



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Licenciatura en Nutrición Humana

Alimentación intuitiva como enfoque en el manejo de peso en personas adultas

Reporte de Servicio social

Presentan:

Ramírez Pérez Xareni (matr. 2172044069)
Reyes Machuca Marilu (matr. 2173065115)

Asesores:

Mtra. Diana Pérez Salgado (No. 32875)
Dr. Luis Ortiz Hernández (No. 26917)

Lugar donde se realizó el proyecto:

Laboratorio de Nutrición y Actividad Física,
Departamento de Atención a la Salud
Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco.

Fecha de inicio:

02 de agosto, 2021

Fecha de terminación:

04 de abril, 2022

ÍNDICE

ÍNDICE 1

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| ANTECEDENTES | 4 |
| ENFOQUE TRADICIONAL..... | 4 |
| TRATAMIENTO..... | 5 |
| <i>Limitaciones del enfoque tradicional</i> | 6 |
| CULTURA DE LA DIETA O DE LA DELGADEZ..... | 7 |
| ALIMENTACIÓN INTUITIVA..... | 10 |
| <i>Tipo de personalidades alimenticias/tipo de comensal</i> | 11 |
| <i>Elementos de la alimentación intuitiva</i> | 12 |
| <i>Beneficios de la alimentación intuitiva</i> | 15 |
| OBJETIVOS | 16 |
| OBJETIVO DEL PROYECTO GENERAL..... | 16 |
| OBJETIVO DEL PROYECTO ESPECÍFICO..... | 16 |
| METODOLOGÍA UTILIZADA | 17 |
| ORGANIZACIÓN DE LAS CONSULTAS EN GENERAL..... | 17 |
| ORGANIZACIÓN DE LAS CONSULTAS DEL PROYECTO ESPECÍFICO SOBRE ALIMENTACIÓN INTUITIVA..... | 20 |
| <i>Población y lugar de estudio</i> | 20 |
| <i>Componentes de la intervención</i> | 21 |
| <i>Intervención para proponer conciencia interoceptiva en la alimentación</i> | 26 |
| OBJETIVOS Y METAS ALCANZADAS: ACTIVIDADES DE SERVICIO | 32 |
| RESULTADOS Y CONCLUSIONES | 35 |
| RESULTADOS DEL PROYECTO ESPECIFICO..... | 35 |
| <i>Caso 1</i> | 35 |
| <i>Caso 2</i> | 44 |
| <i>Caso 3</i> | 49 |
| <i>Caso 4</i> | 55 |
| DISCUSIÓN SOBRE EL PROYECTO ESPECÍFICO..... | 61 |
| CONCLUSIONES..... | 70 |
| RECOMENDACIONES | 71 |

| | |
|--|-----------|
| ETAPA 1 - EVALUACIÓN | 71 |
| ETAPA 2 - DIAGNÓSTICO | 72 |
| ETAPA 3 - INTERVENCIÓN | 72 |
| ETAPA 4 - MONITOREO Y EVALUACIÓN..... | 72 |
| BIBLIOGRAFÍA | 73 |
| ANEXO 1. FORMULARIO CONOCIENDO TU HAMBRE Y SACIEDAD | 78 |
| ANEXO 2. CULTIVANDO AUTOCOMPASIÓN | 79 |
| ANEXO 3. CONOCIENDO Y REPLANTEANDO TU DIÁLOGO INTERNO | 80 |
| ANEXO 4. ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO | 81 |

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el sobrepeso y la obesidad son considerados un problema de salud pública debido a sus consecuencias sanitarias y económicas que afectan negativamente a quien lo padece. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2016 más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones tenían obesidad (OMS, 2022). Por otro lado, datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018, muestran que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México ha aumentado en los últimos años, pues en el año 2012 el 71.3% de la población >20 años de edad tenían sobrepeso y obesidad, y en el año 2018 la prevalencia aumentó a 75.2%, donde 39.1% tenían sobrepeso y 36.1% obesidad (Shamah-Levy *et al*, 2019).

El sobrepeso y la obesidad se asocia con un aumento de la morbilidad y mortalidad en personas adultas en todo el mundo, ya que ambas se acompañan de alteraciones metabólicas que incrementan el riesgo para desarrollar comorbilidades tales como: enfermedades pulmonares, síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, diabetes mellitus, ciertos tipos de cáncer, enfermedades del hígado, trastornos ginecológicos, así como enfermedad venosa y periodontal. Otras afecciones, como la gota, la hipertensión arterial (HTA), los problemas de la piel y la artrosis son también más frecuentes en personas con exceso de grasa, además, tienen un mayor riesgo quirúrgico (Miguel Soca y Niño Peña, 2009).

También se ha relacionado con trastornos mentales, como atracones, depresión y bipolaridad, esquizofrenia y consumo de algunos medicamentos psicotrópicos (Tamayo y Restrepo, 2014). Sin embargo, aunque el riesgo de desarrollar dichas comorbilidades está relacionado con el IMC, su asociación con el sobrepeso y la obesidad no siempre es causal. Por otro lado, las alternativas terapéuticas dominantes para el sobrepeso y la obesidad se basan en la modificación del estilo de vida, tratamiento farmacológico y quirúrgico (Gómez y Martínez-Marcos, 2018). No obstante, el tratamiento sigue siendo de difícil cumplimiento y con pobres resultados considerando que en la mayoría de los casos se define a la pérdida de peso como meta. En consecuencia, se han cuestionado mucho los principios en los que se centran los enfoques tradicionales del sobrepeso, que suelen basarse casi exclusivamente en la premisa de las dietas, con restricción cuantitativa y/o cualitativa de la ingesta de alimentos (Rodrigues Barbosa *et al*, 2020).

En este sentido, se ha documentado que la restricción dietética y la insatisfacción corporal, aumentan el riesgo de trastornos alimentarios (Beintner *et al*, 2019). Entre las consecuencias psicosociales y conductuales de la obesidad se encuentra la estigmatización relacionada con el peso, la cual se ve reflejada en emociones como angustia, ira, tristeza, disgusto, miedo y

vergüenza. También se encuentran la baja autoestima, la visión distorsionada del cuerpo, depresión, falta de habilidades sociales, pensamientos suicidas, desarrollo de conductas patológicas para el control del peso y el autocastigo. Aunque estos efectos dependen de cada persona y su género, se ha observado que afectan más a las mujeres (Tamayo y Restrepo, 2014).

La restricción calórica sigue siendo un enfoque a corto plazo en la que no sólo pueden desarrollarse conductas que lejos de ser benéficas para la salud del paciente, son perjudiciales, sino también promueven el estrés y la frustración al no percibir los cambios físicos deseados o al tener que restringir los alimentos consumidos. Además, frecuentemente estas personas tienden a desconfiar de sus señales de hambre y saciedad (Linardon *et al*, 2021).

Por lo tanto, es necesario determinar si los enfoques no dietéticos pueden tener un efecto positivo sobre la insatisfacción corporal y conferir otros beneficios. Cada vez hay más pruebas de que estos enfoques son eficaces para promover hábitos alimenticios saludables y actividad física, así como la aceptación del cuerpo y la autoestima (Beintner *et al*, 2019).

Actualmente, el enfoque de la alimentación intuitiva ha tomado relevancia como un estilo de alimentación adaptativo, cuya influencia ha crecido en el campo clínico, investigación y atención en salud pública (Linardon *et al*, 2021).

La alimentación intuitiva se considera como una conexión con las señales fisiológicas de hambre y saciedad, las cuales consisten en comer centrándose intencionadamente en dichas señales. Lo anterior en contraposición con usar señales externas para guiar la ingesta. Las señales externas pueden ser las emociones, la disponibilidad de los alimentos, el hecho de ver u oler la comida, los entornos sociales en los que se fomenta o es normal comer, el tamaño de las raciones o el envase de los alimentos (Grider *et al*, 2021). En el modelo de alimentación intuitiva se seleccionan alimentos que más se disfrutan además se centra en mostrar más aprecio hacia su cuerpo (Linardon *et al*, 2021).

En estudios transversales, la alimentación intuitiva se ha asociado con niveles bajos de conductas alimentarias de riesgo (*disordered eating*) y restrictivas, imagen corporal, preocupaciones y angustia psicológica (Linardon *et al*, 2021). En una revisión sistemática de 24 estudios transversales realizada en el 2016, en los que se examinaron a mujeres de 18 años o más, midieron la alimentación intuitiva y evaluaron los correlatos psicosociales de la alimentación intuitiva; los hallazgos señalaron que los niveles más altos de alimentación intuitiva se asociaron con índices más bajos de trastornos alimentarios, preocupaciones alimentarias o restricción dietética. Además, se descubrió que una alimentación más intuitiva se asocia con un mejor funcionamiento emocional, incluidos síntomas depresivos más bajos y una mejor capacidad de regulación emocional (Bruce y Ricciardelli, 2016).

En nuestra experiencia como nutriólogas asistiendo a personas que viven con sobrepeso y obesidad, consideramos que el objetivo principal de las personas es lograr adherencia y resultados a largo plazo. Anteriormente, se presentaron casos donde el proceso de tratamiento nutricional para las personas no fue lineal, es decir, la intervención resultó insostenible para las personas. Especialmente cuando se utilizó el Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes (SMAE) para dietas hipocalóricas o planes de alimentación, junto con la restricción de grupos de alimentos y cantidades. Cabe destacar que en este trabajo no se utilizaron dietas como parte de la atención nutricional. Por esta razón, determinamos que es imprescindible optar por una intervención con un enfoque distinto a lo tradicional, ya que este último no ha resultado eficiente.

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El método para identificar y clasificar el sobrepeso u obesidad es el índice de masa corporal (IMC), que se define como el cociente entre el peso y el cuadrado de la talla (kg/m^2). En adultos, los puntos de corte para definir sobrepeso y obesidad son ≥ 25 e $\text{IMC} \geq 30$ respectivamente (OMS, 2022).

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad (NOM-008-SSA3-2010), el sobrepeso y la obesidad se caracterizan por la acumulación anormal y excesiva de grasa corporal. Específicamente, el sobrepeso se define por la existencia de un IMC igual o mayor a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ y menor a $29.9 \text{ kg}/\text{m}^2$ y en las personas adultas de estatura baja, igual o mayor a $23 \text{ kg}/\text{m}^2$ y menor a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$. En menores de 19 años, el sobrepeso se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentila 85 y por debajo de la 95, de las tablas de edad y sexo de la OMS. En cambio, la obesidad se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor de 30 y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor de 25. En menores de 19 años, la obesidad se determina cuando el IMC se encuentra del percentil 95 en adelante de las tablas de IMC para edad y sexo de la OMS (Secretaría de Salud, 2010).

Enfoque tradicional

En el enfoque tradicional para el abordaje del sobrepeso y la obesidad se reconoce que existen distintos factores genéticos y ambientales que influyen en su desarrollo. Entre ellos destacan las condiciones de sobrealimentación (balance energético positivo) o hipoalimentación (balance energético negativo) cuyos mecanismos adaptativos modifican los distintos componentes del gasto energético y/o la ingesta alimentaria.

Se encuentran los factores ambientales, principales condicionantes de la ingesta alimentaria, y entre ellos destacan los hábitos y tradiciones familiares, la presión social, la disponibilidad de alimentos, las prácticas y el marketing de la industria alimentaria, y los factores psicológicos. También se ha evidenciado que el estilo de vida sedentario, la edad, el sexo, los hábitos alimenticios, tener otras afecciones, lesiones traumáticas, quirúrgicas o neoplásicas, estrés, medicamentos, bajo nivel económico y una deficiente calidad de sueño son importantes factores de riesgo (Carrasco y Galgani, 2012).

Es importante precisar que el almacenamiento de grasa es un proceso biológico normal en todos los animales mamíferos y en algunos no mamíferos, debido a que protege de la escasez de alimentos, migraciones y hambrunas. A causa de esto existe una hipótesis de que los seres humanos tenemos un gen ahorrador. Sin embargo, frente al panorama abundante de

alimentos que nos encontramos actualmente, nos preparamos para una situación de hambre que nunca llega (Tamayo y Restrepo, 2014).

Tratamiento

El tratamiento del sobrepeso y la obesidad está orientado a la pérdida y mantenimiento del peso, así como a la mejora de las comorbilidades asociadas a estas afecciones, ya que la evidencia científica ha señalado que las reducciones de peso, incluso moderadas, se asocian con importantes beneficios en términos de salud y de calidad de vida, y pueden ayudar no solamente a controlar las enfermedades sino también a disminuir su probabilidad de desarrollo. Por ello, las estrategias de intervención incluyen una modificación del estilo de vida, a partir de dieta, ejercicio y técnicas cognitivo-conductuales (Rodrigo-Cano *et al*, 2017). Con el objetivo de conseguir una reducción de 10% del peso corporal en 6 meses, se ha propuesto llevar una dieta hipocalórica con base en una restricción calórica de 500- 1000 calorías diarias, con la finalidad de alcanzar reducciones de 0,5-1 kg de peso semanalmente (Rodrigo-Cano *et al*, 2017).

En cuanto a la distribución de macronutrientes, se ha recomendado que el 45-55% del Valor Energético Total (VET) sean carbohidratos, 15-25% del VET proteínas y 25-35% del VET grasas, donde un 15-20% debe ser monoinsaturada. Con la alimentación baja en calorías se busca la creación de un balance energético negativo para reducir el excedente de triglicéridos existente en el tejido adiposo. En este sentido, la Dieta Mediterránea es el patrón alimentario en el que se fundamentan las últimas recomendaciones (Rodrigo-Cano *et al*, 2017).

Existen dietas que aportan menos de 800 Kcal por día y deben cumplir con un aporte mínimo diario de 50 gramos de hidratos de carbono, 0.5 gr/kg/día de proteínas de alto valor biológico y aceites con ácidos grasos esenciales (debido a que el aporte de grasas es escaso). Provoca un descenso de peso importante en un corto plazo con una franca mejoría de los factores de riesgo. La dificultad de mantenerlo es el principal inconveniente por lo cual tiene indicaciones precisas, como en el caso de personas con obesidad mórbida con factores de riesgo cardiovascular o como paso previo a la cirugía bariátrica. Debido a que producen deficiencias vitamínicas y minerales y conllevan un importante catabolismo proteico, no es recomendable que se realice por más de 16 semanas. Además, deben suplementarse con vitaminas y minerales. Está contraindicada en pacientes con IMC <25, embarazadas, adolescentes, DM1 o con antecedentes de IAM, ACV, insuficiencia renal, insuficiencia hepática o trastornos psicológicos (Decarlini y Díaz, s.f).

La característica principal de las dietas disarmónicas es que restringe o limita el consumo de determinados grupos de alimentos. Las más utilizadas son la dieta cetogénica y dieta hiperproteica. La dieta cetogénica contiene 40% de las kcal totales de grasa y 30 % de

proteínas a expensas del descenso de la proporción de los hidratos de carbono (30%). La disminución de peso es rápida debido a la pérdida de agua producida por la cetosis. En la dieta hiperproteica el aporte proteico supera el 30% de las kcal totales. El efecto principal es sacietógeno pero debido al alto catabolismo proteico, produce deshidratación y pérdida de calcio urinario (Decarlini y Díaz, n.d.).

Sin embargo se ha demostrado que las dietas son insostenibles a largo plazo. Incluso, si la persona pierde peso a corto plazo, consecuentemente se observan efectos secundarios como la reganancia de peso (Mann *et al*, 2007). Una intervención más amable podría ser planteada como una meta a largo plazo respetando la autonomía de la persona, enseñando a disfrutar de los alimentos que consume y desarrollar o mejorar la relación con los alimentos, planteando.

Limitaciones del enfoque tradicional

A medida que se restringen los alimentos que se consumen, más se adapta el cuerpo y la mente para sobrevivir a la hambruna autoimpuesta. Como consecuencia, aumentan los antojos hasta no poder resistirlos, y para muchas personas, la presión para comer aumenta hasta perder el control (Tribole y Resch, 2020). Por lo tanto, es más probable que las personas que tienden a controlar su ingesta de alimentos “fracasen” (Tamayo y Restrepo, 2014).

Dicha reacción negativa de la dieta es el efecto secundario acumulativo de la misma, puede ser a corto o largo plazo (crónico), dependiendo del tiempo que la persona haya estado a dieta. Puede tener un efecto secundario o varios, como cansancio, aumento del apetito, antojos de comida “pecaminosa”, atracones (ocurren en el 49% al terminar las dietas), disminución de la confianza, sentimiento de culpa y sentir que no debe comer por creer que su cuerpo no encaja en la cultura de la dieta (Tribole y Resch, 2020).

En diversos estudios se ha demostrado que los ciclos de pérdida y ganancia de peso traen como consecuencia impactos negativos a la salud, como: mayor pérdida de masa muscular en mujeres, mayor relación con las tasas de mortalidad general además de mortalidad y morbilidad relacionada con cardiopatías, mayor recuperación de peso a largo plazo, mayor probabilidad de atracones, riesgo aumentado por padecer fracturas óseas en osteoporosis, cálculos biliares, hipertensión, inflamación crónica y algunos tipos de cáncer. Incluso en deportistas de boxeo, lucha libre y halterofilia estos ciclos funcionan como un predictor de la ganancia de peso (Tribole y Resch, 2020).

Existen factores etiológicos de la obesidad como la personalidad. Un ejemplo de esto es que las personas con personalidad tipo A (personas obesas con alto neuroticismo y baja conciencia), según la Asociación Americana de Psicología tiene más probabilidad de pasar por ciclos de pérdida y ganancia de peso durante toda su vida. También, el estrés es otro

factor etiológico de la obesidad, ya que una situación de estrés agudo inhibe el apetito, además si esto se vuelve crónico, las glándulas adrenales liberan una hormona llamada cortisol que incrementa el apetito en particular hacia los alimentos altos en grasa o azúcar. Además, el estrés también se asocia con la pérdida de sueño, inactividad física y consumo de alcohol contribuyendo a la ganancia de peso (Tamayo y Restrepo, 2014).

En una investigación un grupo de mujeres y hombres con IMC de obesidad manifestaron sentirse mal con su físico y aceptar que ya no pueden hacer nada para bajar de peso. En este estudio se encontró que las madres ocupan el primer lugar en ejercer una presión sobre las mujeres para bajar de peso y en segundo lugar las “amigas”. Las mujeres consideran que están obligadas a bajar de peso para cubrir expectativas de la familia, círculo social y pareja considerando que la delgadez es valiosa y respetable (Bermúdez Borja y Hernández Rodríguez, 2012).

Cultura de la dieta o de la delgadez

El llamado “peso ideal, normal o saludable” promocionado en las redes sociales, los medios de comunicación, los centros de salud y en productos industriales, se ha relacionado erróneamente con el bienestar, la salud, la belleza y la moral, de modo que las personas que no entran en este estereotipo de peso son discriminadas simplemente por la forma y tamaño de su cuerpo, provocando que la pérdida de peso mediante dietas restrictivas sea visto como un medio para tener “mayor reconocimiento social” o “mejorar la salud”.

Dicha presión social se ha denominado cultura de la dieta, la cual se refiere a un sistema de creencias, mensajes y comportamientos que valora el peso y la apariencia de una persona, en lugar del bienestar, que se ha vuelto común y normalizado. La cultura de la dieta cosifica la delgadez, equiparándola con la salud y la virtud moral, mientras demoniza algunos alimentos y eleva a otros (Tribole y Resch, 2020).

La cultura de la dieta considera que el valor de una persona consiste en sus medidas corporales (Tribole y Resch, 2020). La cultura de la dieta se complementa por el rechazo al sobrepeso y obesidad. Las personas con un peso considerado “normal” y con un peso mayor comparten el deseo de ser delgadas y el miedo a “engordar” (Bermúdez y Hernández, 2012). Además, la cultura de la dieta se basa en la restricción, en pasar hambre, en una lista de alimentos prohibidos, en consumir cierta cantidad de alimento y en contar calorías (Tribole y Resch, 2020).

En el estudio realizado por Swanson y Dinello en 1970 (*Follow-Up of Patients Starved for Obesity*), se dio seguimiento durante distintos periodos de tiempo a pacientes con obesidad que fueron sometidos a hambruna en el hospital durante 38 días, se encontró que 23% de los pacientes en menos de dos años recuperaron más peso del que habían perdido. Entre los

pacientes que tuvieron seguimiento durante dos años o más se obtuvo que el 83% recuperó más peso del que perdieron. Lo anterior se debe a que los pacientes tenían dificultad para hacer dieta después del alta hospitalaria por cuestiones de estrés familiar y laboral rutinario. El mantenimiento de la pérdida de peso se vio complicado por los problemas psicológicos que eran más evidentes en estos sujetos cuando estaban delgados y por la gran cantidad de energía que tenían que dedicar a la dieta, especialmente cuando se enfrentan al estrés de la vida diaria fuera del hospital. Para la mayoría de los pacientes, volver a la obesidad fue más cómodo y tolerable que tratar de luchar con su problema en presencia de demandas ambientales (Swanson y Dinello, 1970).

De igual forma, la presión por la delgadez contribuye a aumentar la preocupación por el peso corporal y como consecuencia las personas adoptan conductas como las dietas bajas en calorías o dietas restrictivas que buscan principalmente perder peso y modificar el cuerpo. También, se promueve la insatisfacción corporal, imagen corporal negativa, mayor riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria y bajo bienestar psicológico como síntomas depresivos, estrés y disminución de la autoestima. Es sorprendente que a pesar de tener un IMC normal, las personas presentan insatisfacción corporal. La preocupación por la imagen corporal y la influencia de los modelos restrictivos empeoran la salud mental de las personas. La presión por la delgadez se relaciona con el miedo y el estigma por la obesidad. Esto se vincula con connotaciones negativas como falta de voluntad y carácter (Bermúdez Borja y Hernández Rodríguez, 2012).

Se ha encontrado que la preocupación por la delgadez e insatisfacción corporal se relaciona significativamente con el hecho de haber realizado alguna dieta. En un estudio que se realizó en Chile, se demostró que la edad de la primera dieta sin supervisión médica en adolescentes comenzó entre los 7 y 18 años de edad, además las jóvenes con un IMC de sobrepeso y obesidad tuvieron un inicio más precoz con una dieta y restricción de alimentos. La insatisfacción corporal predice el uso de estrategias extremas para controlar o favorecer la pérdida de peso. La preocupación por el control de peso lleva a los adolescentes a desarrollar conductas alimentarias de riesgo (Contreras *et al*, 2015).

También la preocupación por la obesidad está guiada por el incremento del riesgo a padecer alguna enfermedad. Sin embargo, otro de los factores que contribuyen a esta preocupación es un hecho meramente estético, ya que, aunque la obesidad puede llegar a perjudicar la salud, también se ha demostrado que pueden encontrarse obesos metabólicamente sanos. Sin embargo se ha demostrado que las dietas hipocalóricas estrictas y los ciclos de pérdida-recuperación de peso conducen a la persona al desarrollo de psicopatologías y consecuencias psicosociales como depresión, ansiedad y baja autoestima. Además, la imagen del sujeto es criticada ocasionando afectación de su imagen y desempeño cotidiano.

En las mujeres de mediana edad, la depresión está fuertemente asociada con la obesidad (Tamayo y Restrepo, 2014).

Por otro lado, desde una perspectiva de género, se ha observado que las mujeres reciben una cantidad exagerada de presión a través de la publicidad y las redes sociales, así como el estilo de vida moderno de la sociedad occidental, que valora los cuerpos esbeltos y los denomina bellos, bajo el discurso médico que señala lo delgado como bueno y lo gordo como malo (Contreras Hernández, 2005). A diferencia de las sociedades occidentales, donde la condición de delgadez se ha convertido en un requisito del cuerpo hermoso y tan extensamente aceptado que lo hace parecer "natural", en otras culturas como las del África sahariana existe la celebración de la obesidad femenina, lo que revela la naturaleza construida de todas las nociones de la belleza (Popenoe, 2003).

En una investigación, un grupo de adolescentes manifestó que no se sentían satisfechos con hacer dietas o hacer ejercicio, ya que buscan resultados a corto plazo. Comentaron que cuando les hablan de comer sano inmediatamente viene a la mente el grupo de las verduras, frutas y carnes magras, además de relacionarlo con un valor monetario alto y clases superiores. Se considera que los gustos alimentarios de los miembros de clases superiores son dirigidos a alimentos sanos que nutren pero no "engordan" y ayudan a mantenerse delgados o perder peso, influyendo en la percepción social y juicios (Bermúdez Borja y Hernández Rodríguez, 2012).

