanzable? Los riesgos que traen los ciclos de ganancia y pérdida de peso son incluso más que si se opta por dejar de lado la pérdida de peso y se presta atención a la alimentación, la actividad física y el autocuidado.

El caso reportado en este trabajo obtuvo beneficios de implementar la AI en su tratamiento de RI. Ya que ella tendía a desear los alimentos que se le prohibían (alimentos con alto índice glucémico) y trabajando este enfoque ella aprendió a hacer combinaciones con sus alimentos, actividad física y disminuir el estrés. Estos elementos favorecían al tratamiento de su enfermedad. En este caso se puede ver la importancia de explorar la relación con los alimentos, antes de prescribir dietas restrictivas para tratar una enfermedad. Pues en años de tratamiento con restricción de alimentos no se habían visto resultados. Las nutriólogas necesitan saber que puede ser complicado mantener el mismo enfoque con el médico que esté a cargo de su enfermedad. Que el médico le siga prescribiendo pérdida de peso y que con la nutrióloga esté trabajando no centrarse en eso, puede generar confusión en los pacientes. Con este grupo se hacía la invitación de que notificaran a su especialista que estaban acudiendo con la nutrióloga sin centrarse en el peso y atendiendo sus padecimientos. Con algunas personas resultó como se esperaba, pero a una de ellas le siguieron prescribiendo pérdida de peso con medicamento, esta persona dejó el tratamiento con la nutrióloga. Con este grupo se trabajaron todas las herramientas que se han descrito. Las modificaciones se hicieron más puntuales con las herramientas de AF y MPS. Estas dos, fueron prioridad siguiendo las recomendaciones para cada padecimiento.

Fue interesante notar que varias de las personas que terminaron el tratamiento lograron obtener estabilidad en otros ámbitos de su vida y no solamente en la alimentación. Los beneficios adicionales que se encontraron fueron: mayor

amabilidad y autocompasión en la escuela, trabajo y con sus relaciones interpersonales. Mayor aceptación corporal, lo que los llevó a hacerse un cambio de look y sentirse más seguros de sí mismos. Dormían mejor. Disfrutaban del movimiento. Disminuyeron los niveles de estrés que tenían. Disminuyeron dolores de cabeza, mareos que tenían. Evacuaban mejor.

#### **7.10.11 ¿Qué pasa con el peso?**

El principal objetivo del enfoque de la AI es buscar la salud y el bienestar en todas las personas sin importar su peso corporal. Al mismo tiempo, las personas que terminaban el tratamiento comentaron que habían notado una disminución de peso. Es importante recalcar que esto sucedió por haberse pesado de forma no intencional, era evidente en la ropa o por comentarios de otras personas. Ya que en este enfoque nunca se les pesó ni se les pidió que se pesaran. Considerando el balance energético, si se consume más energía hay un aumento de peso y si se consume menos energía hay una disminución del peso corporal. La mayoría de las personas presentaban periodos largos de inanición y esto era alternado con atracones, lo que provocaba un balance energético positivo. Al trabajar en la formación de un patrón de alimentación regular, los atracones disminuyeron con lo que pudo haber disminuido la cantidad de energía consumida, provocando ligera pérdida de peso. Esto sucedió con la mayoría de las personas y no es algo que se pueda evitar notar. Conviene que las nutriólogas adquieran habilidades para trabajar en el valor y el juicio que se le da al peso con las pacientes. Esto es un reto en términos de cómo comunicar o discutirlo. Por un lado, es un hecho, está reportado en la literatura y en este trabajo se encontraron los mismos resultados. Objetivamente, esto se tendría que comunicar a la persona al iniciar el tratamiento. No obstante, si se le comunica al paciente existe el riesgo de reforzar la preocupación y la valoración del peso. Con las personas que mencionaron esta situación, se trabajó en ver al peso como algo subjetivo. Al hablar de que el peso sea subjetivo, durante las consultas se evitaba dar connotación positiva al peso. En caso de que la persona verbalizara que perder peso es positivo, se hacían los reflejos correspondientes. Por otro lado, esto fue un reto debido a que culturalmente entre menos pese una mujer se considera como algo más atractivo. Esto resultó en una lucha interna entre las pacientes, ya que por un lado dentro de la consulta se trabajó



en que el peso no es importante para tener una buena salud y por el otro en la sociedad en la que se desarrollan sí lo es.

## 7.11 Conclusiones

Partiendo de la historia de las personas atendidas en este proyecto, la búsqueda del ideal del cuerpo perfecto era infundido desde sus relaciones interpersonales, la presión en redes sociales, el maltrato por pares y por profesionales de la salud al indicar pérdida de peso como tratamiento. También, ir por primera vez con la nutrióloga estuvo asociado a la aparición de CAR, por lo que sería importante cuestionar el paradigma dominante de la nutrición. Los costos de perseguir este ideal fueron el aislamiento social, el desarrollo de una o más CAR, preocupación y estrés por su imagen corporal y su alimentación, malestar físico (sueño, debilidad, fatiga, mal humor, dolores de cabeza, mareos e incapacidad para concentrarse en sus actividades) y mayor peso del que tenían cuando iniciaban una dieta. Se encontró una dualidad en la búsqueda del cuerpo perfecto: a los cuerpos grandes se les pedía ser pequeños y a los cuerpos pequeños se les pedía ser más grandes. Al final lo que se busca es que sea un cuerpo magro y estilizado, sin grasa corporal o “imperfecciones”. Ergo, la presión que viven las personas resulta similar al no tener el cuerpo ideal, ya sea delgado o gordo. Por lo anterior, el objetivo de vida que la mayoría tenía era alcanzar el ideal del cuerpo perfecto. En consecuencia, las personas habían tenido uno o más intentos de modificar su cuerpo. La consecuencia más grave que se encontró de vivir obsesionadas con las dietas y la imagen corporal fue el desarrollo de un TCA.

Se encontró que entre más intentos de pérdida o ganancia de peso habían tenido, hubo mayor disposición para trabajar en la adopción de la AI y terminar el tratamiento. Los elementos que favorecieron la adopción de la AI fueron el apoyo familiar y de amigos, el nivel de educación, haber tocado fondo con las dietas, asistir a terapia psicológica y el deseo de sanar su relación con los alimentos, su cuerpo y el ejercicio. Al implementar las herramientas que proporciona el manual para la adopción de la AI, se observaron beneficios en las personas que se mantuvieron en la intervención. Estos beneficios engloban a la alimentación, actividad física, autocuidado y otros asociados. En cuanto a la alimentación, las personas lograron tener un patrón de alimentación estructurado. Recuperaron la interocepción para percibir señales de hambre y saciedad. Aumentaron la conciencia al comer. Implementaron una nutrición más amable. Dejaron de sentir culpa al comer los alimentos que consideraban

prohibidos. Incluyeron los 3 grupos principales de alimentos como acto involuntario. Mayor satisfacción con el consumo de alimentos, experimentaron libertad alimentaria y disminución de atracones o sobre ingestas. Con la AF, lograron disfrutar del movimiento. Incrementaron el tiempo de actividad física. Dejaron de asociar ejercicio con pérdida de peso, lo que permitió ver los beneficios y mantener este hábito. Los beneficios asociados con el autocuidado fueron mayor autocompasión, mejora en el dialogo interno y disminución de pensamiento perfeccionista. Estos elementos favorecieron la autocompasión en el proceso y al poner límites respecto a su cuerpo y alimentación.

Otros beneficios reportados por los pacientes y asociados a la adopción de la AI fue que dormían mejor, reportaron menor inflamación, mejora en su digestión, mayor felicidad, disminución del estrés, menor dolor de cabeza, mareos, náuseas y más tiempo para enfocarse en otras actividades de su vida (las personas solían invertir mucho tiempo en la cultura de la dieta). Además, se evidenció que la pérdida de peso no es el único tratamiento efectivo para la RI, SOP, hipotiroidismo y TG elevados. La adopción de hábitos saludables que engloban la alimentación, actividad física y autocuidado dieron buenos resultados, como la disminución de niveles de insulina basal (Se ha visto que la reducción de estrés incide en la mejora de parámetros bioquímicos, como se menciona en el siguiente párrafo). Además, personas que tenían rasgos de bulimia o trastorno por atracón se vieron beneficiadas de implementar la AI, al disminuir la severidad de sus conductas.

Los resultados fueron similares a los que encontraron Linardon et al., (2021); Guest et al., (2019); Babbot et al., 2023. Se vio que la implementación de modelos alternativos no centrados en el peso se asoció con menores conductas alimentarias de riesgo y alteraciones de la imagen corporal. El mejoramiento de estas variables se debe a que hay mayor aceptación de sus cuerpos, menor preocupación por el peso y disminuye la internalización del ideal de belleza, lo que lleva a disminuir la necesidad de perder peso a costa de todo por lo que hay menor restricción, menores conductas alimentarias de riesgo (atracones, purga, comer por emociones o estímulos externos). Y esto acompañado de mayor autocompasión y autoestima y menor afecto negativo, ansiedad, síntomas depresivos y estrés.

Por otro lado, en las personas que no se mantuvieron en el tratamiento aún perduraba la esperanza de alcanzar el ideal del cuerpo perfecto. Por tanto, las barreras que se encontraron para la adopción de la AI incluían el ambiente en el que se desarrollaban, la convicción de que el cuerpo perfecto lleva a la felicidad, y los estimulantes externos (redes sociales, amigos, familia y el contexto social que replica el ideal del cuerpo perfecto) o internos (propias convicciones alrededor del ideal del cuerpo perfecto). En este proyecto, el ser hombre también fue una barrera para la adopción de la AI. Al ser un enfoque en el que es necesario reconectar con las señales fisiológicas, emocionales y entender de donde viene todo para poder solucionarlo, a los hombres les costaba aceptar y expresar que en la búsqueda del cuerpo perfecto habían tenido consecuencias en su calidad de vida. Al hablar de estos costos, se notaba incomodidad lo que hacía que ya no volvieran. La limitante fue la idea de masculinidad reproducida en la sociedad. Además, si para algunas personas resultó todo un reto la adopción de la AI, hubo a quienes les resultó como un privilegio. Las personas que presentaban algún grado de inseguridad alimentaria no podían acceder a alimentos que proporcionaran saciedad y satisfacción. Por lo que esto también fue una barrera.