El estigma hacia la obesidad es un producto social que se ha ido construyendo a lo largo de la historia. Sin embargo, este estigma muchas veces es influenciado por información divulgada a través de las instituciones de salud pública que perpetúan el juicio hacia el peso corporal. El estigma es utilizado para hacer referencia a una persona con un atributo desacreditador diferente al resto, que provoca una reacción emocional en las personas con obesidad. El cuerpo obeso es considerado como algo desagradable, incomodo, "feo" hasta sentir lastima por estar en esa condición, así que, las actitudes de rechazo hacia una persona obesa están condicionadas por su volumen corporal. El estigma y la discriminación afecta ampliamente la vida de las personas y se hace presente en entornos como hogares, escuelas, lugares de trabajo, entornos de acondicionamiento físico, entornos de salud pública y cuidado de la salud. Algunas de las consecuencias que se han observado son autocastigo y rechazo en caso de no cumplir con lo que se considera un cuerpo normal/delgado, así como desigualdades sociales y de salud. Lo anterior desencadena una gran angustia por querer bajar a través de dietas no saludables y conductas restrictivas (Bermúdez Borja y Hernández Rodríguez, 2012).

La discriminación por el peso corporal también se asocia con comportamientos que aumentan el riesgo de aumento de peso, como la ingesta excesiva de alimentos y la inactividad física. Existe evidencia de que la internalización de los estereotipos basados en el peso influye en

los comportamientos alimentarios, siendo las personas con sobrepeso y obesidad más propensas a comer en exceso (Puhl et al, 2007). De igual forma, las experiencias estigmatizantes se asocian con atracones más frecuentes (Ashmore et al, 2008).

En una investigación realizada por Sutin y Terracciano (2013), con 6,157 personas (58.6% mujeres) procedentes del estudio *longitudinal Health and Retirement Study* (HRS) de E.U, se analizó la relación entre la discriminación por el peso corporal con el riesgo de volverse obeso, y el riesgo de permanecer obeso (IMC ≥ 30). Los resultados señalaron que, los participantes con sobrepeso que informaron discriminación por su peso tuvieron 2.1 veces más probabilidades de ser obesos que aquellos que no informaron discriminación, en cambio, las personas con obesidad que fueron discriminados por su peso tuvieron 3 veces más posibilidades de permanecer con obesidad que aquellos que no fueron discriminados. Ninguna de las personas dentro de la categoría de peso normal que reportaron discriminación por su peso, tuvieron obesidad (Sutin y Terracciano, 2013).

El estigma por la obesidad está ampliamente arraigado por la cultura de cada persona y provoca la falta de respeto, juicios, abuso físico y mental, exclusión social y discriminación contra las personas con obesidad (De Domingo y López Guzmán, 2019). Aunque el estigma por el peso representa un obstáculo para el control, rehabilitación y recuperación de la obesidad, es una situación que puede cambiar con la labor de los profesionales de la salud, puesto que pueden crear o mejorar el sistema de salud a uno más tolerante y respetuoso, reduciendo las desigualdades sociales y de salud. Es importante promocionar la educación acerca de la obesidad, dando a conocer a las personas que es una enfermedad compleja que requiere de enfoques integrales para su prevención y tratamiento. Se insiste en que los enfoques reduccionistas no son útiles y realistas en el tratamiento de la obesidad, contrario a aquellos que se centran en el bienestar, ya que pueden ayudar a las personas a vivir una vida plena con alguna enfermedad crónica. Se ha demostrado que las personas que aprenden a sobrellevar el estigma por el peso desarrollan la autocompasión, la autoaceptación y participan en esfuerzos para resistir a las identidades sociales “dañadas”, así como exigir respeto, dignidad y un trato justo.

Alimentación intuitiva

La alimentación intuitiva es una integración dinámica en el cuerpo y la mente del instinto, la emoción y el pensamiento racional. Es considerado como un proceso personal donde se muestra respeto por la salud poniendo atención a los mensajes del organismo, además de satisfacer las necesidades físicas y emocionales, poniendo principalmente a la persona en el centro (Tribole y Resch, 2020).

De la misma forma, Grider *et al* (2021) señalan que la alimentación intuitiva se considera como una conexión con las señales fisiológicas de hambre y saciedad, las cuales consisten en comer centrándose intencionadamente en dichas señales. Lo anterior en contraposición con usar señales externas para guiar la ingesta. Las señales externas pueden ser las emociones, la disponibilidad de los alimentos, el hecho de ver u oler la comida, los entornos sociales en los que se fomenta o es normal comer, el tamaño de las raciones o el envase de los alimentos (Grider *et al*, 2021). En el modelo de alimentación intuitiva se seleccionan alimentos que más se disfrutan además se centra en mostrar más aprecio hacia su cuerpo (Linardon *et al*, 2021).

La alimentación intuitiva es una alternativa a las dietas restrictivas. Se ha demostrado que las personas que siguen el enfoque de la alimentación intuitiva muestran mayor satisfacción del cuerpo y de la vida, aumenta su autoestima, autocompasión y optimismo incondicional, tienen mayor resistencia psicológica y existe mayor motivación para hacer ejercicio. Además, se relaciona positivamente con la presión arterial y lípidos en sangre bajos (Tribole y Resch, 2020). Tribole y Resch, establecieron 10 principios que guían la alimentación intuitiva:

1. Rechazar la mentalidad de la dieta
2. Honrar el hambre
3. Hacer la paz con la comida
4. Desafía a la policía alimentaria
5. Descubre el factor de satisfacción
6. Siente la plenitud
7. Hacer frente a las emociones con amabilidad
8. Respeta tu cuerpo
9. Movimiento siente la diferencia
10. Honrar la nutrición gentil para la salud

Tipo de personalidades alimenticias/tipo de comensal

Las siguientes son etiquetas que proponen las autoras Tribole y Resch en su libro “El Manual de la Dieta Intuitiva” para identificar características de las conductas alimentarias de los pacientes que realizan o realizaron dietas.

1. **Comensal cuidadoso y limpio:** se caracteriza por sentirse culpable por la elección de alimentos, monitorean regularmente la cantidad y calidad de los alimentos, se reprimen por cada alimento graso o azucarado, además trazan una línea entre estar genuinamente interesados en la salud y la alimentación por el bien de la imagen corporal.

2. **Experto en dietas:** se distingue por conocer las porciones de alimentos, calorías, macros y trucos de la dieta, también tiene conductas como atracones y lo conocido como la última cena, así como riesgo de sufrir trastornos alimentarios como restricción de alimentos crónica, anorexia nerviosa y bulimia.
3. **Comensal inconsciente:** se caracteriza principalmente por comer mientras realiza alguna otra actividad, por ejemplo comer y ver tv, leer, usar el celular, jugar videojuegos, redes sociales y navegar en internet.
4. **Comensal caótico inconsciente:** son personas que tienen demasiadas cosas que hacer, donde la nutrición se considera importante pero no el momento del caos, se caracterizan por tener dificultad para identificar el hambre biológica, si no hasta que está ferozmente hambriento, además de pasar largos tiempos sin comer.
5. **Devorador de comida basura no inconsciente:** se caracteriza de personas que no les importa si tienen hambre o están llenos, no se niegan a comer y no son conscientes de qué o cuánto están comiendo.
6. **Devorador de desperdicios no inconsciente:** Su unidad de alimentación es influenciada por obtener la mayor cantidad de comida como sea posible, a veces comen las sobras de comida de los niños o pareja.
7. **Comensal inconsciente emocional:** son personas que utilizan a los alimentos para hacer frente a las emociones incómodas que se les presentan por ejemplo el estrés, ira y soledad.

Existen varios factores que influyen en la alimentación intuitiva, como los comentarios y las prácticas de alimentación de los padres o cuidadores, el auto-silenciamiento de los pensamientos y sentimientos, la aceptación y el aprecio del cuerpo, así como la occidentalización cultural (exposición al estigma del peso y la cultura de la dieta) (Tribole y Resch, 2020).

Elementos de la alimentación intuitiva

El enfoque de la alimentación intuitiva promueve el bienestar de la persona a través del desarrollo o recuperación de la conciencia interoceptiva, el autocuidado, el movimiento y la autocompasión.

La conciencia interoceptiva es la capacidad de percibir sensaciones físicas que surgen desde el interior del cuerpo. Es una experiencia directa, una sensación sentida que ocurre en el momento presente. Así, la capacidad de respuesta interoceptiva es la forma en la que el individuo valora y responde a las sensaciones corporales (Tribole y Resch, 2020).

El autocuidado es la capacidad que tiene un individuo para realizar actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Se considera que, con la práctica, las personas se ocupan de cuidar el funcionamiento y desarrollo de sí mismos con respecto a los aspectos físicos, psíquicos y sociales. El autocuidado es una función humana regulatoria para los individuos, donde deben deliberar continuamente y desarrollar por sí mismos un cuidado independiente con el fin de suplir y conservar las condiciones y materiales para mantener la vida. Además, busca el desarrollo de normas compatibles con condiciones esenciales para vivir (Rivera, 2006).

El enfoque de la alimentación intuitiva propone resignificar el movimiento, es decir, la invitación se inclina a desistir de la idea de que el movimiento es un método para perder peso, para verse mejor, para gastar calorías o para alcanzar el tamaño corporal deseado. El movimiento puede verse como un medio para alcanzar el bienestar centrándose en cómo se siente la persona al mover su cuerpo encontrando alguna actividad agradable y disfrutable, que le proporcione energía y motivación a la persona, ya que la gente acostumbra a repetir aquellas actividades que la hacen sentir bien, contrario a realizar actividades que causan incomodidad, pues es común que en estos casos las personas deserten. El hacer actividades forzadas contribuye con la idea de hacer dietas para perder peso, puesto que en ambas situaciones se ignoran las señales que envía el cuerpo.

Con el simple hecho de pasar menos tiempo sentado o acostado y ser una persona más activa realizando actividades como desplazarse de un lugar a otro, haciendo actividades domésticas cotidianas (limpieza o jardinería), levantar los brazos, caminar, patinar, subir escaleras, saltar, estirarse, agacharse, montar en bicicleta, bailar, jugar y realizar algún deporte, pueden generarse efectos positivos en la calidad de vida de la persona.

Es necesario precisar que el impacto que tienen en la salud las actividades que implican cualquier movimiento corporal (limpieza, jardinería, caminatas, etc.) es distinto al de aquellas más estructuradas (ejercicio y deporte). Las primeras pueden mantener la funcionalidad de las personas que, por su estilo de vida, deben pasar la mayor parte del día sentados o tienen tiempo limitado para realizar otras actividades, sin embargo, el esfuerzo que demandan es insuficiente para generar todos los beneficios que tiene la actividad física. Por otro lado, el deporte y ejercicio implican un mayor esfuerzo físico, ya que son actividades que de acuerdo con su tipo (aeróbico o anaeróbico) deben repetirse y efectuarse con cierta duración e intensidad, aumentando así la resistencia aeróbica, la fuerza muscular, la flexibilidad y la coordinación.

Estudios han demostrado que mantener un estilo de vida activo mejora la salud ósea, aumenta la densidad y función de los huesos, mejora el estado muscular, disminuye las caídas (y por ende las fracturas óseas) y mejora el impacto a nivel metabólico; contribuye en la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto o ataque cerebrovascular), distintos tipos de cáncer (colon, mama, endometrio, esófago

adenocarcinoma, hígado, cardiaca, riñón y leucemia mieloide crónica y enfermedades metabólicas (diabetes, dislipidemias); permite el equilibrio metabólico (glicemia, colesterol, hormonas tiroideas); tiene un importante impacto en la salud mental: mejora la autoestima, disminuye el estrés, la ansiedad y la depresión; mejora funciones cognitivas como concentración, memoria y atención; mejora el rendimiento escolar y laboral; mejora la destreza motriz y las habilidades de nuestros movimientos cotidianos; mejora la digestión y la regularidad del tránsito intestinal; ayuda a mantener, mejorar la fuerza y la resistencia muscular, incrementando la aptitud física; ayuda a mejorar y conciliar el sueño; favorece el establecimiento de vínculos y las relaciones sociales y contribuye a un envejecimiento saludable (OPS/OMS, 2016).

Actualmente existen distintas guías con recomendaciones sobre actividad física. Las emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) han sido reforzadas por el Colegio Americano de Medicina Deportiva (ACSM), el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), y la Asociación Estadounidense del Corazón (AHA), ya que brindan orientación actualizada y medidas normativas viables destinadas a todas las poblaciones para aumentar la actividad física de jóvenes, adultos y adultos mayores en todos los niveles. También existen guías con recomendaciones específicas para lograr o mejorar alguna capacidad física (flexibilidad, coordinación, resistencia, equilibrio, etc.) (OMS, 2020).

Por otro lado, tener compasión significa ofrecer comprensión y amabilidad a los demás cuando fallan o cometen errores, en lugar de juzgarlos con dureza. La autocompasión implica actuar de la misma manera contigo mismo cuando estás pasando por un momento difícil, fallas o notas algo que no te gusta de ti mismo (Kristin Neff, 2022). Las investigaciones indican que adoptar una postura autocompasiva respecto a las experiencias difíciles relacionadas con tu organismo puede ayudar a la alimentación intuitiva y a superar la insatisfacción con su cuerpo (Schoenefeld y Webb, 2013, citado en Albertson *et al*, 2015). La autocompasión está relacionada con el bienestar, con unos mayores sentimientos de felicidad y con una mayor iniciativa personal para llevar a cabo los cambios necesarios en su vida (Neff, 2003, 2016, citado en Neff y Costigan, 2014). Es decir, consiste en tener una consideración neutra pero comprensiva con respecto a uno mismo y a nuestras acciones (Tribole y Resch, 2020). También se ha demostrado que la autocompasión ayuda a las personas a superar su culpabilidad relativa a las elecciones con la comida (Adams y Leary, 2007). Con lo anterior, la autocompasión puede ayudar a promover el cambio debido a que las personas autocompasivas no se critican ni se intimidan a sí mismas cuando cometen errores. Esto hace que les resulte más fácil admitir su vulnerabilidad y sus errores, modificar conductas improproductivas y asumir nuevos retos (Tribole y Resch, 2020).

Beneficios de la alimentación intuitiva

Un metaanálisis de 24 estudios publicados entre el 2006 y 2015 encontró que la alimentación intuitiva se asoció con mayor apreciación y satisfacción del cuerpo, tener un funcionamiento emocional positivo, mayor satisfacción con la vida, autoestima incondicional y optimismo, y mayor motivación para hacer ejercicio cuando la atención se centra en el disfrute en lugar de la culpa o la apariencia. Además, se relaciona inversamente con trastornos alimentarios, dietas, falta de conciencia interoceptiva e internalización del ideal de la delgadez (Tribole y Resch, 2020).

De igual forma, en una revisión académica se encontró que la alimentación intuitiva se asoció con mejor presión arterial, lípidos en sangre e ingesta dietética. También se han documentado beneficios para la salud física, que incluyen niveles más bajos de cortisol y menor inflamación (Tribole y Resch, 2020).

Existe la idea de que si a una persona se le permite comer lo que quiera el resultado será una alimentación poco saludable y el aumento de peso, sin embargo, en un estudio realizado por Smith y Hawks (2006) se encontró que los universitarios con mayor puntaje de alimentación intuitiva en la Escala de Alimentación Intuitiva (IES), tenían una dieta más variada, disfrutaban más la comida, tenían menor ansiedad al comer y un IMC más bajo en comparación con los estudiantes que no disfrutaban los alimentos y tenían mayor ansiedad respecto a la comida (Smith y Hawks, 2006). Las diferencias encontradas entre los universitarios pueden deberse a las consecuencias de las dietas restrictivas; la privación de alimentos y la preocupación excesiva por la comida, provoca un impulso primario o deseo por comer aquello considerado como “prohibido”. Una vez alcanzado este estado, todas las intenciones de comer de forma moderada y consciente son efímeras e irrelevantes, dando lugar a comer en exceso sin disfrutar la comida y a la consiguiente ganancia de peso o aumento del IMC.

En cuanto a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), un estudio hecho en Alemania analizó la relación entre la alimentación intuitiva y las personas con TCA, y proporcionó la primera evidencia de que a menor puntaje de alimentación intuitiva, mayor relación con el desarrollo de TCA (Tribole y Resch, 2020).

En el 2017, un estudio piloto demostró que los pacientes con TCA sí pueden aprender a comer de manera intuitiva, además se notó mejoría en pacientes con anorexia nerviosa, bulimia y trastornos de la conducta no especificados (EDNOS) (En Tribole y Resch, 2020).

En otro estudio, se identificó que en niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1 hubo una relación inversa entre la hemoglobina A1c (HbA1c) y las puntuaciones de la alimentación intuitiva (En Tribole y Resch, 2020).

OBJETIVOS

Objetivo del proyecto general

- Diseñar y operar un modelo de atención nutricional -a cargo de pasantes y estudiantes de la Licenciatura en Nutrición Humana- enfocado a personas que viven con sobrepeso y obesidad que asisten a consulta nutricional en el Consultorio Virtual de Nutrición.

Objetivo del proyecto específico

- Documentar la incorporación de los principios de alimentación intuitiva en la consulta nutricional.
- Evaluar la factibilidad de la alimentación intuitiva en personas que viven con sobrepeso y obesidad.
- Mejorar la calidad de la información que reciben las personas acerca de las dietas y pérdida de peso
- Proporcionar un enfoque inclusivo en las consultas de atención nutricional a las personas

METODOLOGÍA UTILIZADA

Organización de las consultas en general

El Laboratorio de Nutrición y Actividad Física (LNAF) de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X) proporciona atención nutricional mediante el proyecto Consultorio Virtual de Nutrición a estudiantes, maestros y administrativos de la UAM, así como a personas externas a la institución. Las solicitudes de atención nutricional se recibieron a través del correo tunutriologa@correo.xoc.uam.mx. A cada pasante se le asignó pacientes de manera aleatoria en su hoja personal de Excel, dentro de la base de datos del LNAF. En esta hoja se encontraba el nombre del paciente, su correo electrónico y el mensaje del correo donde solicitaron consulta. Después de contactar a cada paciente se agregó fecha y hora de la primera reunión, la confirmación de su asistencia en la fecha y hora acordada, y la entrega del cuestionario pre-consulta resuelto; también se agregó la fecha y hora de las consultas subsecuentes. En el Drive del correo del LNAF, se encuentran las carpetas personales de cada pasante con la historia clínica, el cuestionario preconsulta y material de apoyo (formularios o folletos) de cada paciente.

Para brindar atención nutricional se siguió el principio general de centrarse en las necesidades de cada persona y en aspectos que pudiera entender, incorporar e implementar proporcionando en todo momento un espacio de respeto y libre de acoso tanto para el paciente como para la nutrióloga. Además, todas las recomendaciones fueron basadas en conocimiento científico, guías clínicas y evidencia de estudios clínicos.

La estructura de la consulta se basó en los elementos del Proceso de Atención Nutricia (PAN) propuesto por la Academia de Nutrición y Dietética de los Estados Unidos de América y por la Guía Calgary Cambridge. El PAN propone que la consulta se estructure en 4 etapas: evaluación, diagnóstico, intervención y monitoreo. Dentro de la evaluación y diagnóstico fue fundamental explorar el motivo de consulta de la persona, ya que en función a este se evaluó su estado de salud. Posteriormente, se realizó la evaluación de la dieta, actividad física, se obtuvieron datos antropométricos y bioquímicos con el objetivo de dirigir la intervención al problema de alimentación y actividad física. En este punto también fue importante indagar con el paciente qué fenómeno consideró que fue el origen de sus problemas alimentarios y nutrición. En la historia clínica, las nutriólogas registramos el diagnóstico nutricional de la persona mediante el lenguaje estandarizado, propuesto por el PAN. Esto es la identificación de un problema nutricional a resolver. Para describir el diagnóstico nutricional se usó el enunciado PES (problema, etiología, signos y síntomas). El problema se refiere al problema de nutrición o alimentación, la etiología se describe mediante las causas o factores de riesgo

que han contribuido al problema, y los signos y síntomas son datos en los que el profesional o la persona relaciona con el diagnóstico o problema nutricional.

Los principales motivos de consulta que se atendieron fueron en personas con peso normal de acuerdo con su IMC interesadas en mejorar su composición corporal, perder peso o mejorar sus hábitos de alimentación y/o ejercicio, personas con sobrepeso u obesidad según su IMC interesadas en perder peso o mejorar hábitos de alimentación, personas con síndrome de intestino irritable y personas que viven con alguna enfermedad no transmisible como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión o dislipidemia.

La intervención se centró en el motivo de consulta y/o problema de salud de la persona utilizando el material más apropiado. Dentro del proyecto contamos con distintas herramientas didácticas como: “Mi plato saludable”, “Grupos de alimentos”, “Diagnóstico”, “Avances”, “Conociendo tu hambre y saciedad”, entre otros. Incluso se cuenta con un directorio de instituciones que brindan atención psicológica por vía telefónica o presencial.

Cuando la intervención fue dirigida a dar un plan de alimentación para perder peso o aumentar masa muscular por cuestiones de indicadores de riesgo cardio-metabólico o estética, el aspecto más importante que se consideró fue la relación del paciente con la comida y su imagen corporal. El contar calorías y porciones, tener miedo a subir de peso o tener la percepción de que ciertos alimentos eran buenos o malos y que debían restringir cierto grupo de alimentos (como carbohidratos), fueron puntos que se consideraron para definir si el plan de alimentación era una intervención adecuada. De la misma forma, el conflicto con la imagen corporal fue otro punto importante, pues dar un plan de alimentación reforzaría más la idea de que hay algo “malo” con su cuerpo. Por otra parte, cuando la relación con la comida y la insatisfacción corporal no fueron un problema, se tomó en cuenta si el paciente tenía alguna comorbilidad, pues de ser el caso, adoptar un plan de alimentación haciendo énfasis en la adopción de hábitos saludables más que en la pérdida de peso, podría ser benéfico para su salud. También se tomó en cuenta la escolaridad de la persona para saber qué material de apoyo o formato era más adecuado trabajar, ya que llevar un plan requiere que el paciente entienda y conozca que es una porción, además de saber hacer sumas y multiplicaciones con números enteros o fracciones.

La intervención nutricional que se realizó a los pacientes con síndrome de intestino irritable (SII) fue identificar aquellos alimentos que causaban malestar y hacer una lista de ellos para moderar su consumo o en todo caso, evitarlo. Además, se propuso anotar si estos síntomas se presentaban y/o aumentaban en situaciones de estrés. De igual forma se recomendó llevar una alimentación baja en FODMAP (oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables) y de ser necesario, acudir con un profesional de la salud mental para el manejo del estrés. Si el/la paciente lo requería, se le proporcionaba el directorio de instituciones para la salud mental.

Los criterios que se utilizaron para proporcionar a los pacientes el formato “Mi Plato Saludable” fueron tener la inquietud de mejorar su alimentación sin someterse a dietas donde se restringen ciertos grupos de alimentos o tener dificultades para llevar el plan de alimentación. En este formato se invita a los pacientes a que consuman mayor cantidad de frutas y verduras, proteína vegetal y cereales integrales, además de una cantidad moderada de grasas y azúcares, guiándose por sus señales de hambre y saciedad, debido a que no se recomienda una cantidad específica de alimentos. Esto lo decide el hambre y la saciedad de cada persona.

El formato de “Verificando los avances para nuevos hábitos” se utilizó en los casos donde se identificó que el/la paciente podía mejorar una o varias conductas respecto a su alimentación o actividad física. En este formato se propone que se trabaje en la mejoría de tres hábitos, sin embargo, se optó por ir trabajando poco a poco cada hábito de acuerdo con la decisión del paciente, por lo que se le preguntó cuál o cuáles conductas le gustaría comenzar a trabajar. Lo anterior para evitar que se sintiera ansioso o presionado al percibir una gran lista de conductas por mejorar. En caso de existir un avance se iban trabajando las conductas restantes, en cambio, si no existía avance se indagaban las dificultades y se buscaban alternativas para mejorar dicho problema.

En cuanto a la intervención nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo II, el objetivo principal fue el control de la enfermedad y evitar el desarrollo de comorbilidades. Dependiendo de cada paciente, algunas de las medidas que se tomaron fueron: fijar horarios de comida, evitar los ayunos prolongados, consumir suficiente fibra a través de verduras, frutas y leguminosas, consumir en cada tiempo de comida un alimento de cada grupo, es decir, una proteína, un carbohidrato y una grasa. Esto se puso en práctica mediante un plan de alimentación o con la herramienta “Mi Plato Saludable”. También se contempló la actividad física, donde la recomendación fue realizar al menos 30 minutos de actividad física al día o bien 150 minutos por semana. Se hizo énfasis en que el tratamiento nutricional sólo tendría beneficios si se combinaba con el tratamiento farmacológico, por lo que era importante que tomaran su medicamento y siguieran las recomendaciones nutricionales.