La pérdida de peso no fue el objetivo principal, no obstante hubo una pérdida mínima de peso en las participantes que lograron terminar el tratamiento. Trabajar en ver al peso de manera neutral ayudó a que no se confundiera a la AI como una nueva dieta. Las intervenciones de modelos alternativos no centrados en el peso pretenden mejorar la salud individual y promover cambios sostenibles en la relación con la comida. Se identificó que la adopción de la AI tuvo resultados positivos en salud física y mental que generalmente suelen empeorar cuando se tratan con el paradigma dominante de la nutrición.

## **8.- RECOMENDACIONES**

### **8.1 Actividades del servicio**

Durante mi estancia como pasante en el laboratorio de nutrición y actividad física de la UAM Xochimilco logré desarrollar y mejorar mis habilidades para la consulta nutricional, implementando habilidades de la entrevista motivacional, estructura de la consulta y la atención centrada en la persona. Logré identificar y definir un estilo propio de atención nutricional siguiendo los criterios que se utilizan en el proyecto de base. Tener sesiones para discutir el abordaje de algunas consultas fue de gran utilidad pues el asesoramiento de los titulares da mayor claridad para brindar una buena intervención a los pacientes. Por lo que sugiero que sigan ocurriendo de manera sistemática para que todos los pasantes que acudan al laboratorio puedan desarrollar las mismas habilidades.

Dar consultas de forma virtual y presenciales me ayudó a disminuir el nerviosismo a la hora de estar dirigiendo una intervención. Atendí a personas con diferentes objetivos y patologías. Algunos buscaban pérdida de peso, aumento de masa muscular, mejorar hábitos de alimentación y el manejo de alguna enfermedad como diabetes, hipertensión, síndrome de intestino irritable, síndrome de ovario poliquístico, hipotiroidismo. Esto me permitió implementar los conocimientos que había adquirido durante la carrera y adquirir nuevos para dar una mejor atención a las diferentes condiciones y situaciones de cada persona. Por lo tanto, creo necesario que todos los pasantes tengan acercamiento con pacientes con estas patologías independientemente de el proyecto específico que estén desarrollando, esto con la intención de tener un acercamiento a la práctica nutricional más integral.

El proyecto tiene bases sólidas y está estructurado para brindar la mejor atención a las personas y que a su vez los pasantes desarrollen la mayor cantidad de habilidades posibles. Es un gran recurso para la comunidad universitaria al proporcionar atención gratuita por lo que conviene que se siga manteniendo el proyecto. Aunque la dificultad que yo tuve fue que algunos pacientes ya no continúan con el tratamiento, algunos simplemente dejan de asistir. Resulta ser desmotivante cuando se trata de intervenir con un plan de nutrición, ya que su elaboración implica demasiado tiempo extra, tiempo que se pudo haber empleado en otro paciente u otra actividad. Aun así, resulta en aprendizajes significativos y el desarrollo de habilidades dietéticas.

Otra de las actividades en las que participé dentro del proyecto fue asistir a “Las ánimas” a dar orientación nutricional a la población. La idea y el objetivo tienen bases sólidas y está estructurado, pero en mi experiencia no resultó funcional del todo. Pues a pesar de difundir la convocatoria alrededor de la población, no se obtuvo la respuesta de las personas que se esperaban. Las pocas personas que llegaron ya no regresaron a su seguimiento. Considero que estos inconvenientes se podrían deber a que no íbamos todos los días. Mi sugerencia sería intentar asistir todos los días, pues muchas veces el único día que asistía la pasante, las personas no podían ya que tienen múltiples actividades. Es importante recalcar que el experimentar que una persona no llegue a la consulta me ayudó a acercarme a la realidad de los nutriólogos, pues es algo que sucede muy frecuentemente al trabajar dando asesoría nutricional.

## **8.2 Proyecto específico**

Contribuir en el proyecto de los consultorios de orientación nutricional fue una experiencia que considero, todos los estudiantes de nutrición deberían de tener para su formación. Por otro lado, el proyecto específico que decidí trabajar fue una experiencia gratificante y enriquecedora. Conocer los enfoques no centrados en el peso hizo que le diera sentido a mi práctica como nutrióloga. Me dio la satisfacción de que, si bien las personas dejan de asistir al consultorio y no terminan el tratamiento, tampoco se hizo un mayor daño del que ya se había hecho. Es un hecho que en cualquier intervención nutricional conviene implementar habilidades de la estructura de la consulta, entrevista motivacional y atención centrada en la persona. En este enfoque es aún más importante implementar estas habilidades para lograr el objetivo. Al ser un enfoque que busca el bienestar físico y mental en el que se considera a la persona y no solamente a la patología, el rapport fue un elemento esencial para que el enfoque funcionara. Ya que lo que se buscaba era hacer sentir a la persona que está en un espacio seguro en el que no será juzgada. Además, la implementación de la escucha reflexiva (escucha atenta, empatía y formación de reflejos) fue indispensable para trabajar con la AI, sobre todo porque se requiere conocer la historia de la persona para poder saber qué herramientas utilizar y de qué manera. El autoconocimiento como nutriólogas es primordial pues si algo genera incomodidad dentro de la consulta, puede que tenga que ver más con las convicciones propias que con la paciente. Es importante que todas las nutriólogas que vayan a trabajar con

algún enfoque no centrado en el peso desarrollen las habilidades y aptitudes mencionadas.