Cuando se presentaban personas con hipertensión (HTA), se seguía la misma lógica que con la diabetes, debido a que el objetivo principal para nosotras era lograr el control de la enfermedad. Antes de realizar recomendaciones, se aseguró que el paciente tuviera toda la información importante respecto a su enfermedad. Al identificar que la información que tenía el paciente sobre HTA era insuficiente, se brindó orientación nutricional; se explicó la importancia de limitar el consumo de sodio en la comida, sobre todo el proveniente de alimentos industrializados que también lo utilizan como conservador bajo los nombres de: sal yodada, glutamato monosódico, citrato de sodio, propionato de sodio, etc., así como las repercusiones del consumo de tabaco en la salud; se recomendó moderar el consumo de

caféina, aumentar el consumo de potasio mediante frutas, verduras y leguminosas, consumir cereales integrales y ácidos grasos no saturados, preferir especias o hierbas de olor para intensificar el sabor y consumir menor cantidad de proteína animal. También se recomendó realizar actividad física siempre y cuando lo consultara con un médico y su presión arterial estuviera controlada, ya que podría representar un riesgo para la salud del paciente. Además, se recomendó evitar o limitar el consumo de alcohol a no más de 2 copas al día, así como tener una buena higiene del sueño. De igual forma, se recalcó que era necesario tomar su medicamento para lograr las metas propuestas en la consulta.

En los casos donde se presentó dislipidemia, se recomendó a las personas aumentar el consumo de fibra a través de frutas, verduras y leguminosas, disminuir el consumo de azúcares simples, evitar el consumo de alcohol y tabaco; disminuir alimentos bajos en grasa saturada y aumentar el consumo de grasas saludables; realizar actividad física y disminuir las actividades sedentarias. De igual forma se le recalcó al paciente la importancia de tomar su medicamento.

Ahora bien, cuando se presentaron las tres enfermedades o más, se tomaron en cuenta todas las recomendaciones que se sugieren para cada padecimiento, dando prioridad a lo que convenía comenzar a abordar lo más pronto posible de acuerdo con el estado de salud de la persona. Sin embargo, el proceso del tratamiento fue a largo plazo y se avanzó con las metas respetando la autonomía del paciente.

El seguimiento o monitoreo se llevó a cabo en consultas subsecuentes, donde se indagó en qué medida la persona se apegó a las recomendaciones, metas o cualquier otra intervención. Cabe señalar que se mencionó que la atención nutricional, sin importar el motivo de consulta, es un proceso que requiere de tiempo y esfuerzo, en especial cuando se trata de cambio de hábitos y control de enfermedades crónicas, por lo que esperar cambios o avances a corto plazo sería poco alentador para el/la paciente. Por ello se brindó seguimiento de manera frecuente, es decir, entre la primera y segunda consulta pasó 1 semana, y entre la segunda y tercera 1 o 2 semanas para poder vigilar el avance del paciente.

Organización de las consultas del proyecto específico sobre Alimentación Intuitiva

Población y lugar de estudio

Para este proyecto se realizó una convocatoria a través del correo institucional de la UAM-X y de las redes sociales de la universidad (Instagram y Facebook), en la que se invitó a participar a la comunidad universitaria y a personas externas en un programa en línea gratuito de "Alimentación Intuitiva para incrementar el bienestar a través del autocuidado, la

alimentación y el movimiento”. A los y las interesadas se les pidió que enviaran un correo electrónico a los correos institucionales de las pasantes.

Posteriormente, se realizó una base de datos en la que se agregó el nombre de la persona, mensaje del correo y el correo electrónico para contactarlos. Cada pasante contactó a 40 personas a través de un mensaje de correo electrónico, en el que se presentaron y definieron la fecha y hora de la reunión, así como la plataforma virtual en la que se llevaría a cabo. También se pidió que llenaran el cuestionario preconsulta que contiene 9 preguntas sobre datos personales y su motivo de consulta. De igual forma, se adjuntó el consentimiento informado en el que se pide la autorización para grabar las consultas con el objetivo de identificar aspectos que pueden mejorar durante la atención nutricia y para poder transcribir, en caso de ser necesario, las experiencias que las y los pacientes comparten y son importantes para este proyecto. Además, se garantizó en todo momento la confidencialidad de la información; la autorización para la grabación fue completamente voluntaria y las personas que no autorizaron no tuvieron repercusiones en la calidad y tiempo de la atención brindada. Es importante mencionar que, de todas las personas contactadas, a las que se les dio consulta y seguimiento fueron 36 pacientes de entre 18 y 59 años.

Los criterios de inclusión fueron:

- Pacientes con un historial de dietas fallido
- Pacientes que aceptaran participar en el programa de Alimentación Intuitiva
- Pacientes que desearan mejorar sus hábitos alimenticios, realizar actividad física y/o mejorar su relación con la comida
- Pacientes con una preocupación excesiva por su imagen corporal
- Pacientes con sobrepeso u obesidad que quisieran baja de peso
- Pacientes con enfermedades no transmisibles (DM y HTA)

El criterio de exclusión fue:

- Pacientes que no aceptaran participar en el programa de Alimentación Intuitiva

Previo a este proyecto, las pasantes del Laboratorio de Nutrición y Actividad Física (LNAF) fueron capacitadas en el taller de Alimentación Intuitiva impartido por la Mtra. Diana Pérez Salgado a través de la plataforma Zoom. El taller tuvo una duración de 4 meses, desde el mes de septiembre a diciembre del 2021.

Componentes de la intervención

El abordaje de las consultas fue como se describió en la sección anterior, utilizando los elementos del PAN y la Guía Calgary Cambridge. A diferencia de las consultas generales, las de este proyecto no sólo se centraron en el aspecto nutricional, sino también en la mejoría o desarrollo de la autocompasión, el autocuidado, y el movimiento físico. La intervención se

realizó de acuerdo con cada paciente, pero en la mayoría de los casos la primera herramienta que se utilizó fue el formato “Conociendo tu hambre y saciedad” (Ver anexo 1) para el reconocimiento y/o recuperación de las señales fisiológicas de hambre y saciedad, pues en función del registro que realizaron los pacientes en este formato, las nutriólogas decidieron qué era más conveniente hacer en ese momento. También se utilizaron otros materiales, como: “Conociendo y replanteando tu diálogo interno”, “Tu historial con las dietas”, “¿Cómo ha interferido en tu vida hacer dieta?”, “¿Cuáles son los beneficios personales de dejar de hacer dieta?”, “Mi plato saludable” y prácticas de atención plena.

Para cultivar la autocompasión se utilizó el cuestionario “¿Cómo tratarías a un amigo?” de la psicóloga Kristin Neff, el cual fue adaptado por Tribole y Resch y llamado “Cultivando autocompasión” (Ver anexo 2). Dicho cuestionario contiene 6 preguntas en las que se invita a las personas a reflexionar sobre cómo se tratan a sí mismos en situaciones difíciles, así como las diferencias que existen cuando compadecen a alguien que aprecian y se encuentra en una situación similar a la suya.

Con el fin de evitar los juicios a sí mismos y mejorar el diálogo interno negativo. Se utilizó el cuestionario “Conociendo y replanteando tu diálogo interno” (Ver anexo 3) para apoyar a los pacientes a mejorar las conversaciones que tienen consigo mismos a partir de distintos escenarios en los que se pide que imagine que está pasando por determinada situación, ya que, es importante la continua reflexión sobre cómo se siente, qué se diría, cuáles son sus emociones, sentimientos y pensamientos para que el diálogo interno cambie progresivamente.

También se utilizaron prácticas de atención plena. El material de apoyo que se utilizó fue la serie de Netflix “Guía Headspace para la meditación”, un documental animado de 8 capítulos y de 25 minutos dirigido por Devin Clark. El objetivo de esta guía es acercar al espectador a los beneficios de la meditación a partir de técnicas y meditaciones guiadas para comenzar la práctica e incluirlas en la vida diaria, además es explicada por Andy Puddicombe, monje budista, escritor y cofundador de la aplicación Headspace, el cual marca el camino con historias personales y consejos.

También se utilizó el video de Youtube “Meditación para principiantes. 6 minutos” (Vínculo: <https://www.youtube.com/watch?v=IShkpOm63gg>) el cual consiste en centrar la atención en la respiración desde una postura de pensamiento neutral, sin juicios, reconocimiento de los pensamientos. Debido a su baja dificultad, puede utilizarse en personas que no tengan experiencia con la meditación.

De igual forma se utilizó una adaptación realizada por Victoria Lozada y Stefy de Fernández de “Esto es nutrición” de la técnica cognitivo-conductual STOP, que consiste en detener los pensamientos negativos que generan malestar emocional para sustituirlos por otros mejores

y más adaptativos a la hora de consumir alimentos. Esta técnica consta de los siguientes pasos:

- a) **Respirar:** respira al momento de ingerir alimentos, de preparar la comida e incluso al realizar las compras. Esto te permitirá estar en el presente.
- b) **Observa:** si estás comiendo, observa tu plato y piensa ¿Cómo te sientes?, ¿Qué necesitas? ¿Tienes mucha hambre? O ¿Estás satisfecha? Si no es así, observa lo que estás haciendo en ese momento.
- c) **No juzgues:** luego de observar, intenta no juzgar lo que estás consumiendo o haciendo, si llegan pensamientos como ¡Uy, me serví mucha comida! (¿Según quién?) Sólo déjalos pasar. Suéltalos.
- d) **Saborea:** después saborea, disfruta la comida, ¿Está rico? ¿Está salado? ¿Dulce? O acaso ¿Está picante? ¿Quieres repetir? Esto te ayudará a disfrutar tu comida y a que las señales de hambre lleguen efectivamente.
- e) **Repite:** por último, repite cada vez que comas, prepares comida o al realizar las compras. Así tengas poco tiempo para comer, puedes hacerlo.

Para promover hábitos saludables se utilizó “Mi Plato Saludable” como una guía para explicar los grupos de alimentos principales (frutas y verduras, cereales y tubérculos, y proteínas) y aquellos que deben consumirse con moderación (Azúcares y grasas). Dicho plato fue creado por Karla Paola Herrera Pasos y Sharon Estefanía Siurob Bárcenas (Herrera y Siurob, 2021) pasantes del Laboratorio de Nutrición y Actividad Física y está basado en el “Plato del bien comer” guía de alimentación que forma parte de la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005 la cual establece criterios para la orientación nutritiva en México. Así como de “*My plate*”, guía de nutrición del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos.

Los principios orientativos de Mi plato Saludable señalan que en cada comida principal se incluyan los tres grupos de alimentos y que las colaciones, en caso de realizarlas, se enfoquen en los grupos que no se han integrado en otros tiempos de comida sin importar la cantidad, pues esto depende de las señales de hambre y saciedad de cada paciente. Además, se recomienda darle prioridad a la proteína vegetal (leguminosas, semillas, oleaginosas) por encima de la proteína animal (carnes, lácteos). También se prioriza el consumo de cereales integrales y grasas saludables (aceites vegetales, aguacate, aceitunas), y se recomienda consumir una cantidad moderada de azúcares.

En cuanto a los pacientes, aunque la experiencia de cada persona fue diferente y única, se identificaron cuatro grupos de pacientes: 1) Personas con historial de dietas que no lograron perder peso y buscaban un tratamiento con un enfoque diferente al tradicional (dietas restrictivas), y personas con sobrepeso y obesidad que han sido estigmatizadas por su peso y buscaban perderlo; 2) Personas que a pesar de hacer dietas y no ver avances seguían

interesadas en un plan de alimentación, y personas con peso normal que buscaban perder peso; 3) Personas que buscaban mejorar su relación con la comida y dejar de sentir culpa al comer lo que les gustaba, así como sentirse bien consigo mismas física y emocionalmente; 4) Personas que compartían los intereses de los pacientes del segundo grupo (hacer dietas restrictivas), que aceptaron trabajar bajo el enfoque de alimentación intuitiva, pero que no volvieron para una segunda consulta. A continuación, se describe el abordaje de cada uno de estos grupos.

En el primer grupo de pacientes (aquellos con un historial de dietas que no habían bajado de peso y que buscaban un nuevo enfoque de tratamiento, y en los pacientes con sobrepeso y obesidad que estaban interesados en perder peso), la primera consulta fue destinada a obtener información sobre su historial de dietas. Se exploraron, entre otras cosas, las desventajas de las dietas restrictivas para perder peso, así a partir de su propia experiencia concertaban que las dietas no eran el mejor tratamiento. Posteriormente se avanzó con el registro de la escala. En la siguiente consulta se revisaron los registros, ya que, la consulta se abordó en función de los aspectos que el paciente identificó. Este seguimiento se llevó a cabo en dos o tres sesiones más, dependiendo de cada caso. En los casos donde se identificaba un diálogo interno negativo con respecto a la alimentación o al tamaño del cuerpo se propuso trabajar con la herramienta “Conociendo y replanteando mi diálogo interno”, la cual invita a cambiar este diálogo y a cultivar la autocompasión. Cuando las personas expresaron dudas o inquietudes respecto a su alimentación, especialmente sobre cuáles se recomendaba consumir más, la nutrióloga propuso la herramienta “Mi plato saludable”, la cual fue una guía de alimentación que promueve el uso de sus señales corporales de hambre y saciedad. Cabe mencionar que cada caso fue diferente y para tomar una dirección con cada paciente se tomó en cuenta su historia personal, sus avances y/o dificultades que pudiera presentar en el proceso.

En el segundo grupo de pacientes (aquellos interesados en un plan de alimentación a pesar de hacer dietas y no ver avances, y personas con peso normal que buscaban perder peso), la primera consulta se centró en obtener información sobre todas las dietas que habían realizado, desde la edad en la que comenzaron a hacerlas, los motivos que tuvieron para seguirlas, quién realizó la intervención (doctor, nutriólogo (a) o por cuenta propia), qué alimentos dejaron de consumir, qué cambios vieron en su cuerpo, cómo se sintieron física y emocionalmente durante estas, cuánto tiempo la hicieron, y cuáles eran sus motivos para llevar un nuevo plan alimenticio.

Debido a que las pacientes sentían que habían fallado en las anteriores dietas porque no se habían esforzado lo suficiente, se propuso trabajar con los formatos “Tu historial con las dietas”, “¿Cómo ha interferido en tu vida hacer dieta?” y “¿Cuáles son los beneficios personales de dejar de hacer dieta?” con la finalidad de profundizar en sus experiencias y

que, a partir de estas, reflexionaran sobre si un plan de alimentación era la mejor intervención. En la segunda consulta se discutió como las dietas habían deteriorado su salud emocional, su salud física y sus relaciones interpersonales. Se habló sobre los beneficios que podrían tener al dejar de restringir la comida y disfrutar de los alimentos, además de realizar actividades que incrementaran su bienestar, por lo que, al estar conscientes de que un nuevo plan de alimentación sería perjudicial para su salud, se definió que la intervención sería con el enfoque de alimentación intuitiva.

Posteriormente, se avanzó con el registro de la escala de hambre y saciedad; en algunos casos este registro se llevó durante 3 semanas (entre la tercera y cuarta consulta), ya que, el identificar las sensaciones físicas y prestar atención a las conductas o patrones alimentarios fue un proceso que requirió tiempo. Las consultas posteriores se centraron en el abordaje de los aspectos que las pacientes registraron que podrían mejorar. Además, cuando se identificó que en su diálogo interno existían juicios y críticas respecto a la cantidad de alimentos que consumían o a su imagen corporal, se trabajó la herramienta “Conociendo y replanteando mi diálogo interno” para poder cambiar estos pensamientos por unos más neutrales, objetivos y amables.

El avance de las pacientes con el reconocimiento de sus señales de hambre y saciedad, y el constante refuerzo de sus pensamientos compasivos, dieron las pautas para utilizar la herramienta “Mi plato saludable”, ya que tenían dudas sobre cómo llevar una alimentación equilibrada. Por lo que se explicaron los principios orientativos de este formato, los cuáles señalan que en cada comida principal se incluyan los tres grupos de alimentos y que las colaciones, en caso de realizarlas, se enfoquen en los grupos que no se han integrado en otros tiempos de comida, priorizando frutas, verduras, cereales integrales y proteína vegetal (leguminosas, semillas, oleaginosas). Cabe señalar que en todo momento se hizo énfasis de que las cantidades dependían de sus señales de hambre y saciedad, ya que esto no era una dieta o un plan que debieran seguir al pie de la letra.

En el tercer grupo de pacientes (aquellos que buscaban mejorar su relación con la comida y dejar de sentir culpa al comer lo que les gustaba, o sentirse bien consigo mismos física y emocionalmente), la intervención fue más directa que en los demás casos, pues estaban conscientes de que realizar dietas había repercutido negativamente en su salud.

Durante la primera consulta se comenzó con el registro de la escala de hambre y saciedad para identificar si estaban conectados a estas señales y en qué situaciones sentían culpa al comer. Debido a que se identificó que aumentaba la culpa cuando creían que habían comido más de lo “necesario”, cuando consumían alimentos denominados como “malos” y que el estrés de sus actividades diarias influía en su alimentación, las consultas posteriores fueron orientadas a mejorar su relación con la comida, quitar la dicotomía de alimentos “buenos” y “malos” y disminuir el estrés. Por lo tanto, se presentó la herramienta “Mi plato saludable”,

haciendo énfasis en que no era una dieta con alimentos prohibidos o etiquetados como “malos”, sino una guía que brinda información sobre cómo llevar una alimentación equilibrada sin etiquetas o restricciones, pues no hay alimentos buenos o malos, simplemente hay alimentos más saludables que otros y la cantidad de estos está determinada por las señales de hambre y saciedad.

De la misma forma, se realizaron prácticas de atención plena utilizando distintos recursos; algunas veces fueron guiadas por las nutriólogas y otras se utilizaron videos de Youtube. En otras ocasiones se recomendó ver la serie de Netflix *Guía Headspace para principiantes*. Incluso, se recomendó utilizar la técnica STOP en aquellos casos donde sintieran que no podían concentrarse en disfrutar los alimentos. De igual forma, para poder saber cuánto había cambiado su relación con la comida o en todo caso identificar aquellos aspectos en los que se tenía que dedicar más tiempo, se propuso abordar la herramienta “Conociendo y replanteando mi diálogo interno”.

Intervención para proponer conciencia interoceptiva en la alimentación

Se utilizó la escala “Conociendo tu hambre y saciedad”, la cual es una adaptación realizada por la Mtra. Diana Pérez Salgado y el Dr. Luis Ortiz Hernández (asesores del proyecto) y las pasantes a cargo Marilu Reyes Machuca y Xareni Ramírez Pérez, sobre la “Escala de hambre y saciedad” del programa Be Nourished y el “Hambrómetro” propuesto por Jan Chozen Bays y Char Wilkins en su programa *Mindful Eating-Conscious Living*.

Para poder verificar su factibilidad, se realizó una prueba piloto en la que participaron 13 estudiantes de noveno trimestre de la Licenciatura en Nutrición Humana de la UAM-X, y se realizó un cuestionario con las siguientes preguntas:

1. ¿Qué te pareció la escala?
2. ¿Qué dificultades tuviste al llenarla?
3. ¿Identificas algo que se pueda modificar?
4. ¿Qué te pareció la explicación?
5. ¿Qué piensas de este ejercicio o con qué te quedas? ¿Hay algo que te gustaría hacer teniendo este ejercicio presente?

Después de aplicar la prueba piloto, el cuestionario y hacer los ajustes sugeridos de la escala “Conociendo tu hambre y saciedad”, se realizó el siguiente guion con el objetivo de mejorar la explicación de dicha escala durante la consulta, así como ser una herramienta para que otras y otros nutriólogos puedan utilizarla con sus pacientes.

El guion se divide en 3 partes; la primera parte contiene la introducción al ejercicio, la explicación de la escala y posibles escenarios que pueden aplicarse de acuerdo con cada paciente durante la primera consulta. La segunda parte tiene que ver con el abordaje durante

la segunda consulta, en el cual, de acuerdo con cada situación, deben indagarse las observaciones que el paciente haya detectado sobre su escala. Finalmente, en la tercera parte se encuentra un diagrama de flujo que apoya la toma de decisiones de las consultas de seguimiento y su respectiva explicación.

Los pasos para abordar el ejercicio “Conociendo tu hambre y saciedad” se describen en los siguientes apartados.

El objetivo de dicho ejercicio es que las personas desarrollen sensibilidad a sus señales de hambre y saciedad físicas e identifiquen en qué momentos es mejor para sí mismas comer y dejar de comer, desde una perspectiva neutral y libre de juicios. Dado que se trata de un ejercicio de autoconocimiento, las personas pueden ir identificando secundariamente las necesidades que están cubriendo con comida y tener elementos para atender sus necesidades de otras formas.

Su fundamento es que los humanos tienen mecanismos fisiológicos que les permiten regular el consumo de alimentos. Sin embargo, este mecanismo puede deteriorarse con situaciones de la vida. Por ejemplo, el involucrarse en dietas restrictivas o tener reglas alimentarias con frecuencia conlleva el ignorar la sensación física de hambre y; cuando las dietas “se rompen” suele ignorarse la sensación física de saciedad. La falta de horarios fijos para comidas también dificulta el identificar las señales ya que al dejar espacio amplio entre comidas hace que se desarrolle el mayor nivel de hambre. Además, la falta de identificación de emociones y sentimientos impide a su vez la atención de otras necesidades humanas (e.g. necesidad de descanso, de sentirse acompañado o escuchado), por lo que con frecuencia las necesidades suelen atenderse con comida. El comer en respuesta a emociones es algo natural, sin embargo, el atender todas las emociones con comida impide la atención y cuidado de otras necesidades, con lo cual tanto la salud física como el bienestar psicológico y las relaciones de una persona pueden verse afectadas.

Al comienzo del ejercicio se presentan posibles consignas que el nutriólogo o nutrióloga pueden comentar para evocar autocompasión: “Me permito ser merecedor/a de amor y respeto”, “Me permito ser amable conmigo mismo/a”, “Me permito aceptarme como soy y lo que siento”.

La primera parte del ejercicio consiste en invitar a la persona a identificar qué palabras o frases utilizas cotidianamente para describir que tiene mucha hambre o que ya está muy satisfecha/o. Del mismo modo se busca que identifique las sensaciones físicas que tienes cuando siente hambre y saciedad, como dolor estomacal, tensión o vacío. Al mismo tiempo se busca que la persona identifique diferentes grados o niveles de hambre y saciedad. En el formato hay espacio para 7 niveles. Sin embargo, no es necesario que se llenen los 7, sólo se completaran los que apliquen en cada caso.

Para comenzar la escala, es más sencillo identificar los extremos (el nivel máximo de hambre y el nivel máximo de saciedad). La siguiente pregunta puede ayudar a obtener esa información: ¿Qué palabras utilizas para describirlos? Esto puede ayudar a la persona a pensar en situaciones en las que haya sentido mucha hambre y/o se haya sentido muy satisfecha al terminar de comer. Este es un ejercicio que toma tiempo.

Si en ese momento el/la paciente no sabe cómo describir sus experiencias de hambre y/o saciedad, se puede ejemplificar con las siguientes palabras:

- Palabras o frases que pueden describir el nivel máximo de hambre: tengo mucha hambre, me muero de hambre, estoy muy hambriento/a, quiero comer mucho.
- Palabras o frases que pueden describir el nivel máximo de saciedad: me siento retacada, me siento muy lleno/a, siento que voy a vomitar, estoy abotagado/a, mal del puerco.
- Ser enfáticos en que estos son sólo ejemplos y comentar que no necesariamente aplicarán en su caso.
- También ser enfáticos en preguntar cuándo se sienten satisfechos/as (cuando comen qué, en qué momento, cuándo lo has logrado o cómo lo lograrías si es que aún no lo logras, etc.), ya que saciedad es algo físico y satisfacción es algo sensorial y psicológico.

Es importante comentarle al paciente que puede considerar el nivel intermedio como un punto neutro en el que haya resuelto el hambre sin sentirse demasiada/o satisfecha/o.

La segunda parte consiste en considerar las descripciones que la persona identificó y contestar una serie de preguntas que tienen la finalidad de explorar sus sentimientos, pensamientos o acciones en cada nivel de hambre y saciedad.

A continuación, se presentan algunas indicaciones de acuerdo con la situación de cada paciente:

1) Si el paciente no puede completar su escala o aún no puede construirla tanto porque no la entiende o porque ya no hay tiempo, se puede comentar lo siguiente: Si ahora no identificas tus señales de hambre y saciedad, durante los días que lleves el registro puedes identificarlas, anotar qué sensaciones físicas tienes en cada nivel y responder las preguntas para comentarlas en la próxima reunión.

2) Si el paciente construyó su escala, pero no pudo responder las preguntas tanto porque no las entiende o porque ya no hay tiempo, se pueden conversar en la siguiente reunión y mencionar lo siguiente: Si ahora no puedes responder las preguntas, durante los días que lleves el registro puedes identificarlas y se comentarán al término de esta semana.

Se hacía énfasis en recordar que la escala y las preguntas se trabajaría durante una semana, es decir, se empezaría a trabajar en la primera consulta y en caso de no concluir con dichas

actividades durante la reunión, corresponderían a una actividad que el paciente debe realizar durante una semana hasta la siguiente consulta.

En la segunda consulta, una vez terminadas las dos primeras actividades (la escala y las preguntas) y haber conversado sobre ellas, se puede pasar al llenado del formato, el cual nuevamente deberá registrarse durante una semana hasta la próxima consulta. Lo anterior siempre dependerá del progreso de cada paciente. Por ejemplo: Si el paciente construyó su escala y respondió las preguntas en la primera consulta, se puede dejar como actividad el llenado de formato durante una semana, hasta la segunda consulta.

3) En este paso, se pedía a la persona que con base en las descripciones que anotó en la escala, se le invitaba a contestar las siguientes 3 preguntas, durante una semana. En las preguntas 1 y 2, podría utilizar los números de su escala con el fin de identificar con cuánta hambre o saciedad empezaba y terminaba de comer. La pregunta 3, tiene como objetivo que la persona describa cómo se sentía física y emocionalmente al empezar y/o terminar de comer (principalmente experiencias no tan agradables).

El siguiente ejercicio era dejar como actividad el llenado de formato durante una semana, hasta la siguiente consulta. Se puede usar la siguiente explicación: “El archivo tiene 7 hojas, cada hoja corresponde a un día y lo ideal es que registres cada comida que realices, sin importar la cantidad que sea. Es importante que anotes la hora al inicio que consumes cada alimento o bebida (con formato de 24H)”.

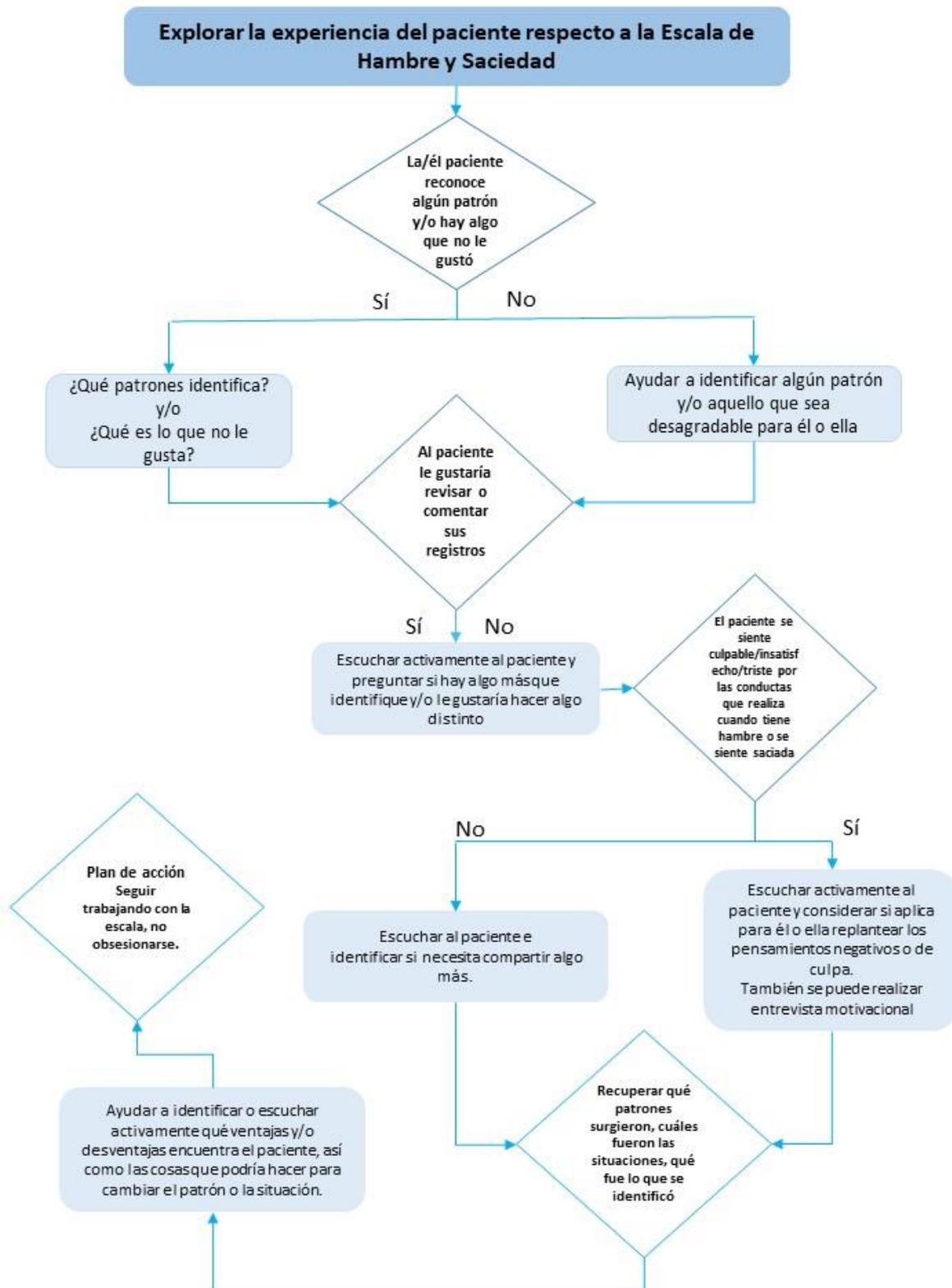
Antes de cerrar la consulta, debe indagarse qué tan fácil o difícil podría resultar completar la escala durante los 7 días haciendo énfasis que lo ideal es que lo registre inmediatamente después de haber comido. Las siguientes líneas se usarán según el caso que observe la/el nutrióloga/o:

Escenario 1: En caso de que la persona comente que completar la escala representa una dificultad porque no está acostumbrada a reconocer sus señales de hambre y/o saciedad, la/la nutrióloga/o puede emitir un mensaje donde se explique el reto o desafío que significa para muchas personas este ejercicio ya que como se explicó en el fundamento diferentes experiencias hacen que se pierdan la sensibilidad. Sin embargo, vendría bien reconocer que esto es un proceso y que lleva su tiempo.

Escenario 2: De igual forma, es importante hablar con el paciente sobre las facilidades o dificultades que pudiera tener para completar el formato todos los días, en caso de que no sea factible para ella o él, se deberá preguntar y definir qué días puede llevar el registro (según sea el caso, puede ser 3 o 4 veces a la semana).

Escenario 3: Para completar este formato se harán sugerencias que sean convenientes o que le hagan sentido a la persona; puede que para algunas personas sea más fácil llenar el formato en hojas impresas, antes o después de comer o, por el contrario, para otros será más sencillo llenarlo desde su teléfono móvil. Por ello, se realiza en función de cada persona.

En la segunda consulta, es necesario indagar si la persona tiene alguna observación respecto a la escala. Para esto las nutriólogas encargadas de este proyecto realizaron un diagrama de flujo que puede fungir como un apoyo en la toma de decisiones acerca de lo que ocurra en las consultas de seguimiento.



Cuando se realice la exploración de la experiencia del paciente respecto a la escala de Hambre y saciedad, el nutriólogo/a identificará si la/él paciente reconoce algún patrón y/o hay algo que no le haya gustado con respecto a la escala.

Si identifica algún patrón o algo que no le gustó, realizar las siguientes preguntas ¿Qué patrones identifica? y/o ¿Qué es lo que no le gusta? En caso de que la respuesta sea NO, el profesional ayudará a identificar algún patrón y/o aquello que sea desagradable para él o ella. Para los dos casos, preguntar al paciente si le gustaría revisar sus registros. Sea cual sea la respuesta es importante escuchar activamente al paciente y preguntar si hay algo más que identifique y/o le gustaría hacer algo distinto.

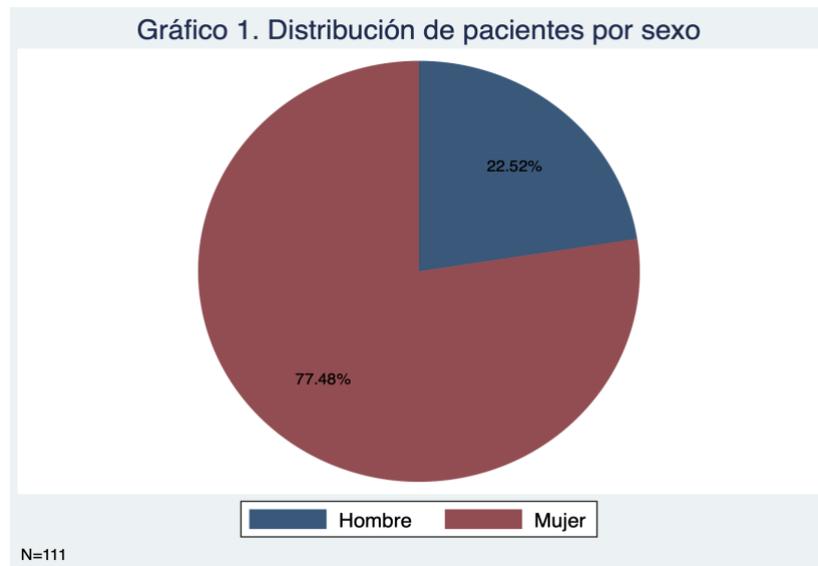
A partir de la anterior, identificar si el paciente siente culpa, se siente insatisfecho/a, triste o algún otro sentimiento/pensamiento por las conductas que realiza cuando tiene hambre o se siente saciado/a. Si se siente de alguna manera, escuchar activamente al paciente y considerar si aplica para él o ella replantear los pensamientos negativos o de culpa. También se puede utilizar otra herramienta como la entrevista motivacional. Cuando la respuesta sea NO, es fundamental escuchar al paciente e identificar si necesita compartir algo más. En los dos casos es importante recuperar que patrones surgieron, cuáles fueron las situaciones y qué fue lo que se identificó.

Posteriormente, el profesional ayudará a identificar o escuchar activamente que ventajas y/o desventajas encuentra el paciente, así como las cosas que podría hacer para cambiar el patrón o la situación.

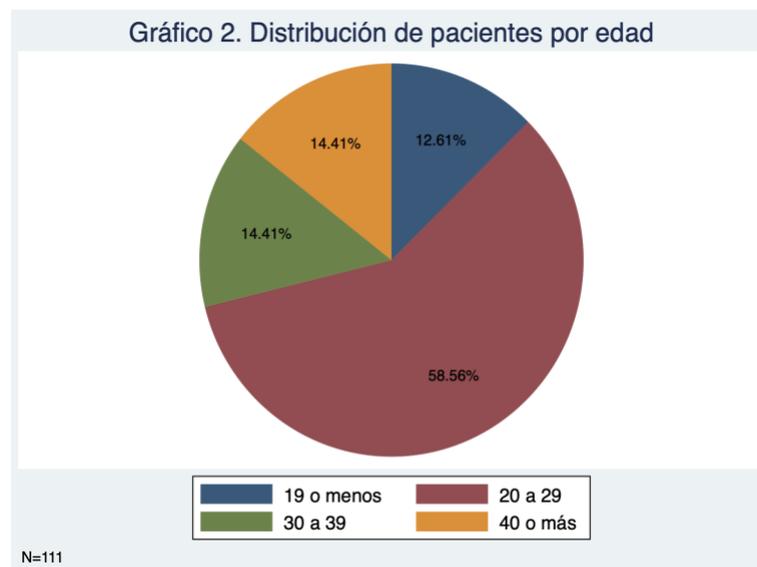
Como último paso, puede definirse junto con él/la paciente un plan de acción, o en todo caso, sólo se seguirá trabajando con la escala, haciendo énfasis que esto no es una regla y que eviten crear una obsesión con la herramienta.

OBJETIVOS Y METAS ALCANZADAS: ACTIVIDADES DE SERVICIO

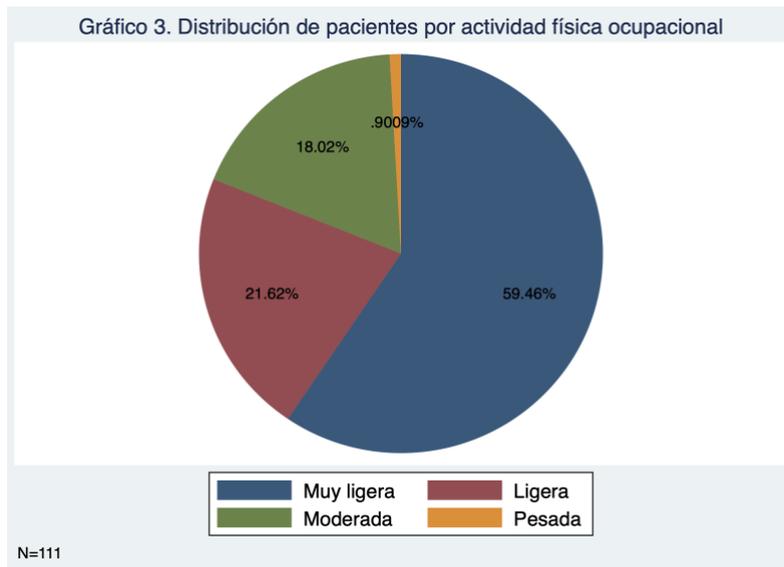
La gran mayoría de las personas atendidas en el Laboratorio de Nutrición y Actividad Física (LNAF) fueron mujeres (gráfico 1).



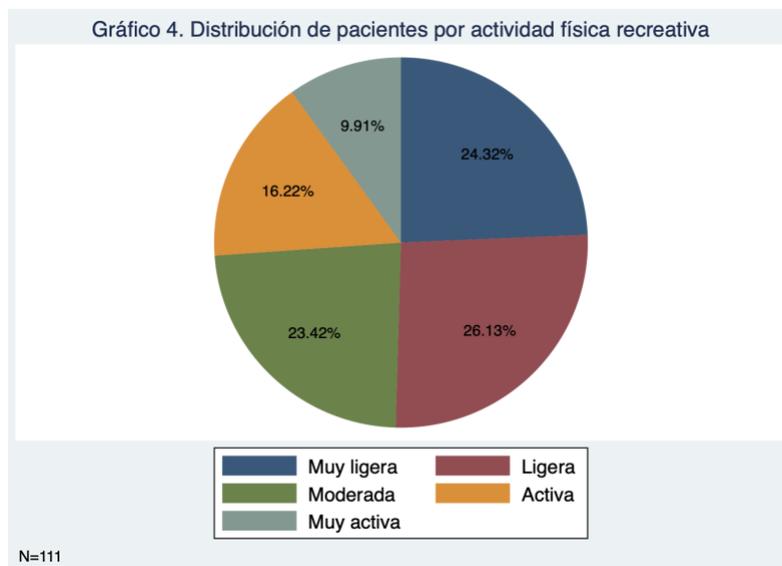
El grupo de edad que más predominó fueron jóvenes de 20 a 29 años (gráfico 2).



La mayoría de la población realizó actividad física ocupacional muy ligera, contrario a la actividad física ocupacional pesada, la cual raramente se realizaba (gráfico 3).

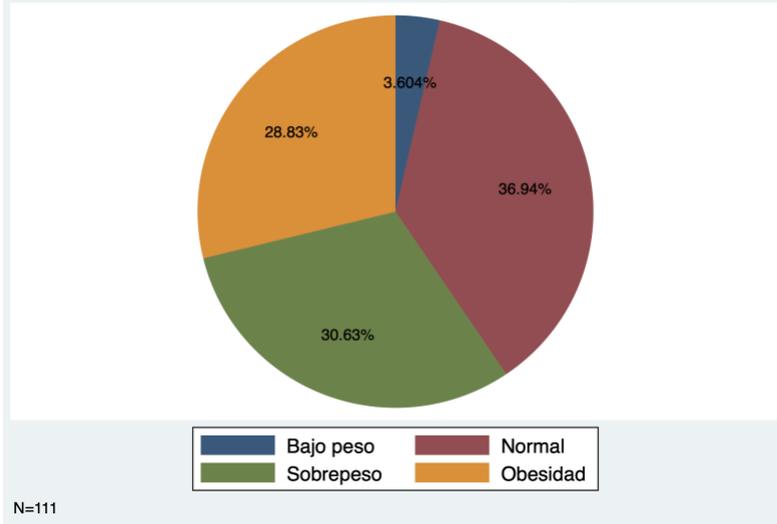


También se consideró la actividad física recreativa de cinco grupos; muy ligera, ligera, moderada, activa y muy activa. Una de cada 10 personas era muy activa en su tiempo libre (gráfico 4).



Un tercio de la población pertenecía al grupo de IMC normal y aproximadamente dos tercios presentaba sobrepeso y obesidad (gráfico 5).

Gráfico 5. Distribución de pacientes por IMC



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados del proyecto específico

En este capítulo se presentarán casos ejemplares que participaron en esta investigación. A lo largo de las consultas se observó que había pacientes que compartían características por lo que se decidió agrupar a las personas en tres grupos que se describieron anteriormente. Por esta razón describimos 3 casos que pertenecen a cada uno de los grupos. Sin embargo, se describe un caso más debido a que explica la vivencia de una persona que después de recibir una consulta nutricional decidió no regresar a las consultas.

El caso 1 representa a un grupo de personas que buscaban mejorar su relación con la comida y dejar de sentir culpa al comer lo que les gustaba, así como sentirse bien consigo mismas física y emocionalmente. Una de las características que tenía este caso, y que comparte con 3 casos más, es que su historial de dietas inició en la adolescencia, y a partir de las restricciones que tuvo con la comida (sobre todo de aquellos alimentos que catalogaron como “malos”) y el continuo refuerzo psicológico de que el sobrepeso y la obesidad eran motivo de vergüenza y burla, desarrolló culpa al comer e insatisfacción con su imagen corporal.

El caso 2 ilustra la experiencia de personas que a pesar de hacer dietas y no ver avances seguían interesadas en un plan de alimentación, manteniendo la ilusión de que algo estaban haciendo mal anteriormente y que en algún momento de su vida iban a lograr la meta de perder peso o alcanzar el cuerpo que siempre han querido.

El caso 3 es un ejemplo de las personas que han tenido un historial de dietas que no han logrado perder peso y buscan un tratamiento diferente al tradicional. A pesar de hacer dietas, se han dado cuenta que es complicado seguirlas a largo plazo y los beneficios son casi nulos. Este grupo de personas comparte la idea que las dietas han representado momentos difíciles en sus vidas, pues se sienten frustrados al no poder seguir algo impuesto por un profesional de nutrición. Sin embargo, terminan renunciando a las dietas, por lo que les interesa algo diferente a lo tradicional, algo nutricionalmente sostenible y sin juicios por parte de la propia persona y el profesional.

El ejemplo 4 es un caso simbólico de los pacientes que no volvieron para una segunda consulta a pesar de que aceptaron trabajar bajo el enfoque de alimentación intuitiva tras identificar que su relación con la comida y/o su percepción corporal no era buena.

Caso 1

Consulta 1 (28/01/2022): Mujer de 21 años, estudiante de psicología de la UAM-X. Sin condiciones médicas y antecedentes familiares de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo II (DM tipo 2).

Su historial de dieta comenzó a los 11 años cuando acudió a un centro de salud y le informaron que, de acuerdo con su IMC, tenía sobrepeso. Recibió tratamiento por parte de un nutriólogo del IMSS, el cual prescribió su primer plan de alimentación donde restringió calorías y le prohibió cenar con el objetivo de disminuir su peso. A consecuencia de esta dieta, sus papás dejaron de comprar su comida favorita, en especial dulces y frituras, aunque muchas veces los consumían delante de ella. Comentó que, a partir de esta experiencia, comenzó a pensar que los alimentos que le gustaban eran malos y que para estar saludable tenía que comer aquellos que le habían recomendado, como pescado y leche de almendras, aunque económicamente era complicado acceder a ellos y, cuando los consumía, no le permitían abandonar la mesa hasta que terminara de comer.

Actualmente le incomoda hablar sobre su peso, principalmente con su familia; cuando consume los alimentos que le gustan siente culpa porque considera que no debió hacerlo y menos en grandes cantidades. Sobre la consulta, esperaba no ser regañada o juzgada por lo que come y por sus hábitos alimenticios como cuando era niña. Quería que fuera un espacio de confianza en el que se pudiera expresar con sinceridad. Sin embargo, llegó con la expectativa de obtener un nuevo plan de alimentación que se adecuara a su estilo de vida, actividad física y presupuesto para mejorar su imagen corporal, principalmente por la idea de que un cuerpo delgado es un cuerpo saludable (idea implantada por la cultura de dieta).

Antes de seguir, se le comentó a la paciente que cuando restringimos alimentos, en lugar de olvidarlos están más presentes en la mente, que al percibirlos como “prohibidos” se reforzaba tanto el deseo o antojo por comerlos que cuando se consumían se hacía de manera abundante, pero que esto era algo que les sucedía a todas las personas que restringían sus alimentos, no solamente a ella. También se expresó la preocupación de que al darle un plan de alimentación se reforzara la idea de que tenía que cambiar su cuerpo y que, además, había alimentos prohibidos. A lo que la paciente comentó:

“Sí, justamente he tenido esa idea, de que debo cambiar mi cuerpo... bueno ahora no tanto, estaba más presente cuando me dieron el diagnóstico de sobrepeso y mis papás estaban tan preocupados diciéndome que si no quería que se burlaran de mí tenía que bajar de peso y... Bueno, de alguna forma me dio miedo pensar en eso y aunque fue un proceso difícil, pude bajar de peso. Desde entonces creo que me he mantenido en lo normal”.

Después se le preguntó por qué había sido un proceso difícil, y la paciente respondió:

“Fue difícil porque dejé de comer lo que me gustaba como los dulces, las frituras, la pizza, el KFC, las hamburguesas y los antojitos mexicanos; también recuerdo que antes no hacía mucho ejercicio, pero a partir de eso me metieron a clases de natación y luego llegaba con mucha hambre a mi casa, pero como ya

era tarde no podía cenar... mmm también recuerdo que en las reuniones familiares me preguntaban si quería un vasito de refresco y mi mamá gritaba desde la cocina que a mí sólo me dieran agua simple, aunque yo sí quería refresco... Igual mi lunch era pura fruta y verdura, y pues como niña se me antojaban las galletas de mis amigas pero no podía comer si me invitaban porque sentía que estaba cometiendo un pecado -jajaja- y cuando ya no me aguantaba el antojo, comía sin control y después de eso sí me sentía muy... triste... Creo que estas son las cosas de las que más me acuerdo porque se repitieron en muchas ocasiones”.

Posteriormente, se le comentó a la paciente que lo que había experimentado (restricción de alimentos y de energía, sentimiento de culpa, tristeza y comer descontroladamente) eran efectos de las dietas que no sólo habían repercutido en su salud emocional sino también en la percepción que tenía de ella misma, y que de hecho estos efectos estaban documentados científicamente y que eran parte de las razones por las cuales no se recomendaban los planes de alimentación.

Tras indagar en los motivos que la paciente tenía para querer llevar una nueva dieta, fue evidente que tenía miedo de recuperar el peso que había perdido, pero en todo momento se normalizaron sus emociones, se mostró empatía y se invitó a la reflexión con frases como:

“Es normal que te sientas así”, “Hay muchos factores que determinan el peso corporal de una persona y el tener cierto peso no precisamente quiere decir que no tengas salud, para eso hay que tomar en cuenta distintos aspectos y no guiarse sólo con el IMC” y “Tampoco está mal que te preocupes por tu salud, pero hay mejores formas de hacerlo y sin necesidad de arriesgar tu bienestar físico y emocional”.

La paciente comentó que esto le hacía mucho sentido y que no le gustaría volver a sentirse mal, por lo que se le propuso trabajar bajo el enfoque de alimentación intuitiva. Se explicó que este programa era una alternativa a las dietas restrictivas, con el cual se buscaba su bienestar a partir de la alimentación, movimiento y autocuidado, y que estos aspectos serían encaminados a lo que le hiciera sentir mejor, que no habría restricción de alimentos y que tampoco les pondríamos etiquetas, sino más bien que sería un apoyo para conectar con su cuerpo y decidir lo mejor para ella. También se hizo énfasis en que el cambio de peso no sería la meta del tratamiento, que, si bien podría existir, sólo era una posibilidad.

Finalmente, la paciente decidió trabajar con este enfoque, ya que deseaba mejorar su relación con la comida y dejar de preocuparse por su peso corporal, por lo que, el resto de la consulta se destinó a explicar el formato “Conociendo tu hambre y saciedad” y a construir su escala. De los siete niveles, la paciente reconoció cinco: dos niveles de hambre y tres de saciedad, y

aunque pudo comentar cuáles eran sus sensaciones físicas en cada uno, tuvo dificultades para recordar qué palabras o frases utilizaba para referirse a cada etapa, por lo cual sólo pudo describir dos niveles [uno de hambre (nivel 2): “Pensamiento de tener hambre” y otro de saciedad (nivel 5): “Pesadez”].

Debido a lo anterior, se le comentó a la paciente que no importaba si en esos momentos no podía recordar algunos aspectos, que iríamos trabajando a su ritmo en las consultas. La indicación para la siguiente reunión fue que prestara atención a sus señales de hambre y saciedad para poder completar y/o complementar su escala, ya fuera que detectara alguna otra sensación física o que tuviera alguna frase para describir sus experiencias al comer o al estar satisfecha. También se le pidió que comenzara a responder las preguntas que se encontraban debajo de la escala, ya que las comentaríamos en la próxima consulta.