El proceso de cada paciente no es lineal, es importante que haya paciencia tanto de la nutrióloga como de la paciente, pues por la experiencia en este proyecto siempre existirán estímulos externos o internos que van a propiciar que las personas quieran volver a intentar perder peso. La nutrióloga trabajó con la actitud afirmativa, que es una herramienta importante para convertir lo que las pacientes ven como un fracaso en una fortaleza y puedan seguir en el proceso. Por otro lado, en todos los grupos hubo deserción por querer seguir en la búsqueda del cuerpo perfecto. Es posible que la dificultad de las personas para cambiar las creencias sobre los beneficios de las dietas restrictivas no fue confrontado directamente en la consulta. En el futuro conviene buscar estrategias sin invadir las competencias de otros profesionales. No obstante, un elemento que la nutrióloga no incorporó durante la consulta y que podría ser el paso a que las personas logren distinguir las consecuencias de perseguir el ideal del cuerpo perfecto, sería invitar a la persona a la reflexión de los costos de buscar la pérdida de peso sin juicios y desde la empatía. Para esto se podrían emplear las estrategias del Body Project, con la herramienta de la confrontación. Ergo, conviene que las nutriólogas normalicen la incomodidad al tocar temas sensibles, pues todo lo que gira alrededor de la comida, AF y la imagen corporal tiene una carga emocional en las personas.

Si por medio de la confrontación aún persiste la convicción de la búsqueda del cuerpo perfecto, se sugiere mantener la comunicación con ellas desde la autocompasión y sin emitir juicios, para que cuando estén listas para el cambio puedan sentirse seguras de pedir ayuda a la nutrióloga. Considero importante mencionar que, si una persona no acepta trabajar bajo este enfoque, aunque realmente lo necesite, la sensación de insuficiencia como nutrióloga puede estar presente. Conviene que las nutriólogas tengan en cuenta que no tiene que ver con la intervención proporcionada, simplemente la situación y el contexto de la persona no le permitió iniciar el tratamiento, quizá no era su momento.

A continuación, se dejan algunas recomendaciones más puntuales para algunos de los grupos de personas en los que hubo mayor deserción:

- Expectativa de aumento de peso: para lograr que se adhieran al tratamiento y logren identificar que esto les beneficiaría, se podría comenzar trabajando desde “la mayoría de las veces”, “metáfora de la escritura de la mano” y “la reformulación de pensamientos”, para trabajar primero con el ideal del cuerpo perfecto. Y después invitarlas a trabajar con la EHYS, y el resto de las herramientas.
- Hombres: para futuros pacientes, una opción podría ser primero hacer sentir a la persona que está en un lugar seguro, transmitir empatía y cultivar autocompasión. Por lo que convendría iniciar con la reformulación de pensamientos en el que se hable sobre el ideal de belleza que se impone para los hombres y para las mujeres. Además, tal vez se sientan más cómodos al ser atendidos por un nutriólogo y no por una nutrióloga, como fue el caso de este proyecto.
- Primera vez con una nutrióloga: Es importante que las nutriólogas tengan conocimiento sobre la evidencia que existe alrededor de los efectos negativos de las dietas restrictivas. Pues un patrón que se identificó fue que a raíz de asistir con un nutriólogo apareció la obsesión con el cuerpo y la alimentación. Otro elemento importante es que las nutriólogas trabajen en su autoconocimiento para no transmitir nuestras convicciones a los pacientes.
- Mejorar su relación con los alimentos: hay evidencia de que la implementación del Body Project sería de gran ayuda para superar algún TCA. Por lo que convendría adaptar la AI junto con el BP. Se sugiere prestar atención en el patrón de alimentación que se esté formando y sería de utilidad volver a realizar el registro de la EHYS para identificar las ideas, pensamientos o actitudes en torno a lo que está comiendo y de esa forma dar de alta o seguir trabajando con el miedo a los alimentos. Especialmente en este grupo de personas conviene trabajar prácticas de atención plena y asegurar que estén tomando a la par terapia psicológica.



## 9.- BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 2019. Disponible en <https://www.revistaalad.com/index.php>
- Babbott, K. M., Cavadino, A., Brenton-Peters, J., Consedine, N. S., & Roberts, M. (2023). Outcomes of intuitive eating interventions: a systematic review and meta-analysis. *Eating disorders*, 31(1), 33–63. <https://doi.org/10.1080/10640266.2022.2030124>
- Cadena-Schlam Hel Y López-Guimerà Gemma. Intuitive eating: An emerging approach to eating behavior. *Nutr Hosp*. 2015;31(3):995-1002
- Darragh, M. The 'Health at Every Size' approach to health: A critical review. *Journal of the HEIA* Vol. 26, No. 1, 2020.
- Denny, K. N., Loth, K., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Intuitive eating in young adults. Who is doing it, and how is it related to disordered eating behaviors?. *Appetite*, 60(1), 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.09.029>
- Dulloo AG, Jacquet J, Montani JP, Schutz Y. How dieting makes the lean fatter: from a perspective of body composition autoregulation through adipostats and proteinstats awaiting discovery. *Obes Rev*. 2015 Feb;16 Suppl 1:25-35. doi: 10.1111/obr.12253. PMID: 25614201.
- Guest, E., Costa, B., Williamson, H., Meyrick, J., Halliwell, E., & Harcourt, D. (2019). The effectiveness of interventions aiming to promote positive body image in adults: A systematic review. *Body image*, 30, 10–25. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.04.002>
- Hammond, M I., Myers, E F., Trostler, N. Nutrition Care Process and Model: An Academic and Practice Odyssey. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2014; 114:12. 1879-1894
- Hayashi, L. C., Benasi, G., St-Onge, M. P., & Aggarwal, B. (2021). Intuitive and mindful eating to improve physiological health parameters: a short narrative review of intervention studies. *Journal of complementary & integrative medicine*, 20(3), 537–547. <https://doi.org/10.1515/jcim-2021-0294>
- Instituto Nacional de Salud Pública. INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Presentación de resultados. 2020. [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf)
- Kaufer-Horwitz, Martha, & Pérez Hernández, Juan Fernando. (2022). La obesidad: aspectos fisiopatológicos y clínicos. *Inter disciplina*, 10(26), 147-175. Epub 04 de abril de 2022. <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.26.80973>

- Linardon, J., Tylka, T. L., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2021). Intuitive eating and its psychological correlates: A meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, 54(7), 1073–1098. <https://doi.org/10.1002/eat.23509>
- Miller WC, Jacob AV. The health at any size paradigm for obesity treatment: the scientific evidence. *The international association for the study of obesity* 2001. *Obesity reviews* 2 (37-45)
- Montani JP, Schutz Y, Dulloo AG. Dieting and weight cycling as risk factors for cardiometabolic diseases: who is really at risk? *Obes Rev*. 2015 Feb;16 Suppl 1:7-18. doi: 10.1111/obr.12251. PMID: 25614199.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Diario oficial, 22 de enero, México, 2013
- Soto-Estrada, Guadalupe, Laura Moreno-Altamirano, and Aloel Pahua Díaz. "Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad." *Revista de la Facultad de Medicina (México)* 59.6 (2016): 8-22.
- Tribole, E. and Resch, E. (1995) *Intuitive Eating: A Revolutionary Program That Works*. Saint Martin's Paperbacks, New York.
- Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios: de un vistazo. (2020). World Health Organization.



## 10.- ANEXOS

Anexo 1: Cartel de difusión para el proyecto

**¿HAS HECHO "DIETAS" PARA PERDER PESO?**

Si tu respuesta es "Sí" Te podrías sentir identificad@ con lo siguiente...

**Perdiste peso, pero después lo recuperaste?**

**¿Cuándo haces dieta, se te antojan más los "alimentos prohibidos" o incluso pierdes el control de lo que comes?**

**¿Tu preocupación por tu peso y lo que comes ocupa gran parte de tus pensamientos?**

**Si te sientes identificad@ con estas frases, no estás sol@**

Te invitamos a solicitar consulta de nutrición buscando tu bienestar y salud para estar en paz contigo mism@

★★★★★

**informes en:**  
tunutriologa@correo.xoc.uam.mx

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
Casa abierta al tiempo  
Laboratorio de Nutrición y Actividad Física

## Anexo 2: Cuestionario preconsulta

### Cuestionario pre-consulta



Este formulario lo puede llenar en su celular, tableta o computadora usando un lector de archivos PDF. No es necesario imprimirlo.

Para tener información básica sobre usted, su estado de salud y hábitos, necesitamos que nos apoye respondiendo y devolviendo este cuestionario.

1. Nombre:   
Apellido paterno      Apellido materno      Nombre

2. Marque su sexo:  Hombre     Mujer

3. Edad:  años    4. Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):

5. Marque su estado civil

- Solter@                                       Casado@ o en unión libre  
 Divorciad@ o separado                 Viudo

6. Marque con quien vive

- Sol@     Con sus padres  
 Con su pareja                               Con otros familiares  
 Con roomies

7. Marque su escolaridad

- Primaria o menos                               Secundaria  
 Bachillerato o carrera técnicas             Licenciatura o ingeniería  
 Especialidad, maestría o doctorado

8. Anote su ocupación:

9. Teléfono:     10. Correo electrónico:

11. Si vive con alguna(s) enfermedad(es) o padecimiento(s), por favor, anotelo(s). Si no le han diagnosticado alguna enfermedad, deje en blanco el recuadro.

12. Por favor, anote cuál es el motivo de consulta, es decir, qué asesoría o información requiere y/o qué expectativas o qué espera de la consulta.

13. Peso:  kilos. Si no lo conoce, haga una aproximación.

14. Estatura:  metros. Si no lo conoce, haga una aproximación.

15. ¿Tiene alguna alergia o intolerancia a algún alimentos?

- No       Si → 16. ¿A qué alimentos es alérgico o intolerante?