Consulta 2 (04/02/2022): en la segunda consulta, antes de comenzar a ver el formato de la escala de hambre y saciedad, se le preguntó a la paciente cómo se había sentido al prestarle atención a sus señales durante esa semana y ella comentó:

“La verdad es que fue algo muy frustrante porque nunca me había detenido a pensar cómo estaba comiendo, ni cómo me sentía al comer y siento que fue algo muy revelador, aunque también algo incómodo, porque me di cuenta de cosas que no me gustaron y que a lo mejor sabía que estaban aquí, pero las había tratado de esconder... pero dentro de todo, esto lo vi como un pequeño logro”.

Con la finalidad de obtener más información sobre su experiencia realizando dicho ejercicio, se le preguntó si le gustaría compartir las cosas que no le habían gustado, y al aceptar, se revisaron conjuntamente sus registros. Respecto a la escala de hambre y saciedad, la paciente comentó que había intentado buscar frases para describir cada etapa, así como encontrar otros niveles de hambre y saciedad, sin embargo, no le fue posible y decidió no modificarla.

Por otro lado, se dio cuenta que había conductas que repetía cada que terminaba de comer, como levantarse de la mesa para distraer su mente cuando sentía que ya estaba satisfecha, porque si no, comería hasta sentirse mal. Entre las actividades que realizaba para distraerse eran lavar los platos y recoger la mesa. Las veces que llegó a su nivel máximo de saciedad identificó que su estado de ánimo cambió, se sentía triste, llena, con el cuerpo pesado, con mayor reflujo estomacal e iba al espejo a observar cómo se le veía la ropa. Además, reconoció que algunas veces le daban ganas de vomitar, pero no lo hacía por temor a que se convirtiera en un hábito. También comentó que para bajar la sensación de asco, tomaba agua en pequeños sorbos y trataba de moverse, pero algunas veces no le ayudaba y se quedaba con el sentimiento de culpa. Debido a esto, se realizaron las siguientes preguntas:

“¿Con todos los alimentos sientes culpa o hay algunos en específico?” y “¿Por qué razón sientes la necesidad de verte en el espejo cada vez que terminas de comer?”

Ella explicó que no sentía culpa con todos los alimentos, por ejemplo: si comía verduras incluso hasta llegar a su nivel máximo de saciedad, se sentía bien, pero si comía pizza, la culpa y las ganas de verse en el espejo aumentaban más. En cuanto a su necesidad de verse en el espejo al terminar de comer, dijo que lo hacía porque se sentía incómoda y pesada; sentía que su ropa le apretaba al grado de pensar que se había equivocado con la talla, aun cuando antes de comer se sintiera cómoda con lo que traía puesto, pero que esto también estaba relacionado con lo que consumiera (papas, hamburguesas, dulces, “garnachas”, etc.) y del tipo de ropa que estuviera usando (ropa ajustada).

Por otro lado, la paciente comentó que el nivel 2 era el mejor para comenzar a comer debido a que se mantenía consciente, es decir, podía escoger tranquila los alimentos que la hacían sentir bien y prepararlos. No sentía culpa, ni ansiedad. Comía tranquila y sentía que disfrutaba más la comida. De igual manera, compartió que el mejor nivel para dejar de comer era el nivel 3, ya que se sentía satisfecha; sin hambre, pero con un “huequito” para comer más. Comentó que en este nivel no sentía pesadez o la necesidad de verse en el espejo, simplemente sentía bienestar.

El objetivo de esta actividad era que la paciente identificara qué aspectos influían en sus sensaciones, pensamientos y conductas al comer o al terminar de hacerlo. Aunque fue evidente que tenía la creencia de que existían alimentos buenos y malos porque le prohibieron comer aquellos industrializados y preparados con cierta cantidad de grasa, y que, además, su familia reforzó esta idea de que si los comía iba a aumentar de peso y le harían “burla” o se pondría “fea”, causándole culpa y ansiedad al comerlos, se decidió que la intervención sería en función a los cambios que la paciente decidiera realizar. Por ello se le preguntó que, si de lo que había identificado, había algo que le gustaría hacer diferente y ella comentó:

“Sí, me gustaría no llegar al punto máximo de saciedad, porque me siento mal...”

Quiero comer estando en el nivel dos y terminar de hacerlo en el nivel tres.

También me doy cuenta que tengo implantado un chip que me hace catalogar a los alimentos como buenos y malos, y también me gustaría cambiarlo”.

Posteriormente, de los cambios que quería implementar se propuso trabajar primero con su mejor nivel de hambre y saciedad, y más adelante, de acuerdo con su avance, se trabajaría con la dicotomía de los alimentos buenos y malos. La próxima consulta veríamos sus registros de quince días en el formato de la escala, para identificar en qué niveles había comido, cómo se había sentido y si había presentado dificultades para implementar el cambio.

Consulta 3 (18/02/2022): al inicio de la tercera consulta, se le preguntó a la paciente cómo se sentía y si había podido llevar el registro de quince días sobre sus experiencias al comer y al terminar de hacerlo. Ella comentó:

“Estos días me sentí muy bien, con mucho entusiasmo, pero pienso que me fue más o menos porque aún se me dificulta prestar atención a mis señales y tengo la sensación de que debo esforzarme más”.

Para reforzar la idea de que es un proceso que lleva tiempo y que cualquier cambio, sin importar el tipo o el esfuerzo, es significativo, se le comentó a la paciente que era entendible que fuera difícil para ella sintonizar completamente con sus señales de hambre y saciedad, porque era la primera vez que estaba consciente de ellas, pero que con paciencia y práctica, sería más sencillo en el futuro. Además, también se le hizo la invitación a que pensara en sus experiencias con la comida de forma neutral y como una oportunidad para aprender de su cuerpo, independientemente de qué tan positivas o negativas fueran.

Posterior a esto, se revisaron sus registros en conjunto. De los quince días acordados, la paciente registró sus señales durante 7 días, es decir, una semana; la semana restante tuvo dificultades para realizar esta actividad debido a sus tareas escolares. Durante los días registrados, la paciente identificó que en cuatro de ellos, al llegar a su nivel máximo de saciedad (nivel 5: “Pesadez”) sintió culpa, dolor de estómago, tristeza y decepción por lo que había consumido. Explicó que al terminar de comer se decía así misma:

“Ya no hubiera cenado”, “Comí mucho” o “Ya me pasé”.

También comentó que en estos días comenzó a comer estando en su nivel máximo de hambre y que había consumido alimentos que percibía como “malos” (carne de cerdo, pizza, sushi y helado). En los siguientes tres días, señaló que había tenido una experiencia más placentera porque había comenzado a comer estando en el nivel 2 y terminó de hacerlo en el nivel 3. Dijo:

“En estos días vi un contraste enorme; cuando comí de manera más consciente lo hice despacio y terminé satisfecha, feliz, tranquila... me sentí muy bien conmigo, pero en los días anteriores donde comí pizza, carne de cerdo en salsa verde, cené Choco Krispis o me comí una nieve de La Michoacana, me sentí decepcionada de mí porque, a pesar de que tenía claro que no eran alimentos malos, o bueno, que no eran como yo los catalogaba, sí lo pensé de esa forma... y la verdad comí con culpa. Lo peor es que lo hice hasta que me sentí mal del estómago”.

Debido a esto, se le preguntó a la paciente qué había comido los días que se sintió feliz y tranquila. También se le pidió que comentara qué situaciones habían propiciado que comiera

estando en su mejor nivel de hambre (nivel 2) y, por el contrario, qué circunstancias se habían presentado los días anteriores que la llevaron a comer estando en su nivel máximo de hambre (nivel 1). Por lo que comentó:

“Los días que me sentí tranquila comí ensaladas, milanesa de pollo, sopa de fideos, picadillo... mmm... comí huevo a la mexicana, eh... comí unos platanitos fritos, de esos que parecen papas, pero tenían muy poco aceite y lechera. También estuve comiendo melón, sandía, manzana... ya no me acuerdo qué otra cosa comí, pero en sí, todo fue muy casero y fresco... y bueno, en estos días comí estando en mi nivel 2 porque tuve la oportunidad de estar en mi casa para cocinar los alimentos y escogerlos”.

“En los demás comí con muchísima hambre porque salí y no desayuné bien, pero siendo sincera, tenía mucho antojo de comer sushi y pizza, así que entre que tenía hambre, antojo, estaba en la calle y estaba buscando algo barato, terminé comiéndolo -jajaja-. Oh, algo que pasó también fue que algunas veces me quedaba con hambre y obvio pensaba que no debía comer más porque ya me había pasado con la comida, pero al final terminaba cenando, y si ya me sentía mal por comer tanto, ahora me sentía peor, no sólo por el dolor de estómago sino también por remordimiento”.

Con la finalidad de que la paciente identificara aquellos aspectos que podrían mejorarse o evitarse, se le comentó que pasar largos periodos de tiempo sin comer provocaba que aumentara el apetito, debido a la disminución de glucosa en sangre, y que por ello era importante no pasar mucho tiempo sin comer. Además, nuevamente se enfatizó que tener antojo de ciertos alimentos era algo normal, especialmente cuando se restringen o se clasifican como “buenos” y “malos”. De igual forma, se le comentó que la sensación de hambre aparece porque el cuerpo necesita energía, de manera que, si tenía deseos de comer algo o no había quedado satisfecha, lo mejor sería no ignorar dichas señales e ingerir alimentos sin importar en qué horario aparecieran.

A partir de lo anterior, la paciente comentó:

“Me hace mucho sentido esto que dices porque los días en los que me sentí tranquila, me di el tiempo de desayunar y no pasé mucho tiempo sin comer, de hecho, creo que comí tres horas después, pero no me sentía con ansias por comer como en los otros días... También ahorita que lo pienso eso de los antojos es muy cierto porque, por decir, hace tiempo que no comía plátanos fritos, pero cuando los comí, a pesar de que yo creo que no son tan saludables

como comer un plátano normal, sin aceite ni nada, me sentí bien, los disfruté mucho y tampoco sentí culpa por hacerlo.

Donde de plano si dije: ¡Chin, no debí comer! fue cuando cené, pero... ahorita escucharte decir que, si tenía hambre, comiera, me hizo sentir aliviada. No sé, es una sensación bonita porque tenía mucho miedo de venir a consulta y que me regañaran por comer o me prohibieran hacerlo, pero ahora siento confianza de que no sea así”.

Posteriormente, tras conversar sobre los aspectos que habían influido en sus experiencias a la hora de comer y dejar de hacerlo, se le preguntó a la paciente si había algo que quisiera mejorar o evitar. Se le cuestionó si consideraba oportuno seguir realizando el registro de sus señales de hambre y saciedad, y ella respondió:

“Bueno, primero que nada, sí me gustaría seguir llevando el registro de mis señales de hambre y saciedad, porque aún no las reconozco del todo; también ahora que me di cuenta que pasar mucho tiempo sin comer influye en cómo me siento, pues voy a intentar comer bien, sobre todo cenar... eh, también me gustaría poder comer sin remordimiento lo que me gusta y... pues creo que eso sería lo que me gustaría mejorar por ahora.”

Dicho esto, se planeó en conjunto un plan de acción para poder llevar a cabo los cambios que la paciente quería implementar. Primero se identificaron las dificultades que podrían presentarse en el proceso e impedir el cambio: no estar en casa para preparar sus alimentos; levantarse tarde y no tener tiempo para desayunar; percibir que comió mucho de ciertos alimentos o que si come más está mal, y no tener tiempo para registrar sus señales por las tareas escolares.

Por otro lado, para superar los obstáculos mencionados y garantizar que se realizaría lo acordado, se planeó lo siguiente: durante 15 días pondría atención a sus señales de hambre y saciedad, de los cuales 8 días (de lunes a jueves) haría el registro en el formato por las noches, al término de sus actividades escolares. Se acordó que en caso de que fuera a salir de casa, prepararía comida un día antes para poder llevar en un tupper, o se levantaría más temprano para desayunar y evitar pasar mucho tiempo sin comer. También se acordó que se daría el permiso incondicional de comer sin importar en qué momento del día sucediera o lo que haya comido antes, prestando atención en todo momento a sus señales de hambre o saciedad.

Consulta 4 (04/03/2022): en la cuarta consulta la paciente tuvo un avance considerable. Como era habitual, antes de revisar el formato se le preguntó a la paciente cómo se había sentido esos días llevando el registro. Ella compartió:

“Vaya, pues, ¿Por dónde empezar?, estoy muy feliz con lo que pude lograr estos días. Me sentí muy bien y pude ver un cambio de 180° en todo; vi el cambio en mi ánimo, en mis decisiones a la hora de comer, en mi relación con mi cuerpo.... Ahora sí puedo decirte que fueron contados los días en los que tuve una experiencia no tan... bonita... pero no te miento, quise confiar en mí y me esforcé mucho en conectar con mis señales, traté de realizar el registro y cumplir con los cambios que me propuse, y eso me hace sentir satisfecha.

Como dirían por ahí: no es mucho, pero es trabajo honesto”.

A partir de lo anterior, se le pidió a la paciente que comentara más sobre su experiencia; se le preguntó qué dificultades se habían presentado para realizar los cambios acordados, los que le fueron sencillos realizar, si había notado algún patrón nuevo o si había modificado su escala. De los 8 días acordados, en todos pudo registrar sus niveles de hambre y saciedad, así como sus sentimientos, pensamientos y los alimentos que consumió. En 6 de los días registrados, la paciente consumió alimentos estando en su mejor nivel de hambre (nivel 2) y terminó de comer en su mejor nivel de saciedad (nivel 3). Entre los alimentos que consumió en estos días se encontraban: tostadas de tinga, hamburguesas de pollo, galletas Chokis, cereal Choco Krispis, tortas de atún, tacos dorados, barbacoa, sopa de fideos, papas fritas, donas Krispy Kreme, arroz, enchiladas, pollo rostizado y ensaladas de verdura. De acuerdo con la paciente, estos días no sintió tristeza, decepción, culpa o remordimiento, a pesar de haber consumido alimentos que consideraba “poco saludables”, ya que, al comenzar a comer tranquila (nivel 2) pudo disfrutar los alimentos sin llegar a comer en exceso. Además, también despertó temprano para desayunar antes de realizar sus actividades.

Por otro lado, en los días restantes, la paciente registró haber consumido alimentos estando en su nivel máximo de hambre (nivel 1) y haber terminado de hacerlo en su nivel máximo de saciedad (nivel 5). Entre los alimentos que consumió se encontraban pizza, carnitas, choriqueso, sincronizadas y ensaladas, además, pasó periodos largos sin comer debido a que no le fue posible desayunar o preparar un recipiente con alimentos porque tenía que salir de casa. Comentó que cuando pudo hacerlo, comió de forma apresurada y estresada. Cabe señalar que esta vez se hizo presente el sentimiento de culpa y arrepentimiento por no haberse guiado por sus señales de hambre y saciedad, y consumir alimentos que consideraba poco saludables. Debido a esto, se le recordó que la alimentación intuitiva no era un proceso lineal, que era algo que necesitaba tiempo, paciencia y variaciones para poder conectar consigo misma, por lo que cada paso que estaba dando era sumamente importante para su desarrollo.

Posteriormente, se acordó con la paciente que seguiría realizando el registro de sus señales de hambre y saciedad durante 20 días, pero sólo en los que sus experiencias fueran

incómodas. También se propuso evitar largos periodos sin comer, levantándose temprano para desayunar o llevando comida cuando saliera de casa. De igual forma, se acordó que se daría permiso incondicional de comer en todo momento, sin importar la hora en la que sintiera hambre o los alimentos que consumiera.

Esta consulta fue la última que se tuvo con la paciente.

Caso 2

Consulta 1 (10/01/2022): Mujer de 30 años. Estudiante de licenciatura en la UAM-X. Presenta síndrome de intestino irritable, dispepsia, depresión y ansiedad. Su motivo de consulta fue cambiar hábitos alimenticios y mejorar la actividad física para poder bajar de peso. Un acontecimiento importante para ella y de lo que depende mucho su alimentación es la separación de su pareja. Debido a que cuando vivía con esa persona consumía alimentos que para ella eran considerados como alimentos malos o que engordan. Sin embargo, la separación de su pareja también impactó negativamente en su salud mental. Actualmente se encuentra en terapia psicológica. A los 28 años se sometió a una dieta restrictiva, con la cual experimentó un ciclo de pérdida y ganancia de peso de 10 kg. Acostumbra a restringir ciertos alimentos (pan de dulce, bebidas azucaradas, pizza, hamburguesas, helado, chocolate, papas fritas, galletas, “garnachas”) todos los días. Sin embargo, cuando sale con amigos se permite consumir los alimentos que restringe y eso la hace sentir culpable:

“Me siento mal, me siento culpable”

Posteriormente, como un acto compensatorio omite la cena o el desayuno del próximo día. Uno de sus objetivos ha sido ser delgada. Sin embargo, no ha podido lograrlo. Esta idea fue influenciada por la frustración que surgió cuando trabajaba en una tienda de ropa al no poder usar tallas pequeñas de ropa, a causa de su peso.

En la primera consulta la nutrióloga planteó a la persona que la invitación consistía en participar en un enfoque no centrado en el peso, un enfoque diferente a lo tradicional, un enfoque más amable con ella misma, sin juicios, honrando su hambre y su cuerpo. Se le explicó a la persona que uno de los objetivos principales de este enfoque era poner en el centro su bienestar, antes de los kilogramos de peso corporal. Ya que, se ha visto que la preocupación excesiva por el peso corporal es contraproducente. Por lo tanto, su objetivo de perder peso no podría ser tomado en cuenta en este momento. Sin embargo, se respetó su autonomía y fue ella quien decidió participar en el enfoque de la alimentación intuitiva, ya que, estaba interesada en mejorar la relación con su alimentación y quería descubrir cómo le iba con un nuevo enfoque, poniendo en pausa la idea de la pérdida de peso.

Posteriormente, la nutrióloga presentó la escala “Conociendo tu hambre y saciedad”. La persona creó su escala, describiendo cuatro niveles o etapas de hambre. El nivel máximo de hambre lo describió como “Tengo mucha hambre” con una sensación física de “hueco en el estómago”, el siguiente nivel lo describió como “Ya vamos a comer” con una sensación física de “Me gruñe el estómago”, el tercer nivel de hambre lo describió como “Ya va haciendo hambre” acompañado de sensaciones físicas como relajamiento y ligero debilitamiento, el cuarto nivel de hambre lo describió como “Que vamos a comer hoy” sin alguna sensación física solo porque tenía curiosidad. Los niveles de saciedad que describió la persona comenzaron a partir del número cinco con “Estoy satisfecha” y una sensación física de “Mi cuerpo se siente bien, con satisfacción por no comer más de lo que necesitaba”, en el nivel seis la persona lo describió como “Ya me llené” con una sensación física de “Me siento con el estómago muy abotagado”. Por último, el nivel siete lo describió como “Me arrepiento de hacerlo, ¿Por qué lo hice?” con una sensación física de “Abotagada, reflujo, siento que la comida se me va a regresar”.

La indicación para la siguiente consulta fue realizar un registro de siete días tomando en cuenta la escala de hambre y saciedad. Para ella fue sencillo contestar la escala de hambre y saciedad ya que se observaba con un lenguaje corporal neutro.

Consulta 2 (19/01/2022): En la siguiente consulta se indagó acerca de los patrones o incidencias que la persona identificó con ayuda del registro de la escala. Ella compartió:

“Tengo un problema en la forma que como, cuando siento que abuso de la comida luego luego siento el sentimiento de culpabilidad”. Cuando consume alimentos que son conocidos como “malos” (tacos, frituras, helados) se siente “abotagada” y con sentimiento de culpa. Por lo tanto, se realizaron las siguientes preguntas para obtener más información sobre qué ocurrió en esas ocasiones: ¿Qué sucede los días que te sientes “abotagada”? ¿Qué actividades realizas cuando te sientes así? ¿Con qué alimentos te sientes así? Los días que se sintió “abotagada” fue cuando salió de compras al mercado con su mamá “fue así de hoy no hay que cocinar, compramos algo en el mercado y tal vez pude haberme comido 3 tacos, pero ¡No! quise 4 tacos”.

La siguiente vez que se sintió “abotagada” fue cuando salió al cine:

“mi segundo alimento del día fueron unas papas, helado, y al final de ver las películas comí unas tostadas del Mercado de Coyoacán, llegando a casa usé el pretexto de que quería ver la televisión y para que no se quemaran dos cervezas que tenía en el refrigerador decidí tomármelas y acompañarlas con unas papas Sabritas. Me siento muy ansiosa al estar pensando en la comida, al siguiente día fue domingo y casi casi me obligue a pararme y hacer ejercicio, me

dije güey ayer te atascaste entonces hoy chingale con el ejercicio y sé que está mal que me hable de esa forma, pero son cosas que me están pasando ahorita.

Hoy cumpla 3 meses de vivir con mis papás otra vez, son 3 meses que he mejorado hábitos y he visto cambios en mi cuerpo con el ejercicio y alimentación, he bajado de peso, siento que comer de la forma que lo hago está mal. Siento que me estoy obsesionando con si ya comiste esto en la tarde ya no cenas, si ya comiste esto en el desayuno ahora le paras y ya nada más te toca esto en la comida, siento que esto no está bien”.

La propuesta a todo esto fue invitar a la persona a pensar de manera diferente respecto a los alimentos y movimiento. De acuerdo con el enfoque de la alimentación intuitiva no existen alimentos buenos, malos o cantidades ideales para la persona, sino que lo más importante es descubrir un estado propio de bienestar. Es decir, la cantidad de alimentos que es mejor para la persona, en términos de sentirse bien con esa cantidad física y anímicamente.

En relación con el movimiento se propuso resignificar la idea de que el movimiento es un método para perder peso, si no verlo como un medio para alcanzar el bienestar, realizando actividades que la persona disfrute. Cuando se le compartió esta información ella mencionó:

“Se que tengo que trabajar en eso y este espacio es una oportunidad para mí, llevo muchos años de mala relación con la comida, cuando era muy joven era muy delgada porque no comía, después comencé a subir de peso...ahorita estoy con un psicólogo y pues si tengo que trabajar en eso”.

Para la siguiente consulta, quedo pendiente seguir prestando atención a la escala de hambre y saciedad. Con respecto al sentimiento de culpa, se le solicitó a la persona escribir dos notas donde ella propusiera cómo ser más amable con ella misma respecto a su alimentación y cómo ser más amable respecto a la actividad física sin verlo como un castigo por comer alimentos malos.

Consulta 3 (28/01/2022): En la siguiente consulta la persona compartió algunas experiencias sobre el ejercicio anterior.

“En esta semana, he seguido observando mi alimentación y sobre todo mi nivel de saciedad, para comer lo que mi cuerpo necesita y evitar pensamientos negativos o llamarme de forma despectiva. El domingo fue el cumpleaños de mi papá, al final del día pensé lo que había comido en el día y noté que al final de cada comida no había tenido pensamientos feos sobre mi cuerpo o sobre la forma como comí”.

Con este último enunciado se preguntó a la persona ¿Cómo te hizo sentir el darte cuenta de que esta vez no te juzgaste, ni criticaste por los alimentos que consumiste? Ella compartió

sentirse tranquila y sin culpa, estaba feliz por compartir momentos con su familia, incluso permaneció feliz por el resto de la tarde.

En cuanto al movimiento, la persona intentó verlo como descanso o un espacio para liberar la mente.

“Trate de que el ejercicio fuera un descanso de estar en la computadora haciendo tarea o leyendo, al final, no fue un cansancio muy feo, sino como de cierta satisfacción de que estuve entretenida”.

Se volvió a retroalimentar sobre el resignificado del movimiento. Este ejercicio se realizó con el fin de tener un acercamiento con el elemento de la autocompasión. Con este avance la nutrióloga presentó un ejercicio más elaborado sobre el diálogo interno y la autocompasión “Conociendo y replanteando tu diálogo interno”.

Consulta 4 (03/03/2022): En esta consulta la persona compartió que la actividad propuesta en la consulta anterior fue “dura” para ella, al darse cuenta de que su diálogo interno era negativo, a pesar del trabajo que se ha llevado a cabo en las consultas. Ella mencionó:

“esto me ha servido para darme cuenta de que no he hecho mi trabajo al cien por ciento y tengo que esforzarme más para hablarme mejor”.

Por lo que, en la consulta se mencionó que esto es parte de un proceso que conlleva tiempo y los avances dependen de cada persona.

Para conocer más su situación y ayudar a la persona a reflexionar acerca de su diálogo interno negativo, se realizaron preguntas como: ¿Qué es lo que me impulsa a hablarme así? ¿Cómo puedo hacerlo de otra forma? ¿Estoy escuchando mis señales de hambre y saciedad? ¿Qué puedo hacer para no llegar hasta el momento de sentirme “abotagada” o sentirme culpable? La persona mencionó que la mayor parte de su vida ha tenido una “mala relación” con los alimentos y que esa es la causa de su diálogo interno negativo. Sin embargo, este enfoque le ha servido para mejorar esto, con las siguientes palabras:

“Me ha ayudado muchísimo, aunque todavía sigo teniendo pensamientos negativos y justo son como una alerta para mí, de que no está bien que yo me hable así”.