## Historia Clínica - Nutricional



Casa abierta al tiempo  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
Unidad Xochimilco

Consultorios de Orientación Nutricional

No. Folio

### A. Historial del paciente: IDENTIFICACIÓN

1. Nombre:

Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombre(s)

2. Edad:  años                      3. Fecha de nacimiento:

4. Sexo: H  M  O

5. Estado civil: Sol  Cas/UnLib  Div/Sep  Viu

6. Ocupación:

7. Escolaridad: SinE  Prim  Sec  Bach  Lic/Mtra/Dr

7a. Rol familiar:  Cuidador  Dependiente

8. Teléfono:  9. Correo electrónico:

### Motivo de consulta

- Pérdida de peso o reducción de grasa corporal
- Manejo de enfermedad
- Mejorar rendimiento deportivo
- Evaluación de hábitos

- Ganancia de peso o de masa muscular
- Asesoría o información nutricional
- Iniciar actividad física
- Otros:

### Expectativas y objetivos (qué espera de la consulta)

### Experiencias previas (respecto a cambios de hábitos por iniciativa propia o con otros profesionales o personas)

## Anexo 4: Escala de hambre y saciedad

### CONOCIENDO TU HAMBRE Y SACIEDAD



Consultorios de Orientación Nutricional

Este es un ejercicio de auto-conocimiento. Por favor, trata de no juzgarte o criticarte por el hambre o saciedad que tengas, ni por cuales sean tus respuestas. Cuando respondas te invitamos a pensar y decirte: Me permito ser merecedor@ de amor y respeto (MAR). Me permito ser amable conmigo mism@, Me permito aceptarme como soy y lo que siento

¿Qué palabras utilizas para describir tus experiencias de hambre y saciedad?

¿Cuáles son tus sensaciones físicas en cada nivel o etapa? (e.g. dolor o gruñir de estómago o relajamiento)

#### Nivel máximo de HAMBRE:

"muero de hambre", "me estoy desvielandando", "veo doble" o "me podría comer una vaca"

	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	

#### Nivel máximo de SACIEDAD

"me siento retacada", "siento que voy a vomitar", "ya no puedo más", "mal del puercos"

1. ¿Qué consecuencias ocurren o qué pasa después de comenzar a comer en el nivel 1 o de máxima hambre?

2. ¿Qué consecuencias ocurren o qué pasa después de comenzar a comer en el nivel máximo de saciedad?

3. ¿Para ti cuál es el mejor nivel de hambre para empezar a comer?

4. ¿Qué pasa después de comenzar a comer en este número?

4. ¿Para ti cuál es el mejor nivel de saciedad para terminar de comer?

6. ¿Qué pasa después de dejar de comer en este número?

## Anexo 5: Ciclo de la alimentación consciente

### CONOCIENDO TU HAMBRE



Consultorios de Orientación Nutricional

#### El ciclo de la alimentación consciente

Te invitamos a responder las siguientes preguntas y tomar control de (pero no controlar) tu alimentación

¿Por qué estoy comiendo?	
¿Cuándo quiero comer?	
¿Qué quiero comer?	
¿Cómo quiero comer?	
¿Qué tanto o cuánto quiero comer?	
¿Dónde quiero invertir o gastar mi energía?	

Para responder lo anterior, puedes considerar las siguientes sugerencias:

- Compra, prepara y sirvite solo la cantidad de comida que necesitas, es decir, la cantidad de comida depende de tu nivel de hambre y saciedad.
- Haz una pausa: una vez que tengas la cantidad suficiente de alimento que necesitas, divídelo a la mitad. Cuando hayas terminado de comer la primera parte, haz una pausa consciente para saber si estás satisfecho o necesitas más alimento.
- Entre cada bocado deja el tenedor o la cuchara en la mesa y pon atención en disfrutar lo que comes.
- Procura que tus alimentos sean atractivos y sabrosos y disfrútalos: aprecia su apariencia, arreglo, colores y olores. Si los bocados son pequeños, se pueden saborear mejor.
- Mantente consciente: describe mentalmente la temperatura, sabores, ingredientes, textura o sazón de tu comida.
- Crea un ambiente agradable para comer.
- Al momento de comer, minimiza las distracciones: ver televisión, trabajar, leer, revisar el celular o hablar. Estos distractores hacen que no sea difícil saber si tienes hambre o ya estás satisfecho.
- Separa el acto de comer de otras actividades. Si te es posible, come sentado en un lugar que hayas destinado para esto.



## Anexo 6: Inventario de alimentos prohibidos

### CONOCIENDO TU HAMBRE



Consultorios de Orientación Nutricional

#### ¿Tienes alimentos prohibidos?

¿Evitas comer alguno de los siguientes alimentos, bebidas u otros no incluidos aquí? ¿Te sientes mal o sientes ansiedad, culpa o remordimiento cuando los consumes? Marca los alimentos que evitas o te prohíbes.

<b>Categoría</b>	<b>Ejemplos de alimentos</b>
<input type="checkbox"/> Cereales o tubérculos	Pan dulce, bolillo, tortillas, arroz, papa, camote o elotes
<input checked="" type="checkbox"/> Frutas	Plátano, plátano maduro, mango, chirimoya o uvas
<input checked="" type="checkbox"/> Dulces, postres o refrescos	Pastel, dulces, refrescos o jugos o aguas de fruta
<input checked="" type="checkbox"/> Comida procesada	Pastelitos, galletas, frituras o embutidos
<input checked="" type="checkbox"/> Grasas y comida rica en grasa	Papas a la francesa, alitas, usar aceite
<input type="checkbox"/> Comida o bebidas altas en calorías	Antojitos mexicanos, frituras, comida rápida o bebidas alcohólicas
<input checked="" type="checkbox"/> Otros	Anota esos otros alimentos o bebidas: <div style="background-color: #e6f2ff; height: 20px; width: 100%;"></div>