Se recalcó que con la alimentación intuitiva es un apoyo para tomar decisiones informadas acerca de la alimentación, pues el hecho de conocer los niveles de hambre y saciedad, ayudan a elegir el nivel donde la persona se siente bien consigo misma. Otro hallazgo que la persona mencionó fue que este ejercicio le hizo pensar que el hecho de estar pesándose constantemente no era favorable con su relación con la alimentación.

“He disfrutado de los alimentos, y no me he pesado para pensar en si subí o bajé de peso”.

Posteriormente, la persona pidió a la nutrióloga mostrar algunas recomendaciones nutricionales, ya que, a pesar de escuchar y honrar su hambre, ella tenía la inquietud de conocer qué alimentos hacen falta en su alimentación sin someterse a alguna dieta o restricción de alimentos. Por lo que, se le presentó la herramienta de Mi plato saludable y se le pidió hacer un registro de 6 días durante 2 semanas, es decir 3 días de la primera semana y 3 días de la siguiente semana. Se hizo hincapié en seguir esta guía de alimentación escuchando las señales de hambre y saciedad de su cuerpo.

Consulta 5 (17/03/2022): En la siguiente consulta se indagó sobre la recuperación de las señales de hambre y saciedad de la última semana. La persona volvió a mencionar que esto le ha funcionado en su relación con su alimentación, ya que, para ella no es una regla de alimentación si no una nueva forma de comer. Anteriormente se “atascaba” de alimentos y eso no la hacía sentir bien. Ahora se siente de mejor ánimo, ha aprendido a escuchar su cuerpo y comer lo que realmente necesita:

“Bien podría comerme otra cosa, pero no lo necesito en este momento”.

En relación con la guía de alimentación, hubo días que de acuerdo a sus señales de hambre y saciedad consumió de los tres grupos de alimentos principales, sin embargo, otros días no fue tan factible. Esto estuvo relacionado con salir de casa. Especialmente los fines de semana omitió el desayuno o cena por actividades que tenía que realizar.

Para ocasiones como las anteriores, se indagó que hizo anteriormente para saciar el hambre fuera de casa. Además, se propusieron dos opciones sostenibles para la persona siguiendo el formato “Mi plato saludable”. El objetivo fue cubrir los tres grupos de alimentos, por ejemplo: consumir yogurt, de preferencia yogurt individual por su practicidad, combinado con plátano, semillas y granola. También se propuso comer una barra de avena con alguna fruta práctica para consumir. Para la siguiente consulta quedó pendiente continuar con el registro de “Mi plato saludable”.

Consulta 6 (31/03/2022): En esta consulta la persona compartió que las propuestas de alimentos de la sesión anterior, que se hicieron siguiendo los principios que propone “Mi plato saludable”. Esto le sirvió para incorporarlas como una colación a medio día, ya que, aunque esta semana no omitió tiempos de comida, identificó que se quedaba con hambre entre los tiempos de comida. Siguiendo lo que propone la alimentación intuitiva la persona honró su hambre y proporcionó alimento a su cuerpo en el momento que lo necesitó.

Acerca de los antojos mencionó:

“Cuando tengo antojo de cosas dulces me hago esta pregunta ¿qué alimentos necesito o quiero comer en este momento? Algunos días elijo una fruta porque me gustan las cosas dulces pero otros días elijo un chocolate”

Un elemento que forma parte de la alimentación intuitiva y que no se había podido abordar con la persona fueron las prácticas de atención plena. Sin embargo, cuando se le comentó sobre este elemento ella decidió que la mejor opción para ella era platicar esto con su terapeuta, pues su relación con su anterior pareja ha sido un “proceso complicado” para ella. Esta fue la última consulta porque la persona decidió que después de seis sesiones ella había mejorado la relación con su alimentación y con ella misma, compartiendo lo siguiente:

“La alimentación intuitiva me gusta muchísimo, porque siempre que yo quise intentar una dieta fue de te quitamos todos los alimentos y si tienes hambre pues te la aguantas si quieres perder peso. Siento que este plan o método es muy amable porque no sataniza los alimentos y lo primero que vimos fue conocerte a ti mismo”.

Sin embargo, ella pidió dejar un espacio abierto para que en el momento que necesitara atención nutricional pudiera recurrir a la nutrióloga.

Caso 3

Consulta 1 (02/02/2022): Hombre de 28 años. Estudiante de la licenciatura en Planeación Territorial en la UAM-X. Presenta hipertrigliceridemia. En el año 2021 presentó COVID-19. Su motivo de consulta fue mejorar su salud aprendiendo a comer de una forma saludable. Hace 4 años asistió con un nutriólogo del seguro social, el cual le dio una dieta restrictiva que se enfocó en un consumo rico de frutas, verduras, pocos cereales (elegir entre tortillas o arroz en una comida). Siguió esta dieta por dos años, con la que perdió peso en los primeros meses, sin embargo, eso no ocurrió en los meses posteriores. Por lo complicado que fue para él seguir una dieta, tuvo que abandonarla.

Se le invitó a la persona a trabajar con el enfoque de la alimentación intuitiva. Posteriormente a la explicación la persona se mostró interesada:

“Me interesa por cuestiones de salud, pero también como estuve en un proceso con una nutrióloga, me limitaba un poco en las comidas y cuando me daba hambre entre comidas lo único que tenía permitido comer era una fruta y perdí esa noción porque ahora como mucho. También no soy tan sensible a mis señales de hambre y saciedad porque en estas últimas fechas me he dado cuenta de que estoy buscando algo de comer y de repente me siento lleno, pero siento que algo me falta”.

La persona creó su escala, describiendo tres niveles de hambre. El nivel máximo de hambre lo describió como “Me gruñen las tripas” con una sensación física de “Me gruñe el estómago,

un poco de cansancio”, el siguiente nivel lo describió como “Tengo hambre, pero ahorita se me quita” con una sensación física de “El estómago un poco vacío y relajamiento”, el tercer nivel de hambre lo describió como “Tengo un antojo, no es hambre” acompañado de sensaciones físicas como “Me da mucha sed”. Los niveles de saciedad que describió la persona comenzaron a partir del número cuatro con “Me siento bien, ya comí algo” y una sensación física de “Sueño y estómago lleno”, en el nivel cinco la persona lo describió como “Me siento muy lleno” con una sensación física de “Peso mucho, no puedo levantarme”.

La indicación para la siguiente consulta fue realizar un registro de siete días tomando en cuenta la escala de hambre y saciedad. Para él fue sencillo contestar la escala de hambre y saciedad, ya que con facilidad pudo reconocer y dar un nombre a sus niveles de hambre y saciedad.

Consulta 2 (10/02/2022): En la siguiente consulta se discutió sobre el registro de siete días de la escala de hambre y saciedad. La persona identificó que un obstáculo para describir lo que realmente sucedía con sus señales de hambre y saciedad, fue el no realizar el registro al momento que sucedían las horas de comida sobre el cómo se sentía antes y después de los alimentos. Por lo que, en la primera semana sus respuestas no fueron cercanas a la realidad. También, comentó que haciendo el registro identificó que sus tiempos de comida eran irregulares y que a causa de eso él acostumbra a hacer “compensaciones” con los alimentos. Compartiendo lo siguiente:

“Al iniciar la semana, mis desayunos son ligeros, porque el fin de semana ya consumí muchas más calorías de lo que acostumbro a consumir, así que tengo que hacer algo para compensar todo lo que me comí ... Si el domingo comí mucho, trato de que el lunes mi desayuno sea muy ligero... Si un día no me dio tiempo de comer lo que frecuentemente hago es cenar bastante cargado, siento que los fines de semana como alimentos malos, así que los lunes tengo que iniciar a comer alimentos buenos (fruta)”.

Se identificaron dos causas principales. Por un lado, cuando omitía algún tiempo de comida como el desayuno, al llegar a la comida la causa de recompensar alimentos era el hambre biológica por no haber comido alimentos en las últimas horas. La otra causa es similar, pues cuando no comía lo suficiente en un tiempo de comida él pensaba que debería de reponer o “compensar” en el siguiente tiempo de comida, independientemente del hambre o saciedad que tuviera.

La nutrióloga le propuso a la persona evitar hacer las “compensaciones” con los alimentos y poner más atención a cómo se siente los fines de semana. Una propuesta es descubrir a qué nivel de saciedad quiere llegar, es decir, con qué nivel se siente bien.

“Me falta reconocer en qué momento me siento lleno, para no sentir eso de compensar porque ya comí mucho y no pude parar a tiempo ... antes ya lo había pensado pero el registro lo hizo evidente”.

Además, con el registro, se reconoció que en diferentes días de una semana la persona se sentía “sediento” y no tomaba alguna bebida para calmar esa sensación. La persona comentó:

“Yo sé que tengo sed, pero por alguna razón que ahora desconozco no hago caso a esa necesidad de mi cuerpo”.

Por lo que, se le invitó a reflexionar sobre las necesidades que tenemos los seres humanos y la importancia de proporcionar al cuerpo lo que le hace falta. Según la alimentación intuitiva es importante poner en el centro nuestro bienestar y concentrarse en el cuidado del propio ser. Así que el acto de hidratarse, podría ser parte del autocuidado, ya que él se proporcionará lo que necesita en ese momento.

Para la siguiente sesión, la persona continuaría realizando el registro para identificar sus señales de hambre y saciedad. También se le proporcionó una lista de actividades que se consideran parte del autocuidado con el fin de que la persona identifique qué actividades forman parte de esto y decidir si le gustaría ponerlas en práctica.

Consulta 3 (25/02/2022): En la siguiente consulta se mantuvo la discusión en torno a la segunda semana de los registros de señales de hambre y saciedad. La persona compartió:

“Como ya estoy conociendo un poco más sobre mis señales de hambre y saciedad me di cuenta que los domingos trataba un poco de limitarme en lo que comía ... Los domingos salgo a caminar temprano así que regreso con mucha hambre y acostumbro a comer mucho... hablando en términos de saciedad cuando sentí que estuve lleno allí pare. Sin embargo, hubo lapsos donde tenía hambre entre comidas y trate de llevarlo con frutas y verduras más los fines porque son los días que me da más hambre...Trate de llevar mis señales de hambre a un punto de saciedad y no de exceso, trate de mantenerme en este punto”.

Debido a esto se discutió con la persona que el objetivo del enfoque de la alimentación intuitiva no consiste en limitarse al comer, comer menos calorías o solo comer al tener hambre, si no es un enfoque que invita a las personas a conocer cómo son sus señales de hambre y saciedad, honrar su hambre, evitar los juicios al comer y ser más amable consigo mismo. Lo más importante de este enfoque es que la persona descubra que es lo que más aplica en su vida y que todo esto le sirva para llevar una relación sana con su alimentación. Esta información le hizo sentido a la persona, compartiendo lo siguiente:

“Me doy cuenta de que es difícil no limitarse con la comida, pero he comenzado a honrar mi hambre. Cuando voy por las tortillas y al regresar tengo hambre me como una o dos tortillas o cuando tengo antojo también como lo que se me antoja... Empecé a hacer colaciones entre las comidas, estoy más consciente de mis señales de hambre y saciedad. También trato de no dejar pasar tantas horas sin comer ...Estoy escuchando mi cuerpo”.

Acerca de esto, se le comentó a la persona que un cambio o un proceso en la vida, requiere de tiempo y esfuerzo por lo que las dificultades que se presenten con su alimentación son parte del proceso. Se le explicó a la persona que la alimentación intuitiva ayuda a las personas a tomar decisiones más conscientes respecto a sus señales de hambre y saciedad sin volverlo una regla para comer menos.

Por último, en la consulta se hizo evidente que existían dudas sobre cómo guiar la alimentación de la persona. Se le presentó la herramienta de Mi Plato Saludable, realizando el ejercicio la nutrióloga y el paciente identificaron que existían grupos de alimentos que estaban ausentes (frutas y verduras) en su alimentación, principalmente en el desayuno. Por lo que, la invitación estuvo dirigida a que en lugar de limitarse tratara de integrar los alimentos que hacen falta en su alimentación, haciendo énfasis en escuchar a su cuerpo.

Consulta 4 (11/03/2022): En la siguiente consulta, se hizo la revisión de la herramienta Mi Plato Saludable. La persona realizó el registro cinco días a la semana. Su alimentación se caracterizó principalmente por realizar tres tiempos de comida principales y una o dos colaciones. Los tiempos de comidas principales incluían en su mayoría todos los grupos de alimentos, sin embargo, algunos días en el horario de comida, el grupo de frutas y verduras estaba ausente. Las colaciones estaban compuestas por frutas principalmente. Respecto a las cantidades y variedad de alimentos se le recomendó a la persona guiarse escuchando sus señales de hambre y saciedad. Indagando cómo le fue con la actividad él comentó lo siguiente:

“Me fue bien con la actividad, nada más que era laborioso porque me confundí con los tubérculos y verduras, además me di cuenta de que de repente no hacía colaciones y en las tardes-noches solo cenaba”.

Respecto a la confusión entre lo que nutricionalmente se considera un tubérculo y una verdura, se le explicó a la persona que de acuerdo con el contenido nutricional de cada alimento. Estos se clasifican en grupos, por lo que el contenido de una zanahoria o una papa no se considera una verdura, ya que es similar a un cereal como tortilla o arroz.

Cabe mencionar que anteriormente la persona decidió incluir colaciones en su alimentación porque se quedaba con hambre entre los tiempos de comida. Por lo tanto, se le comentó a la persona como en otras ocasiones, que las colaciones son utilizadas entre comidas cuando la

persona siente hambre y decide satisfacerla con algún alimento que sea de fácil preparación, de un tamaño más pequeño a un tiempo de comida principal o como la persona lo considere. Un elemento clave es prestar atención a lo que su cuerpo necesita en ese momento. La persona comentó que sigue atento a sus señales de hambre y saciedad sobre todo en las mañanas porque es cuando siente más hambre.

“Cuando desayuno, desayuno con prisa y como que no me alcanzo a llenar, por eso desayuno y me traigo algo porque sé que me va a dar más hambre, así aguanto para llegar a comer a la casa y cuando es la hora de comer como lo que es suficiente para mi cuerpo”.

“De hecho los fines de semana trato de balancear más mis comidas y no limitarme”.

En esta consulta se comenzó a abordar el elemento del movimiento. Cabe mencionar que es una de las pocas personas con las que se avanzó hasta esta parte de la intervención nutricional. La persona estaba interesada en saber si lo que estaba realizando ahora entraba dentro de las recomendaciones. Al inicio del abordaje la nutrióloga le comentó que en este enfoque uno de los objetivos en las consultas es lograr el resignificado del movimiento, ya que frecuentemente las personas realizan actividades únicamente con el fin de bajar de peso, de mejorar “algo que está mal en su cuerpo”, tomando como un castigo por comer algo prohibido o haciendo una actividad que no disfrutaban y que no les agrada.

Posteriormente, se le preguntó qué actividades estaba realizando en la última semana y cuánto tiempo antes llevaba realizando esas actividades. Comentó que en la semana realizaba 2 horas de bicicleta y en los fines de semana realiza una caminata de una hora y media deteniéndose cada 20 minutos en ambas actividades, es decir 780 minutos a la semana. Con esta información, se le informó a la persona que las actividades que estaba realizando cubrían las recomendaciones de actividad física, incluso la sobrepasan. Sin embargo, existía un elemento que él no estaba considerando, el descanso. Por lo que, se le explicó que el descanso tiene un papel muy importante al realizar cualquier tipo de movimiento. Él comentó lo siguiente:

“La verdad es que yo desconocía toda la información que me estas comentando, estaba creído que mientras más días y más tiempo hagas ejercicio es mejor y veo que no es así, que quizás por eso me siento cansado y con sueño porque no estoy descansando lo suficiente”.

Para la siguiente consulta quedó pendiente continuar con el registro de Mi Plato Saludable, seguir atento a las señales de hambre y saciedad. Además, seguir realizando las actividades que forman parte del movimiento considerando que son actividades que él disfruta realizar y

que el tiempo que le dedique a esto dependa de la energía que sienta la persona para hacerlo en ese momento.

Consulta 5 (22/03/2022): La siguiente consulta se dedicó a conocer cómo estaba implementado la persona la herramienta de Mi Plato Saludable, ya que, esta fue la segunda semana trabajando con esta actividad. Un día antes de la sesión la persona envió fotografías de los alimentos que consumía en esa semana, debido a que tenía la inquietud de conocer si la cantidad de verduras era suficiente. Además, comentó que anteriormente en una asesoría con un nutriólogo le habían prohibido “repetir plato” y le gustaría saber si eso también estaba prohibido en estas sesiones. Sin embargo, él dijo que con este enfoque ha aprendido a que las restricciones no son favorables para él.

“Si tenía esa duda de que, si se vale repetir plato, pero es mucho esta cuestión de llevarlo con las señales de hambre y saciedad”.

Comentó que la semana pasada fue una semana con muchas actividades de la universidad, por lo que solo pudo hacer la actividad 4 días de la semana entre bicicleta y caminata. Además de actividades de jardinería que le ayudaron a sentirse con una mente despejada.

En esta consulta se le invitó a la persona a integrar un elemento más del enfoque de la alimentación intuitiva conocido como autocuidado. Debido a que en la sesión anterior comentó que hay días que se siente cansado y con sueño. También se le preguntó acerca del estrés, sin embargo, él comentó que rara vez se siente estresado. La nutrióloga le dio una explicación previa sobre lo que significa el autocuidado y las prácticas de atención plena. Posteriormente la nutrióloga y la persona realizaron una práctica enfocada en centrar atención en la respiración, haciendo énfasis en no juzgar los pensamientos, solo reconocerlos y enfocarse principalmente en la respiración.

Para la próxima consulta quedó pendiente realizar al menos una práctica de atención plena en las mañanas y en las noches antes de irse a dormir, para esto se envió a la persona el guion de la práctica a través del correo electrónico.

Consulta 6 (29/03/2022): En esta consulta se continuó monitoreando acerca de las señales de hambre y saciedad de la persona. El comentó que ha tratado llevar su alimentación mediante lo que su cuerpo necesita en cada momento del día:

“Si bien no soy un experto, me he dado cuenta de que como inicié en la primera semana no se parece nada a lo que hago ahora, pues ahora pongo atención a lo que necesito y quiero en este momento.... Desde que regrese a clases presenciales, como en la universidad y eso es una facilidad para mí porque las comidas que sirven son completas y suficientes para mis necesidades y cuando tengo hambre entre comidas hago colaciones con barras de cereal o fruta”.

En cuanto al movimiento esta semana realizó 5 días de la semana entre caminata y bicicleta.

“Me tomado mis descansos con las actividades que realizo y me siento con energía”.

Por otro lado, la persona comentó que todos los días de la semana realizó la práctica de atención plena y que no solo le ayudó a dormir sino a sentirse relajada por las actividades de la universidad.

“Ya sé que anteriormente dije que la universidad no me estresa, pero la práctica me ayudó a ver que, aunque no es algo que me quita el sueño, si es un peso que ligeramente traigo cargando y cuando hice la práctica sentí que aligero eso”.

Esta fue la última consulta debido a que la persona consideró que con los “conocimientos/nuevos hábitos” que ya había integrado en su alimentación, actividad física y autocuidado era suficiente para continuar aplicándolo en su vida cotidiana.

Caso 4

Consulta 1 (14/02/22): Mujer de 23 años de edad, estudiante de la Licenciatura en Comunicación Social de la UAM-X. Sin condiciones médicas y antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo II (DM tipo 2) e hipertensión arterial (HTA).

Realizó su primera dieta a los 18 años cuando ingresó al gimnasio, ya que quería disminuir su grasa corporal (tonificar su cuerpo). Desde ese entonces ha realizado dietas para mantener su peso. Cabe señalar que estos planes de alimentación no fueron prescritos por una nutrióloga, sino por su entrenador del gimnasio.

Acudió a consulta porque deseaba una dieta para aumentar su masa muscular, disminuir su grasa corporal y mejorar sus hábitos alimenticios. Para obtener más información sobre su motivo de consulta, se le pidió a la paciente que comentará más sobre ello, por lo que dijo:

“Bueno, decidí buscar asesoría nutricional porque quiero aumentar mi masa muscular y mejorar mis hábitos alimenticios porque últimamente siento que no estoy comiendo muy bien; hago ejercicio y dieta, pero no he tenido muy buenos hábitos y me gustaría cambiar eso porque ya gané otra vez mucha grasa”.

Debido a lo anterior, antes de abordar el tema de sus hábitos alimenticios y el sentimiento que tenía de “no estar comiendo bien”, se le preguntó a la paciente por qué tenía interés de bajar su grasa y ella dijo:

“Quiero bajar grasa porque la última vez que mi entrenador me pesó, me comentó que había aumentado de peso y me preocupa porque todavía no estoy en etapa de volumen”.

También se le preguntó si su entrenador le había tomado medidas antropométricas y/o le había realizado un análisis de composición corporal, o cómo sabía que había aumentado su grasa corporal y la paciente comentó:

“No, no me tomó medidas corporales ni me hizo un análisis; sólo me subí en la báscula y me dijo cuánto estaba pesando en ese momento y lo comparó con el peso de dos... ¡no! tres semanas antes”.

Por tal razón, reconociendo su preocupación se le comentó a la paciente que para poder decir que aumentó su grasa corporal se deben realizar distintas medidas antropométricas y un análisis de composición corporal, el cual brinda información sobre la cantidad de músculo, grasa, agua y masa ósea del cuerpo, cosa que las básculas comunes no hacen. Se enfatizó que las básculas comunes servían para determinar el peso total de las personas, es decir, la suma total de cada uno de los componentes corporales, por lo que el hecho de que haya aumentado de peso no quería decir que había aumentado su grasa corporal. Además, se le explicó que habían muchos factores que influían en el peso, desde la cantidad de ropa que traía al pesarse, lo que había consumido, la hora en la que lo hacía y su ciclo menstrual.

De igual forma, al preguntarle si sabía qué era el IMC y cómo se interpretaba, y al comentar que no sabía cómo interpretarlo, se le explicó que era un método de evaluación rápida que tomaba en cuenta su peso y estatura para categorizarlo como peso normal, bajo peso, sobrepeso u obesidad. Acto seguido, se le comentó que ella tenía un IMC de 22 kg/m²; que se encontraba en el rango de peso saludable y que, por ello, no debía preocuparse. La paciente dijo:

“Oh, entonces ¿Estoy normal? -expresó asombro- me tranquiliza mucho saber eso porque ahorita he comido mal y creí que estaba aumentando muy rápido de peso, al grado de ya no ser saludable, pero también me hace reflexionar... Cuando uno se sube a la balanza, ves los números y piensas que es sólo eso, que eso es lo que pesas, ya sea de grasa o músculo ¡y ya, no hay más! y automáticamente sientes que aumentaste de peso, pero no te imaginas que no es lo único que se está pesando, ¡claro! que ahorita que lo pienso es muy obvio, digo, cómo voy a saber si aumenté realmente músculo o grasa si no hay algo que me diga así, literalmente que aumentó mi grasa... Pero creo que, si mi entrenador me hubiera dicho esto, no me habría preocupado tanto -jajaja-”.

Una vez aclarado el tema de su peso corporal, se le pidió a la paciente que comentara a qué se refería con estar comiendo mal, y dijo:

“Bueno, siento que he estado comiendo mal porque últimamente he salido con mi pareja a comer, cenar y a fiestas, y él no hace dieta ni nada por el estilo,

entonces pide que la pizza, los tacos al pastor, las malteadas con un montón de azúcar, toma refrescos, alcohol, le encantan los postres y la verdad es que, aunque intento no comerlo, si se me antoja y termino pidiendo lo mismo. De hecho, me ha pasado que ya no importa si estoy con él o no, luego estoy haciendo mis cosas en la casa, estoy haciendo ejercicio o incluso preparando mi comida y digo: hijole, se me antojó un chocolate, unas alitas, o equis cosa y... termino cediendo”.

Por lo que se le comentó a la paciente que tener antojos era normal, que cuando a las personas se les prohíbe o restringe el consumo de ciertos alimentos porque son percibidos como “malos”, aumenta el deseo por comerlos, y en lugar de olvidarlos, se quedan en la mente aumentando el antojo, hasta que finalmente se consumen de manera abundante. También se le comentó que era normal que quisiera comer lo mismo que su pareja, pues si se trataban de alimentos que le gustaban o que tenía tiempo sin comer, era entendible que deseara probarlos. A lo que la paciente dijo:

“Justamente también estaba preocupada por eso porque... sí me sacó de onda estar con tantos antojos; antes sí los tenía, pero siento que podía controlarlos más, pero estaba preocupada porque sí he estado comiendo más ahora que salgo con mi novio y la verdad me he sentido mal porque digo: ¡no es posible que esté comiendo tan mal!, ya ni todo el esfuerzo que hago en el gym, estoy subiendo de peso y cositas así... pero ahorita que lo pienso... es verdad que tenía mucho tiempo sin comer así, y antes si se me antojaba algo, me aguantaba las ganas de comerlo hasta mi día de ‘cheat meal’, pero igual comía súper poquito aunque quisiera comerme otra hamburguesa o ponerle queso a mis papas... de hecho, me pasaba mucho que si se me antojaba algo entre semana, lo tenía en la mente todo el tiempo y sólo esperaba a que llegara ese día para romper la dieta”.