¿Identificas que te ocurre cuando te prohíbes o evitas algún alimento o bebida? Piensa tanto en consecuencias físicas como emocionales

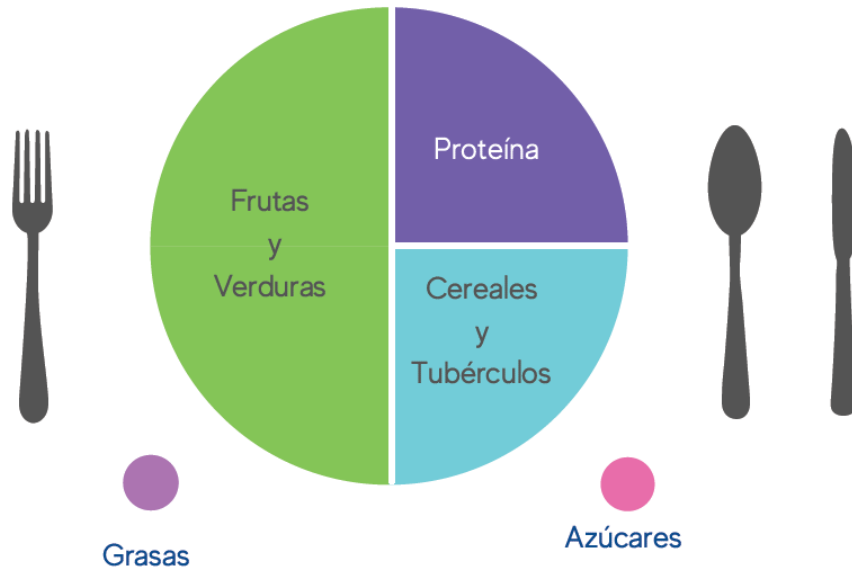
¿Sabes qué efectos tiene prohibirse o evitar algún alimento?

¿Identificas por qué los evitas o por qué te sientes así?

¿Identificas qué podrías hacer para evitar prohibirte esos alimentos o bebidas?

¿Qué tan fácil o difícil sería dejar de prohibirte esos alimentos?

# Mi Plato Saludable



## Anexo 8: Metáfora de la escritura de la mano

### METAFORA DE LA ESCRITURA A MANO

Los ejercicios que trabajaremos a lo largo del taller, provienen del libro **de Evelyn Tribole y Elsy Resch "Intuitive eating"**. Están traducidos de la versión en inglés y algunos están modificados y/o adaptados por mí (Diana Pérez Salgado).

Esta actividad tiene tres partes. Necesitas una pluma o un lápiz. Es importante que te tomes tu tiempo para este ejercicio y preferentemente lo completes en un ambiente tranquilo y libre de distracciones (o con las menores distracciones posibles)

#### Parte 1.

Coloca tu pluma o lápiz en tu mano dominante. Escribe tu nombre abajo, toma el tiempo que necesites. *Pon atención* en cómo se siente la pluma en tu mano mientras escribes.

---

Ahora, cambia de mano. Pon la pluma en tu mano no dominante y escribe tu nombre abajo. Recuerda *poner atención* en cómo se siente la pluma en tu mano.

---

#### Parte 2. Compara y contrasta tus firmas

1. Observa tus dos firmas. ¿Hay alguna característica diferente en la firma que escribiste con la mano dominante en comparación con la escribiste con la mano no dominante? ¿Cuál es?

---

---

---

---

2. ¿Se siente extraño sostener la pluma en tu mano no dominante? ¿Cómo es la sensación física cuando sostienes la pluma con tu mano no dominante? Compara y contrasta la sensación física al sostener la pluma con cada una de tus manos.

## Anexo 9: Ejercicio de autocompasión

### PRINCIPIO 1.

#### RECHAZA LA MENTALIDAD DE DIETA

##### Actividad 1. Cultivando autocompasión

La autocompasión se puede definir en pocas palabras como el trato amable hacia un@ mism@. Somos compasiv@s con nosotr@s mism@s cuando nos tratamos con amabilidad reconociendo el sufrimiento (o al menos las situaciones difíciles) que nos encontramos en nuestra travesía de la vida humana.

Aquí dejo algunas ideas del libro de trabajo que estamos utilizando para recorrer los principios de la alimentación intuitiva.

- Es importante tener en mente que cada experiencia con nuestra alimentación, sea percibida como negativa o positiva, es una oportunidad para aprender acerca de tu cuerpo. La alimentación intuitiva no es un proceso en el que se aprueba o se falla, es una experiencia de aprendizaje.
- La autocompasión es asociada con bienestar y con una mayor iniciativa para realizar cambios que consideres necesarios en tu vida.
- La autocompasión es simplemente tener una consideración neutral pero comprensiva de ti mism@ y de tus acciones.

##### Ejercicio de autocompasión

1. Piensa en las veces en las que estás luchando con tu alimentación. ¿Cómo respondes típicamente? Escribe lo que típicamente haces y qué te dices a ti mism@. Asegúrate de notar el tono de tus pensamientos (de tus palabras) ¿son duras o gentiles y amables?