“Igual también no acostumbro a comer con mis papás porque trabajan todo el día, así que generalmente comía sola y no se me antojaba lo que comían en frente de mí, pero ahorita con mi novio sí se me antoja muchísimo la comida, más porque sí son cosas que como dices, me gustan y casi no como”.

Para tener una idea más amplia de cómo estaba su alimentación en general, se le pidió a la paciente que comentara sobre lo que consumía habitualmente. Ella compartió:

“Habitualmente eh... como verdura, frutas, cereales integrales y carne magra... De hecho, todos los días como lo mismo porque mi dieta es de cuatro semanas, entonces mi coach me cambia el menú el primer día de cada mes. Ahorita por

ejemplo estoy comiendo en un día 250 g de pechuga de pollo con 200 g de arroz hervido y arándanos, 1 pan árabe, 1 litro de agua de jamaica caliente sin azúcar, 1 taza de fresas con papaya picada, 200 g de tilapia asada con tostadas Sanissimo y 2 a 3 tazas de cualquier verdura picada; ahorita he comido mucha calabaza, zanahoria, apio y pepino. Los fines de semana, en lugar del pollo, como mi comida trampa que puede ser... 2 rebanadas de pizza, 2 quesadillas con queso y verdura, una gordita, 2 pzas de KFC, 1 pan de dulce, un tamal o unos taquitos que lo admito, son mi perdición, o también puedo comer unas alitas o hot cakes. ¡Ah! y como te decía, últimamente entre semana, aparte de comer lo de la dieta, me da hambre y es cuando se me antoja comer que el chocolate, que las papas de bolsa, o si estoy con mi novio pues como lo mismo que él, pero hasta eso como poquito. Si trato de moderarme”.

Nuevamente se normalizó que la paciente tuviera antojos y se le comentó lo siguiente:

“Es normal que tengas antojos porque tienes limitados estos alimentos, además de que, por lo que me comentas, los sabores y comidas en tu alimentación son muy monótonos, por lo que también es entendible que quieras comer cosas distintas a las que acostumbras. Sin embargo, me surge la preocupación de que no estés consumiendo lo suficiente y que por ello estés pasando hambre, por eso me gustaría que me comentaras cómo te has sentido física y emocionalmente estos días”.

La paciente respondió:

“Mmm... pues últimamente me he sentido más cansada y como enojada, todo me irrita, me siento más sensible y de mal humor... Igual he notado que sí me da más hambre, sobre todo después de entrenar porque lo hago por las tardes... también luego siento ansiedad por comer y es cuando vienen los antojos. Pero... Es muy curioso, no lo había pensado, pero, aunque coma lo de la dieta, no se van los antojos y a veces tampoco el hambre, que es lo que más me ha pasado ahora -ja-, entonces cuando luego como esto que se me antojó, emocionalmente me siento mal conmigo misma, como si la hubiera regado”.

Por lo anterior, se le comentó a la paciente lo siguiente:

“Ahora que me comentas que cuando comes los alimentos que se te antojan te sientes mal contigo misma y que luego te quedas con hambre, me inquieta que pienses que no debes comer por temor a ganar peso”.

La paciente respondió:

“Mmm sí, es que lo veo desde el esfuerzo que he hecho para que mi cuerpo se vea trabajado, como de gimnasio; antes no me gustaba como me veía físicamente de ciertas partes del cuerpo, sentía que mis brazos eran muy grandes, como que no se veían tan armónicos con mis hombros; no me gustaba la celulitis de mis piernas y quería “lucir” una cintura más pequeña y que mi abdomen se viera tonificado; y ahorita que ya lo logré, no me gustaría perderlo. Por eso siento que tengo la idea de que si como lo que se me antoja voy a aumentar de peso”.

Se le comentó a la paciente:

“Yo creo que es normal que todos queramos vernos bien, que algunas partes de nuestro cuerpo no nos gusten y que algunas nos gusten tanto que queremos que permanezcan de esa forma por mucho tiempo, sin embargo, me parece importante que esta preocupación por la imagen corporal no sea excesiva, al grado de que en lugar de actuar en pro de tu bienestar se estén haciendo cosas que estén muy lejos de hacerte sentir bien, como el hecho de pasar hambre o sentir culpa cuando comes”.

Brevemente se comentó que todos los síntomas que había experimentado (culpa, el aumento de los antojos, la ansiedad por comer, pensar constantemente en la comida, percibir que algunos alimentos son “malos” y tener preocupación por su imagen corporal) eran efectos documentados científicamente de las dietas restrictivas, que esto le sucedía a muchas personas y que por ello no se recomendaban los planes de alimentación, pues los efectos podrían aumentar al punto de ser perjudiciales para la salud.

La paciente dijo:

“Sí, totalmente, esto tiene mucho sentido para mí; estos años que llevo haciendo dieta me he preocupado como nunca por la comida a pesar de que siempre he sido... pues delgada, o sea, nunca he tenido sobrepeso, pero desde que comencé en el gym y me metí más en las redes sociales y veía a las chicas con cuerpos de “modelo”, yo quería verme de esa forma, así que comencé a dejar de comer lo que me gustaba, porque me dijeron que así tenía que ser, que si quería lograr mi objetivo tenía que hacer ciertos ‘sacrificios’ con la comida y comenzar a comer saludable. Después me empecé a fijar muchísimo en mi cuerpo; era lo que te comentaba hace ratito, que antes no me gustaban algunas partes de mí y quería cambiarlos. Ahora ya esas partes me gustan más y con el tiempo me fui sintiendo mejor en cuestión de lo físico, pero no me di cuenta de que estaba descuidando otra parte importante de mi bienestar; que con esto de

la dieta y restringirme más allá de hacerme sentir bien, me estuviera ocasionando culpa o miedo por subir de peso”.

Con lo anterior, conjuntamente se reflexionó sobre la información que circula en los medios de comunicación y algunos espacios como el gimnasio, que han hecho pensar que se debe aspirar a cierto tipo de cuerpo o a verse de determinada forma, cuando la realidad es que hay una gran diversidad de cuerpos, tamaños y formas, por lo que es imposible ir en contra de eso para encajar con los estereotipos. De igual forma, se discutió que era normal que no le gustaran ciertas partes de su cuerpo y que no tenían que gustarle para sentirse bien, que de hecho, podía tener un sentimiento neutro hacia ellas reconociendo el papel que jugaban en su día a día. Aunque también se reconoció que era válido desear mejorarlas y sentirse feliz con los resultados, siempre y cuando respetara y honrara su cuerpo.

Posteriormente, al hablar sobre la alimentación, se enfatizó en que comer saludable no implicaba consumir solamente pechuga asada con arroz, contar y medir porciones, y/o prohibir alimentos, sino que se trataba de consumir todos los grupos de alimentos de acuerdo con sus gustos y a su salud, sin restricciones, etiquetas y en las cantidades necesarias de acuerdo a su apetito y saciedad. Se trataba de ser flexibles en todo momento y consumir lo que le hiciera sentir bien cualquier día, sin importar la situación. La paciente respondió:

“Si alguien me hubiera dicho todo esto hace unos años atrás, habrían cosas que no hubiera hecho sólo por encajar con los demás. Pienso que no me hubiera sentido tan mal por mi cuerpo, no habría dejado de comer y tampoco habría desarrollado miedo por subir de peso. Honestamente, yo no me imaginé que una nutrióloga trabajara de esta forma, yo dije, pues sólo me va a dar mi dieta y ya que es a lo que estoy acostumbrada, pero en su lugar me hiciste reflexionar mucho sobre lo que me estaba pasando y me doy cuenta de que todo lo que me dijeron no es cierto”.

Posteriormente, se le preguntó a la paciente si después de haber identificado el problema, había algo que le gustaría hacer diferente y ella comentó:

“Sí, sí, totalmente, me gustaría mejorar esta relación que tengo con la comida, quiero comer lo que me gusta sin sentirme culpable o preocuparme por mi peso”

En consecuencia, se le invitó a trabajar bajo el enfoque de alimentación intuitiva; se explicó que precisamente este enfoque buscaba mejorar su relación con la comida, centrándose en su bienestar físico y emocional a partir de lo que le gustaba comer, su actividad física y las actividades de autocuidado que la hacían sentir tranquila. Se recalcó que no era una dieta, pues no habría restricción de alimentos, ni etiquetas de “bueno” o “malo” y que tampoco se

plantearía como una meta la pérdida o el aumento de peso, sino un apoyo para decidir lo mejor para ella, sin preocupación ni ansiedad.

La paciente aceptó trabajar con este enfoque, mostrando motivación a partir de frases como: “Creo que es lo que necesito ahora” y “Me entusiasma mucho pensar en la idea de trabajar en mi bienestar”. Después se presentó el formato de la escala de hambre y saciedad, y se explicaron sus fundamentos. Al llenarla, reconoció un nivel de hambre (Nivel 1: “Tengo mucha hambre”) y uno de saciedad (Nivel 2: “Estoy a full”). Sin embargo, tuvo dificultades para reconocer sus señales físicas, por lo que se acordó que llevaría un registro de sus señales durante 7 días para identificar cómo se sentía al comer y al dejar de hacerlo, junto con otros niveles de hambre o saciedad.

La segunda reunión estaba programada para el 21/02/2022, pero la paciente no se presentó y esta sesión fue la única.

Discusión sobre el proyecto específico

Como se ha mencionado anteriormente en esta investigación se identificaron tres grupos de pacientes que comparten características de sus experiencias y por tanto de la atención nutricional.

En el **primer grupo** las personas habían realizado dietas restrictivas altas en proteína y dietas bajas en carbohidratos. Estas dietas restrictivas no cubrían el gasto de energía que las personas necesitaban para realizar sus actividades diarias. Los principales síntomas que se presentaron en este grupo a causa de las dietas restrictivas fueron hambre, fatiga y debilidad. Las personas identificaron como una desventaja a partir de seguir una dieta el evitar salir con amigos porque implicaba comer alimentos no permitidos (eje. pizza, hamburguesas, refrescos, helados, dulces y frituras). Otra desventaja fue que el llevar una dieta implica consumir alimentos en ciertas cantidades, horarios y restringir alimentos. Estas dificultades de las dietas restrictivas podrían ser una de las razones por las cuales son insostenibles en el largo plazo. Incluso las desventajas de las dietas restrictivas se hacen evidentes en personas que nunca han hecho dietas, ya que, en algún momento de su vida han realizado conductas que restringen determinados alimentos como carnes altas en grasa, cereales con grasa y alimentos procesados. Las expectativas principales de las personas eran aprender a comer y llevar una alimentación sin limitarse. La actividad física también se vió como una conducta compensatoria para evitar el aumento del peso corporal.

Una de las experiencias reportadas frecuentemente por los pacientes que atendimos fueron las barreras derivadas de seguir dietas muy bajas en calorías con el objetivo de perder peso. Del mismo modo, Fischer *et al* (2020) realizaron una evaluación cuantitativa en la cual las

personas identificaron que las principales dificultades para mantener una dieta o bien mantener la pérdida de peso a largo plazo fueron la presencia del apetito, hambre hedónica, comer por placer, estrés, problemas relacionados con la salud, sentimientos negativos, atracones de comida, angustia mental y desmoralización. Además, en el estudio de Hall *et al* (2011)., se describió que de las intervenciones contra la obesidad en ocasiones se obtiene la pérdida de peso, pero no siempre es tan sencillo como parece, ya que los profesionales de la salud pasan por alto las adaptaciones fisiológicas del peso corporal y actualmente no existe algún modelo que evalúe el efecto de las intervenciones. Así que es frecuente que se tengan expectativas poco realistas.

Otra característica importante de este grupo de personas fue que tuvieron mayor cantidad de experiencias estigmatizantes debido a su peso corporal, principalmente por su círculo social cercano, como padres, hermanos, tíos y amigos, además de personas desconocidas que se encontraban en las calles. También reportaron mayor insatisfacción corporal, ansiedad por la comida y baja autoestima, debido a que tenían ideas y prejuicios negativos hacia ellos por su peso corporal, como el hecho de “no tener voluntad”, “ser flojas/os”, “descuidadas/os”, “ser feas/os o poco atractivas/os”, etc. Del mismo modo, Friedman *et al* (2012) señalaron que la estigmatización basada en el peso es una experiencia común en las personas con obesidad que buscan bajar de peso, y la frecuencia de experiencias estigmatizantes se asocia con un IMC más alto, depresión, ansiedad, mayor insatisfacción corporal y baja autoestima.

De igual forma, estos pacientes mostraron interés en las dietas restrictivas y el ejercicio físico, porque lo veían como un medio para modificar su peso corporal, y con ello, encajar en los estereotipos de un cuerpo delgado. Aunque esto contrasta con la evidencia, ya que se ha documentado que las personas reportan rechazo a la dieta y menor actividad física debido al estigma (Puhl *et al*, 2007), (Ashmore *et al*, 2008). Por lo que podría considerarse que el estigma de peso también puede ser un motivador para el control de peso a partir de las conductas alimentarias, sin embargo, no hay investigaciones que lo comprueben.

Asimismo, como parte de nuestra experiencia como nutriólogas asistiendo a personas, a menudo se reciben comentarios negativos sobre la alimentación y cuerpo del profesional de la salud, reforzando los trastornos de la imagen corporal, así como el estigma de peso. Por lo que, se considera que la cultura de la dieta juega un papel muy importante en las motivaciones y decisiones de las personas y profesionales de la nutrición, aumentando el deseo de perder peso y el estigma de la obesidad.

En la mayoría de los pacientes de los 3 grupos, la escala de hambre y saciedad fue el primer acercamiento con sus sensaciones físicas. Actualmente existen varias versiones de hambre y saciedad donde se tienen niveles predeterminados. Por ejemplo, en el Manual de Alimentación Intuitiva de Tribole y Resch, 2020 la escala tiene 10 niveles con su respectiva descripción de las sensaciones de hambre y saciedad; el nivel 0 representa un hambre que

provoca dolor y el 10 una saciedad dolorosa. Una de las innovaciones de este proyecto fue que la persona creará su propia escala. Este hecho apoyó para comenzar con el proceso de alimentación intuitiva y permitió expresar sus propias experiencias sin inducir la respuesta, como sucede con otras escalas que tienen respuestas predefinidas. Por otra parte, debido a la dificultad que tenían las personas por resolver la segunda parte del ejercicio (preguntas) se reestructuraron las preguntas por una redacción más comprensible para la persona, tal como se explicó en la metodología de este reporte.

Cabe destacar que les hizo sentido trabajar con la escala ya que comentaban que este enfoque es diferente a lo tradicional y que les ayudó a ser conscientes de cómo se sentían al comer y al terminar de hacerlo tanto física como emocionalmente. Identificaron conductas que no favorecen la relación con los alimentos y en algunos casos qué las generó o cuándo se generaron. De igual forma, llevar el registro de estas, propició que los pacientes identificaran qué podrían modificar o mejorar de sus hábitos. Se dieron cuenta de lo que les hacía sentir mejor, fortalecieron sus capacidades, su confianza y pudieron elegir desde la autonomía.

Es necesario monitorear el registro de hambre y saciedad cada semana, incluyendo el cómo se sintieron llevando el registro de sus señales. Deben explorarse los aspectos que les gustaron y los que no durante su experiencia, y proponer revisar en conjunto sus registros para apoyarlos a identificar sus hábitos o patrones. Una vez identificados, hacer conjuntamente un plan de acción para llevar a cabo los cambios que desea implementar. Cuando se obtengan respuestas incompletas, pedirle al paciente que aclare o explique a qué se refiere con lo que comentó, o en todo caso, indagar respuestas para obtener más información.

Contrario al enfoque tradicional con dietas restrictivas, en un estudio realizado por Dalen *et al* (2010) se postuló que las personas con obesidad pierden la capacidad de reconocer las señales internas de hambre y saciedad. Además, describieron que cuando las personas se exponen a emociones negativas les cuesta trabajo responder a sus señales y comen en exceso de forma automática y disociada. También explicaron que las dietas populares que restringen calorías no proporcionan un medio para que la persona restaure la capacidad natural que tiene el cuerpo para regular el comportamiento alimentario.

En el **segundo grupo** se caracterizó por personas con un historial de dietas que a pesar de no encontrar resultados en la pérdida de peso esperaban que las consultas de nutrición fueran una nueva oportunidad para lograrlo. En este grupo se observó que las personas tenían arraigadas creencias falsas o mitos sobre la pérdida de peso. Por ejemplo: la pérdida de peso se lleva a cabo en un corto periodo de tiempo (días o semanas), es necesario comer menos calorías de las que el cuerpo gasta para perder peso y clasificar a los alimentos en “permitidos” y “no permitidos”. En el estudio de Murillo-Godinez y Perez-Escamilla (2017)

argumentan que la alimentación se ha visto modificada por la cultura, por los efectos en la salud y las experiencias individuales. De este modo, en torno a la alimentación se realizan prácticas por moda o costumbre que carecen de fundamento científico que se consideran mitos alimentarios. Algunos de los ejemplos que se mencionan son los siguientes: “los plátanos engordan, pero lo plátanos con leche adelgazan”, “cuando se come menos, el estómago reduce su tamaño”, “mezclar hidratos de carbono con proteínas engorda” y “la fruta después de la comida engorda”.

Uno de los temas que se discutieron en la consulta relacionados con la cultura de la dieta, fue la propuesta de abandonar la idea de perder peso y dejar de contar calorías. Se recibieron respuestas de negación y sorpresa, por el hecho de mantener la fantasía de que esta acción algún día lograría la pérdida de peso o el darse cuenta de que esto nunca lo habían pensado, es decir, no habían contemplado que existen otros modelos que no buscan la pérdida de peso como una meta principal. La propuesta que se utilizó, pero no la única, fue mediante la entrevista motivacional, haciendo preguntas como las siguientes: ¿Qué desventajas has identificado cuando has hecho dietas? ¿Cuánto tiempo y dinero has gastado tratando de perder peso? ¿Cuáles serían las ventajas de dejar de hacer dietas? ¿Qué pensamientos promueven hacer dietas para perder peso? ¿Cómo ha afectado tu vida social el hecho de hacer una dieta? ¿Cómo ha afectado tu salud mental y estado de humor el hecho de hacer dietas? ¿Cómo ha afectado tu relación con los alimentos el hecho de hacer dietas para perder peso?

Respecto a las preguntas anteriores se recibieron respuestas negativas y de sorpresa. Debido a que las personas pasaron la mayor parte de su vida realizando dietas para perder peso, incluso aunque no veían cambios el renunciar a la idea de perder peso era considerado como una barrera. Sin embargo, se informaba que integrar la alimentación intuitiva a la vida de las personas lleva tiempo. Así que se explicaba que practicar los principios de la alimentación intuitiva en las consultas ayudaría a guiar este proceso y en la medida que la persona se adentraba en este modelo comenzaría a darse cuenta de que el contar calorías no trae ningún beneficio, reconocería que está cansada de contar calorías o cansada de intentar hacer dietas y sentirse fracasada en el intento. Incluso en medida que la persona comenzaba a confiar en el modelo de la alimentación intuitiva, la acción de contar calorías y la fantasía de perder peso tendía a desaparecer. Por lo que, enfocarse en otras metas como poner el bienestar de la persona en el centro, hacía que la cultura de la dieta se volviera menos importante y desapareciera por completo.

Respecto a la escala de hambre y saciedad en este grupo de personas, el proceso fue diferente al primer grupo. Puesto que el hecho de seguir interesados en una dieta restrictiva fue la causa de que las personas realizaran un registro de los alimentos y bebidas indicando cantidades principalmente en los alimentos que se consideraban prohibidos o malos dentro

del registro de 7 días. Cabe destacar que claramente se les dio la instrucción de registrar únicamente sentimientos, emociones o acciones relacionados con su alimentación. Sin embargo, en algunos casos esto no sucedió, ya que, la idea que tenían las personas era que una vez realizado este registro la nutrióloga podría contabilizar las calorías que consumieron en una semana y así darles un plan de alimentación ideal para ellos. En la siguiente consulta cuando se discutió el registro de la escala de hambre y saciedad, la nutrióloga comentó a la persona que ese no era el objetivo del ejercicio si no lo que se había comentado en la primera sesión. Las respuestas que se obtuvieron fueron inasistencias a la siguiente consulta por el hecho de no encontrar sentido al registro de sentimientos, emociones o acciones en los tiempos de comida. Mientras que otras personas, en la siguiente sesión hicieron un “esfuerzo” por poner más atención a lo que su cuerpo necesita y cómo se sintieron.

Cabe mencionar que en este grupo de personas se logró integrar el elemento del **autocuidado**. Lo primero que se realizó fue indagar sobre situaciones que representaban una preocupación para la persona respecto a la alimentación principalmente. Posteriormente se utilizó un listado del Manual de Alimentación Intuitiva de Tribole y Resch (2020) sobre las acciones que se consideran parte del autocuidado y acciones que interfieren en este (Ver anexo 4). El objetivo estaba dirigido a que la persona reflexionará sobre las acciones que ya realizaba y las que anteriormente no había considerado. Todo esto con el fin de centrar la atención en el bienestar de su propio ser.

Dentro de lo que se considera el autocuidado en este proyecto se decidió incluir como un apoyo las prácticas de atención. En el estudio de Dalen *et al* (2010)., se utilizó la atención plena como una herramienta para reducir el estrés. Describieron la meditación de atención plena como un programa educativo centrado en el paciente que aumenta la conciencia y capacidad de responder hábilmente a las experiencias que contribuyen a la angustia emocional y comportamiento desadaptativo. Además, los autores muestran que las intervenciones basadas en la atención plena contribuyen a reducir los atracones. En este estudio afirman que la atención plena en contraste con el enfoque de reducción de calorías mejora la capacidad para detectar y responder a las señales de hambre y saciedad.

Basados en esa evidencia dentro en las consultas se realizaron prácticas de atención plena. Estas consistían principalmente en centrar la atención en la respiración haciendo énfasis en no juzgar los pensamientos y enfocarse principalmente en la respiración. Con esto, se dio la indicación a las personas de realizar al menos una práctica en las mañanas y en las noches antes de irse a dormir. Se recibieron expresiones de sorpresa a causa del desconocimiento en el cuidado de la persona. Por otro lado, las personas que estaban bajo terapia psicológica no aceptaron participar en la actividad porque decidieron seguir abordando este tema con un profesional de la salud mental.

También pudo integrarse el autocuidado con dos pacientes del tercer grupo, ya que el resto se encontraba en terapia psicológica viendo esta parte con el profesional en cuestión, y, algunos habían desertado de la consulta probablemente porque esperaban tener resultados inmediatos o porque la idea de la dieta estuviera todavía presente. De cualquier forma, con ambos pacientes se utilizaron las prácticas de atención plena al inicio de las consultas cuando refirieron sentir estrés. Cabe señalar, que la respuesta que se recibió con estos ejercicios fue favorable. Los pacientes comentaron que había disminuido considerablemente su estrés, que sentían paz y que podían sentir más conexión consigo mismos. De igual forma, se les recomendó que aplicaran la atención plena cuando consumían alimentos, a partir de la técnica STOP. Este último ejercicio, permitió que los pacientes consolidaran aún más el reconocimiento de sus señales de hambre y saciedad.

En el **tercer grupo** de pacientes, la mayoría tenía creencias erróneas respecto a la alimentación, la salud y el peso corporal. A menudo comentaban que, debido a su peso corporal durante la adolescencia, realizaron dietas restrictivas en las que se les prohibió comer algún alimento porque era “malo”, pecaminoso”, “excesivo” o “no saludable”, ocasionando que crecieran con la idea de que, algo tan normal y necesario como comer y disfrutar de la comida, era un acto vergonzoso por el cual debían sentir culpa y ansiedad. Además, estas dietas cimentaron el mensaje de que ser delgado/a era sinónimo de belleza y salud, por lo que sí no tenían cierta forma corporal o pesaban ciertos kilogramos, no serían dignos de respeto o admiración, sino que serían discriminados por su apariencia, desarrollando así miedo por aumentar de peso u obesofobia.

Uno de los temas más importantes abordados durante la consulta con este grupo de pacientes fue el deseo continuo que tenían por modificar la forma de su cuerpo y lo difícil que fue para ellos realizar dietas. Se habló sobre el sentimiento de fracaso, tristeza e incluso frustración al no ver cambios en su peso o al no poder mantenerlos, y a la necesidad que sentían por buscar otra dieta que finalmente “funcionara”.