2. Si un amig@ querid@ o alguien a quien amas estuviera luchando con su alimentación ¿cómo responderías? Escribe qué le dirías a ese amigo o persona que amas También nota el tono con el que le hablarías, ¿es duro o amable?

3. ¿Hay diferencia entre la forma en la que le hablarías a un amigo y la forma en la que te hablas a ti mism@? Si la respuesta es sí, que factores o miedos entran en juego y te llevan a tratarte a ti mism@ y a otras personas de forma diferente?

4. ¿Cómo serían diferentes las cosas si te respondieras amablemente a ti mism@ (de la forma en la que respondes a un@ amig@ cercan@ que está luchando)?

5. Intimidar o infundir miedo en nombre de la salud, es algo que no funciona y de hecho puede empeorar tu salud en el largo plazo, ¿Usas la auto-crítica o auto-intimidación como motivadores

### Conociendo y replanteando tu diálogo interno

Para este ejercicio por favor considera que el hablamos de una forma diferente a nosotr@s mism@s, comúnmente lleva tiempo, requiere práctica y paciencia.

Se llama diálogo interno a las conversaciones que cada persona tiene consigo misma. Estas conversaciones suelen ser en silencio (aunque a veces en voz alta) y puede ir de unas cuantas palabras a conversaciones interminables.

Piensa en las conversaciones que mantienes con otras personas y en cómo respondes cuando te sientes criticad@ ¿Puedes identificar tus sensaciones corporales y tus pensamientos ante la crítica de otra persona? ¿Puedes identificarte pensando o diciendo “no soy lo que tú dices” o algo parecido?

Cuando nos criticamos o nos enjuiciamos a nosotr@s mism@s, es común que respondamos con una voz que se rebela, tal como lo haríamos cuando alguien más nos critica.

Piensa en cómo tiendes a hablarte a ti mism@ y cómo reaccionas a ese diálogo interno. Imagina qué te dices a ti mism@:

*“¡Ya comiste una comida muy grasosa<sup>1</sup>, así que será mejor no comer mucho en la cena!”*

**¿Cómo te sientes ante ese diálogo interno?**

Ahora, imagina que respondes a ese diálogo con la siguiente réplica:

*“Comeré lo que quiera para la cena, incluso volveré a comer lo mismo y en mayor cantidad en ese momento”*

**Describe cómo te sientes cuando te imaginas dando esa respuesta ¿Te sientes cómo alguien que se está revelando ante una imposición?**

---

<sup>1</sup> Puedes poner nombre a esa comida, quizá quieras pensar en algo que te guste comer.

## Anexo 11: Actividades de autocuidado

### Actividades de autocuidado

En este documento se presentan una serie de listados de actividades de autocuidado y también de actividades que interfieren con el autocuidado. El objetivo es que hagas una evaluación personal y veas si hay alguna actividad de autocuidado que te sea posible empezar a realizar y alguna actividad que interfiere con tu autocuidado que te sea posible realizar con menos frecuencia.

Antes de hacer dicha evaluación es importante que tengas presente varios aspectos:

- Práctica ser amable contigo, puedes hacer una práctica de autocompasión o tener en la mente que eres un ser humano, que los seres humanos no somos perfect@s y que podemos vivir como seres en proceso de aprendizaje, incluyendo el aprendizaje de nuevas formas de autocuidado.
- Ten presente preguntas como ¿qué sería lo mejor de hacer o dejar de hacer esta actividad? ¿por qué sería importante o valioso para mí hacer o dejar de hacer esta actividad? ¿cómo mejoraría mi vida, mi salud o mis relaciones si hago \_\_\_\_\_?
- Considera lo que ya estás haciendo para lograr tu autocuidado y mantén un diálogo neutral y objetivo contigo mism@. Si te das cuenta que estás diciendo cosas como “no hago nada por mí” replantea ese pensamiento hacia uno más objetivo y de ser posible más amable.
- Considera que este es un listado general de actividades, tu puedes tener otras actividades que puedes incluir y también es posible que algunas de las actividades enlistadas no apliquen en tu vida en este momento.

Teniendo en cuenta lo anterior, lee los listados y señala aquellas actividades relacionadas con tu autocuidado y también las que interfieren con tu autocuidado que realizas. Posteriormente contesta a las preguntas que aparecen abajo.

#### Actividades de autocuidado

<b>Salud física</b> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Duermo lo suficiente para levantarme descansad@ y reparad@</li><li>❖ Me involucro en actividades físicas que disfruto regularmente (5 días a la semana)</li><li>❖ Tomo tiempo libre del trabajo o la escuela cuando estoy enferm@</li><li>❖ Uso ropa que me gusta y con la que me siento comod@</li><li>❖ Tengo chequeos médicos y dentales regulares</li><li>❖ Tomo vacaciones</li><li>❖ Otras:</li></ul>
<b>Emociones y bienestar psicológico</b> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Tomo tiempo de auto-reflexión (ejemplos: asisto a consejería o terapia psicológica, talleres de autoconocimiento, tengo un diario)</li><li>❖ Me doy cuenta de mis pensamientos y no los juzgo</li><li>❖ Me doy cuenta de mis sentimientos y no los juzgo</li><li>❖ Identifico y busco actividades y lugares que me confortan</li></ul>