Con estos pacientes fue esencial conversar sobre cómo comenzó el proceso de desprenderse de la “fantasía” de la dieta y la aceptación de su peso corporal. En muchos casos, el proceso comenzó a partir de la desilusión que sintieron al pensar que no habían logrado sus objetivos y que esto se debía a lo que los demás les decían: que no tenían fuerza de voluntad, que eran indisciplinados y/o perezosos. En este punto, los pacientes refirieron haber sentido durante mucho tiempo ansiedad, culpa al comer y desarrollar conductas compensatorias (hacer ejercicio excesivo, dejar de comer, tomar agua para disfrazar el hambre). Posteriormente continuó al reconocer que por más que lo intentaran, recuperarían su peso. Sin embargo, esta etapa no fue lineal; los pacientes tuvieron fluctuaciones durante el proceso, ya que, aunque sabían que no podían perder peso, aún mantenían la esperanza de lograrlo si seguían sus reglas alimentarias de qué, cómo y cuánto comer (mentalidad de dieta).

Realizaban dietas inconscientemente, comían desesperados, tenían continuos antojos, dolores de cabeza, sentían culpa e insatisfacción con su imagen corporal; consumían productos que prometían modificar la forma y el tamaño de su cuerpo como batidos o tés para “desintoxicar el cuerpo” o hacían “limpiezas intestinales”, usaban fajas y cremas “reductivas”, e incluso tomaban pastillas. Al no ver cambios, se culparon a sí mismos sobre su aspecto; experimentaron mucha frustración, hasta que finalmente comenzaron a creer que su peso no cambiaría. Cuando esto pasó, algunos pacientes expresaron haber sentido tranquilidad, mientras que otros comentaron tener resignación, pero en ambos casos, los dolores de cabeza, antojos y ansiedad disminuyeron.

De igual forma, fue fundamental hablar sobre las motivaciones que tenían para buscar acompañamiento nutricional y psicológico, las cuales eran principalmente mejorar su relación con los alimentos, es decir, dejar de sentir miedo al comer y desagrado por su cuerpo. Cabe señalar que existía el temor de que en la consulta nutricional se les diera un nuevo plan de alimentación debido a su peso, pues no querían volver a contar calorías o restringir alimentos, sólo buscaban apoyo en la construcción de hábitos saludables. También sentían desconfianza por no saber qué trato recibirían; les preocupaba ser discriminados o regañados nuevamente por sus hábitos alimenticios, debido a experiencias paternalistas y autoritarias con otros nutriólogos. Cabe señalar que los pacientes que recibieron este trato por parte de su anterior nutrióloga/o, dejaron de acudir a consulta y no completaron su tratamiento.

Las experiencias previamente descritas en los pacientes que atendimos corresponden a lo reportado en la literatura, ya que se ha observado que los profesionales de la salud están expuestos a los mismos mensajes negativos sobre las personas con sobrepeso y obesidad, al igual que la población en general, por lo que, sin desearlo, podrían perpetuar el estigma de peso (Fruh *et al*, 2016).

De la misma forma, en un estudio se encontró que los profesionales de la salud asocian la obesidad con estereotipos de personas perezosas y carentes de valor, asumiendo que las personas con obesidad tienen características y conductas que contribuyen a su problema, incluyendo dimensiones cognitivas y de valor personal (En Gómez Pérez, 2017). También se ha demostrado que los pacientes que han experimentado estigma de peso por parte del profesional de salud pueden retrasar o cancelar las citas, así como evitar la atención médica y los exámenes de detección (En Fruh *et al*, 2016). En un estudio donde se encuestaron a 498 mujeres que tenían sobrepeso u obesidad respecto a sus obstáculos percibidos para las pruebas de detección de cáncer ginecológico de rutina. Cuando les preguntaron si su peso había sido una barrera para obtener atención médica adecuada, el 52% respondió que sí. El porcentaje de mujeres que informaron que retrasaron la búsqueda de atención médica aumentó a medida que aumentaba el IMC. Entre las razones para retrasar el tratamiento se encontró que el personal de salud expresó actitudes negativas, dieron un trato descortés,

realizaron procedimientos de pesaje que causaron vergüenza, dieron consejos de pérdida de peso no solicitados y las mesas de examen, batas y equipo demasiado pequeño para ser funcional (En Fruh *et al*, 2016).

A comparación del grupo anterior, estos pacientes tenían claras sus motivaciones y las razones por las cuales no deseaban realizar dietas, por lo que al hablar sobre el enfoque de alimentación intuitiva la respuesta fue altamente positiva e inmediata; en especial cuando se explicaron los beneficios físicos y emocionales que tendrían al aceptar esta intervención. En este punto, se enfatizó que la pérdida de peso no era una meta, que aunque era un proceso que llevaba tiempo, lo esencial sería conectar con sus señales internas y recobrar la confianza en sí mismos. Aquí también fue fundamental validar sus miedos y creencias en relación con la comida y su imagen corporal, reconociendo que eran ideas impuestas por la sociedad.

Durante la primera consulta, y las subsecuentes, el rapport y la forma en la que se presentó la información fue la clave para que los pacientes tomaran la decisión que mejor les convenía. Para que existiera un ambiente de confianza y colaboración con el paciente, fue de suma importancia realizar preguntas abiertas, y escuchar activa y reflexivamente los asuntos que le afectaban, porque de otra forma, no se sentirían cómodos y no podrían identificarse los problemas, objetivos, metas y prioridades que tenían. Aunque, si bien es cierto que la construcción de la relación nutrióloga-paciente puede no consolidarse en la primera consulta, puede construirse con el tiempo si se mantiene una actitud neutra, es decir, sin hacer gestos de aprobación, reprobación, burla o rechazo que pudieran afectar al paciente. En todo momento debe mostrarse empatía y compasión con lo que comparten.

Por otro lado, el material de apoyo utilizado en este grupo fue la Escala de hambre y Saciedad. Debido a que estos pacientes se habían restringido crónicamente y se encontraban muy desconectados de sus señales de hambre y saciedad. La escala fue el primer acercamiento que tuvieron a sus sentimientos, emociones y pensamientos respecto a su alimentación, y al impacto que esto había tenido en su percepción corporal. Por ello, trabajar con esta herramienta requirió más tiempo de lo imaginado (3 a 4 semanas). Cabe señalar que no hay un tiempo determinado para trabajar con la escala porque cada paciente tiene su propio ritmo y este puede demorarse menos o más días. Sin embargo, podría resultar complicado o demandante para el paciente prestar atención a sus señales e inquietante por no ver resultados al instante, por ello se les debe recordar que es un proceso que lleva tiempo y que requiere paciencia; se debe comentar que con el tiempo irán conectando con sus sensaciones, emociones y pensamientos, e inclusive puede que descubran otros elementos. Otra de las herramientas que se utilizó con los pacientes de este grupo, fue “Mi plato saludable”, el cual fue un apoyo para comenzar a eliminar la dicotomía de los alimentos “buenos” y “malos”. Al no tener una lista de alimentos prohibidos y porciones que debían contabilizarse en todo momento, fue más sencillo que los pacientes vieran que podían

consumirse todo tipo de alimentos de manera equilibrada y suficiente de acuerdo con su hambre y saciedad. Fue común que, al mostrar el formato, los pacientes reaccionaran incrédulos y tuvieran muchas dudas respecto a su alimentación.

A pesar de que habían trabajado con sus señales de hambre y saciedad, refirieron sentirse desconcertados e incluso temerosos cuando se les comentó que habían alimentos más saludables que otros y que se recomendaba priorizarlos en la alimentación sin registrar las cantidades que consumían, pues esto lo decidirían ellos a partir de sus señales de hambre y saciedad. Pese a lo anterior, una de las respuestas más comunes fue el registro de las porciones que consumían de cada alimento, en cada tiempo de comida, y se identificó que lo hacían de manera automática porque estaban acostumbrados a hacerlo. Sin embargo, se observó que esta acción fue disminuyendo conforme conectaban con sus señales. Considerando que llevaban años realizando dietas y escuchando el mismo discurso que satanizaba algunos alimentos y glorificaba a otros, las reacciones de incredulidad junto con el registro de los alimentos fueron totalmente normales y de cierto modo esperadas. Aquí, la clave fue nuevamente reconocer sus acciones y sentimientos sin juicios, reconociendo que dichas acciones eran producto de la cultura de la dieta.

El caso cuatro, es un ejemplo de una paciente del **cuarto grupo** con peso normal que buscaba perder peso. La primera consulta siguió la misma lógica que el proceso de atención nutricia (PAN); se realizó la evaluación nutricional, se obtuvo un diagnóstico nutricional y se propuso la intervención. Se escucharon activamente los motivos que tenía para desear perder peso, se aclaró la información errónea y se le propuso trabajar bajo el enfoque de alimentación intuitiva. Sin embargo, a pesar de que se le dio información referente al peso, se le explicó que los síntomas que tenía se debían a las dietas y aceptó trabajar bajo este enfoque, la paciente no regresó para una segunda consulta. Probablemente esto se debió a que las personas que están convencidos de que las dietas sí sirven, ya sea porque han visto resultados a corto plazo o porque sus objetivos era lograr un peso específico, consideran que son la excepción a la regla; que forman parte de ese 17% que no tienen repercusiones en el peso o que todos los síntomas que tiene (atracones, culpa, ansiedad, distorsión de la percepción corporal, dolores de cabeza, etc.) se deben a otras cuestiones de su rutina diaria. Su decisión también podría haber sido influenciada por las personas de su entorno, ya que recibía comentarios y “recomendaciones” respecto a su peso por parte de su entrenador, además, le tomaba medidas corporales cada semana para identificar si había aumentado de peso y monitoreaba su alimentación. Como se ha mencionado, hoy en día existen múltiples espacios en los que predominan los estereotipos de belleza y actitudes negativas hacia el peso, como los medios de comunicación, el entorno familiar, clínicas y, en este caso, los gimnasios. Se han informado sesgos implícitos y explícitos hacia los cuerpos grandes por parte de estudiantes de ciencias del deporte, profesionales del ejercicio y personas

físicamente activas, principalmente aquellos en los que se responsabiliza a las personas por su peso y que cualquiera puede perder peso si son dedicados y trabajan duro. Incluso los entrenadores personales, cuyo trabajo es apoyar a todos los clientes, tienen percepciones sesgadas hacia las personas de cuerpos grandes y creen que, si no logran un cambio en su peso, es porque no están dispuestos a esforzarse (Souza y Ebbeck, 2017). Por lo que, al estar rodeada de discursos discriminatorios que reforzaban el ideal de belleza asociado a la delgadez, la presión por adecuarse y encajar aumentó, traducéndose en una excesiva preocupación por su peso e imagen corporal, que provocó que se intensificaran las acciones que atentan en su bienestar, como lo es el realizar dietas restrictivas.

Conclusiones

De acuerdo con nuestra experiencia en este proyecto, sugerimos el uso de la alimentación intuitiva como una intervención nutricional, no sólo para tratar a personas con sobrepeso y obesidad, sino también para las personas con peso normal, enfermedades crónico-degenerativas y cualquier persona que se encuentre interesada. Lo anterior debido a que observamos que este enfoque puede mejorar los comportamientos de la salud como los hábitos de la alimentación y actividad física, así como la autoestima e imagen corporal.

RECOMENDACIONES

Dentro de la atención nutricional, se debe enfatizar en que la alimentación intuitiva no es una dieta; además, se debe evitar tratar de combinar este enfoque con las dietas restrictivas, ya que, se observó que cuando las personas aún no abandonan la idea de la dieta, pueden interpretar las actividades para el reconocimiento de las señales de hambre y saciedad como un precedente a los planes de alimentación y realizar ambas intervenciones, reforzaría la idea de que los seres humanos tenemos que estar en dieta constante (cultura de la dieta).

Por lo que recomendamos a los profesionales de la nutrición que estén interesados en trabajar bajo este enfoque es necesario que estén informados que dentro de la atención nutricional una de las principales barreras que se nos presentaron al abordar el tema de abandonar la idea de hacer dietas, ya que al plantear esto a las personas en la mayoría de los casos se recibieron respuestas de negación. Por lo tanto, el profesional debe asumir que para que el enfoque sea aceptado por la persona se lleva a cabo mediante un proceso y no esperar que el cambio sea rápido. Es importante escuchar activamente, sin juicios y reconocer abiertamente la diversidad corporal; brindar información basada en evidencia científica, clarificar dudas y reconocer las decisiones de los pacientes, aunque estas muchas veces no sean las mejores para ellos.

Consideramos que el abordaje debe ser multidisciplinario para que exista mayor adherencia y se comience a erradicar la internalización de los estereotipos basados en el peso. Como profesionales de la salud, también contribuimos a la discriminación y estigma de peso al atribuir todos los signos, síntomas y consecuencias al peso corporal de las personas sin tomar en cuenta otros aspectos importantes, como lo es el entorno social y la salud mental. Por ello, es esencial que en la consulta se evalúen críticamente los indicadores de salud tomando en cuenta todos los aspectos de la vida del paciente que influyen en su bienestar.

De igual manera, sugerimos que el enfoque de la Alimentación Intuitiva se lleve a cabo siguiendo los pasos del Proceso de Atención Nutricia (PAN): evaluación, diagnóstico, intervención, monitoreo y evaluación. Subrayando que el orden en el que se lleven a cabo las etapas dependerá del nutriólogo a cargo.

Etapas 1 - Evaluación

1. Indagar el motivo de consulta, en caso de estar relacionado con la búsqueda de una nueva opción de tratamiento diferente a lo tradicional pasar a la siguiente etapa.
2. Entrevistar a la persona sobre sus conocimientos respecto a las desventajas de las dietas o tratamientos que ha recibido anteriormente.
3. Tomar como punto de partida los comentarios de la persona para informarle sobre la alimentación intuitiva.

Etapa 2 - Diagnóstico

1. Realizar un diagnóstico nutricional de acuerdo con la terminología del PAN.

Etapa 3 - Intervención

2. En caso de aceptar trabajar con este enfoque, comenzar con el primer elemento de la alimentación intuitiva: “Conociendo tu hambre y saciedad” para el reconocimiento de las señales de hambre y saciedad.
3. El segundo elemento que se puede integrar es movimiento.
4. Otro elemento de la alimentación intuitiva es el autocuidado.

Etapa 4 - Monitoreo y evaluación

1. Realizar un monitoreo y al mismo tiempo una evaluación semanal o cada dos semanas sobre el registro de la escala de los sentimientos, emociones o acciones.
2. Realizar un monitoreo y al mismo tiempo una evaluación cada dos semanas sobre las actividades que forman parte del movimiento de la persona.
3. Realizar un monitoreo sobre las actividades que la persona hizo acerca del autocuidado, así como indagar sobre las dificultades que presentó la persona.

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, C. E. y Leary, M. R. (2007) "Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters", *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26 (10), pp. 1120–1144. Disponible en: <https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/jscp.2007.26.10.1120> [Consultado 14-6-2022]
- Albertson, E. R., Neff, K. D. y Dill-Shackleford, K. E. (2015) "Self-Compassion and Body Dissatisfaction in Women: A Randomized Controlled Trial of a Brief Meditation Intervention", *Mindfulness*, 6, pp. 444–454. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0277-3> [Consultado 14-6-2022]
- Ashmore, J. A., Friedman, K. E., Reichmann, S. K. y Musante, G. J. (2008) "Weight-based stigmatization, psychological distress, & binge eating behavior among obese treatment-seeking adults", *Eating Behaviors*, 9 (2), pp. 203-209. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/5521834_Weight-based_stigmatization_psychological_distress_binge_eating_behavior_among_obese_treatment-seeking_adults [Consultado 26-8-2021]
- Beintner, I., Emmerich, O. L. M., Vollert, B., Taylor, C. B. y Jacobi, C. (2019) "Promoting positive body image and intuitive eating in women with overweight and obesity via an online intervention: Results from a pilot feasibility study", *Eating Behaviors*, 34, 101307. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471015319300121?via%3Dihub> [Consultado 26-8-2021]
- Bermúdez Borja, B. y Hernández Rodríguez, F.S. (2012) "La estigmatización del cuerpo obeso: percepción en un grupo de adolescentes mexicanos", *Archivos en Medicina Familiar*, 14 (1), pp. 21-27. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/medfam/amf-2012/amf121d.pdf> [Consultado 26-8-2021]
- Bruce, L. y Ricciardelli, L. (2016) "A systematic review of the psychosocial correlates of intuitive eating among adult women", *Appetite*, 96, pp. 454-472. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666315300635?dgcid=api_sd_search-api-endpoint [Consultado 26-8-2021]
- Carrasco, F. y Galgani, J. (2012) "Etiopatogenia de la obesidad", *Rev Med Clin Condes*, 23 (2), pp. 129-135. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702894> [Consultado 26-8-2021]

Contreras Hernández, J. (2005) “La obesidad una perspectiva sociocultural”, *Zainack. Cuadernos de Antropología Etnográfica*, 27, pp. 31-52. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/11499076.pdf> [Consultado 26-8-2021]

Contreras, L., Morán, J., Frez, S., Lagos, C., Marín, M. P., Pinto, M. A. y Suzarte, E. (2015) “Conductas de control de peso en mujeres adolescentes dietantes y su relación con insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez”, *Rev Chil Pediatr*, 86 (2), pp. 97-102. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000200006 [Consultado 26-8-2021]

Dalen, J. Smith, B. Shelley, B. Sloan, A.L. Leahigh, L. y Begay, D. (2010) Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity, *Complementary Therapies in Medicine*, 18, pp. 260-264. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21130363/> [Consultado 15-6-2022]

De Domingo, B. M. y López Guzmán, J. (2014) “La estigmatización social de la obesidad”, *Cuadernos de Bioética*, XXV (2), pp. 273-284. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/875/87532349006.pdf> [Consultado 26-8-2021]

Decarlini M. F y Díaz M. G. (n.d.) “Tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad”. *Cardiología*. Disponible en: <https://www.saha.org.ar/pdf/libro/Cap.106.pdf> [Consultado 26-8-2021]

Fisher, M., Oberänder, N. y Weimann, A. (2020) “Four main barriers to weight loss maintenance? A quantitative analysis of difficulties experienced by obese patients after successful weight reduction”, *European Journal of Clinical Nutrition*, 74, pp. 1192–1200. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32001814/> [Consultado 15-6-2022]

Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, F. R., Zelli, A., Ashmore, J. A. y Musante, G. J. (2012) “Weight stigmatization and ideological beliefs: relation to psychological functioning in obese adults”, *Obesity Research*, 13 (5), pp. 907-916. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1038/oby.2005.105> [Consultado 15-6-2022]

Fruh, S. M., Nadglowsky, J., del Brezo, P., Davis, S., Crook, E. D. y Zlomke, K. (2016) “Obesity Stigma and Bias”, *Continuing Education*, 12 (7), pp. 425-432. Disponible en: <https://www.npjournals.org/action/showPdf?pii=S1555-4155%2816%2930188-X> [Consultado 15-6-2022]

Gómez Pérez, D., Ortiz S., M. y Saiz, J. L. (2017) “Estigma de obesidad, su impacto en las víctimas y en los Equipos de Salud: una revisión de la literatura”, *Rev Med Chile*, 145, pp.

1160-1164. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n9/0034-9887-rmc-145-09-1160.pdf> [Consultado 15-6-2022]

Gómez, J. y Martínez-Marcos, M. (2018) "Sobrepeso y obesidad: eficacia de las intervenciones en adultos", *Enfermería Clínica*, 28 (1), pp. 65-74. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862117301924?via%3Dihub> [Consultado 26-8-2021]

Grider, H., Douglas, S. y Raynor H. (2021) "The influence of Mindful Eating and/or Intuitive Eating Approaches on Dietary Intake: A Systematic Review", *J Acad Nutr Diet*, 121 (4), pp. 709-727. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2212267220313903> [Consultado 26-8-2021]

Hall, K., Sacks, G., Chandramohan, D., Chow, C., Wang, C., Gortmaker, S. y Swinburn, B. (2011) "Quantification of the effect of energy imbalance on bodyweight", *Lancet*, 378, pp. 826-837. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21872751/> [Consultado 15-6-2022]

Linardon, J., Tylka, T. y Fuller-Tyszkiewicz, M. (2021) "Intuitive eating and its psychological correlates: A meta-analysis", *Int J Eat Disord*, 54, pp. 1073-1098. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/eat.23509> [Consultado 26-8-2021]

Mann, T., Tomiyama, J., Westling, E., Lew, A., Samuels, B. y Chatman, J. (2007) "Medicare's Search for Effective Obesity Treatments", *American Psychologist*, 62 (3), pp. 220-233. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/6359969_Medicare%27s_Search_for_Effective_Obesity_Treatments_Diets_Are_Not_the_Answer [Consultado 26-8-2021]

Miguel Soca, P. E. y Niño Peña, A. (2009) "Consecuencias de la obesidad", *ACIMED*, 20 (4), pp. 84-92. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/aci/v20n4/aci061009.pdf> [Consultado 26-8-2021]

Murillo-Godínez, G. y Perez-Escamilla, L.M. (2017) Los mitos alimentarios y su efecto en la salud humana, *Med Int Méx*, 33 (3), pp. 392-402. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000300392 [Consultado 15-6-2022]

Neff, K. D y Costigan, A. P. (2014) "Self-Compassion, Wellbeing, and Happiness", *Psychologie in Österreich* 33, pp. 114-119. Disponible en: <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/Neff&Costigan.pdf> [Consultado 14-6-2022]

Neff, K. D. (2022) *Definition of Self-Compassion*. Disponible en: <https://self-compassion.org/the-three-elements-of-self-compassion-2/> [Consultado 14-6-2022]

Organización Mundial de la Salud (2020) *Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios: de un vistazo*. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240014886> [Consultado 14-6-2022]

Organización Mundial de la Salud (2022) *Obesidad y sobrepeso*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [Consultado 26-8-2021]

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2016) *Guía de actividad física*. Disponible en: <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/WEB%20-%20Guia%20de%20actividad%20fisica2%20-%20MSP-compressed.pdf> [Consultado 29-8-2021]

Popenoe, R. (2003) *Feeding Desire: Fatness, Beauty and Sexuality Among a Saharan People*. Londres: Routledge. Disponible en: <https://doi.org/10.4324/9780203603529> [Consultado 26-8-2021]

Puhl, R., Moss-Racusin, C. y Schwartz, M. (2007) "Internalization of Weight Bias: Implications for Binge Eating and Emotional Well-being", *Obesity*, 15 (1), pp. 19-23. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1038/oby.2007.521> [Consultado 26-8-2021]

Rivera, L. N. (2006) "Autocuidado y capacidad de agencia", *Avances en Enfermería*, XXIV (2), pp. 91-98. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35969/37129> [Consultado 26-8-2021]

Rodrigo-Cano, S., Soriano, J. M. y Merino-Torres, J. F. (2017) "Causas y tratamiento de la obesidad", *Nutr clín diet hosp*, 37 (4), pp. 87-92. Disponible en: <https://medes.com/publication/127863> [Consultado 26-8-2021]

Rodrigues Barbosa, M., Rodrigues de Oliveira Peñaforte, F. y De Sousa Silva, A. F. (2020) "Atención plena, alimentación consciente y alimentación intuitiva para abordar la obesidad y los trastornos alimentarios", *SMAD, Revista electrónica de Salud Mental Alcohol y Drogas*, 16 (3), pp. 118-135. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v16n3/en_v16n3a13.pdf [Consultado 26-8-2021]

Secretaría de Salud. (2010) *NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-008-SSA3-2010, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad en los Estados Unidos Mexicanos*. México:

Diario Oficial de la Federación. Disponible en:
<https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4127/Salud/Salud.htm#:~:text=Establecimiento%20para%20el%20tratamiento%20integral,ambulatorios%20o%20que%20requieran%20hospitalizaci%C3%B3n.>

Shamah-Levy, T., Campos-Nonato, I., Cuevas-Nasu, L., Hernández-Barrera, L., Morales-Ruán, MC., Rivera-Dommarco, J. y Barquera, S. (2019) “Sobrepeso y obesidad en población mexicana en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k”, *Salud Publica Mex*, 61, pp. 852-865. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342019000600852
[Consultado 26-8-2021]

Smith, T. y Hawks, S. R. (2013) “Intuitive Eating, Diet Composition, and The Meaning of Food in Healthy Weight Promotion”, *American Journal of Health Education*, 37 (6), pp. 130-136. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19325037.2006.10598892>
[Consultado 15-6-2022]

Souza, B. J. y Ebbeck, V. (2018) “Perspectives on Increasing Positive Attitudes Toward Larger Members in Fitness Centers”, *Journal of Applied Sport Psychology*, 30 (1), pp. 96-118. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10413200.2017.1337822>
[Consultado 15-6-2022]

Sutin, A. y Terracciano, A. (2013) “Perceived Weight Discrimination and Obesity”, *Plos One*, 8 (7), pp. 1-4. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/253336189_Perceived_Weight_Discrimination_and_Obesity [Consultado 26-8-2021]

Swanson, D. W. y Dinello, F. A. (1970) “Follow-Up of Patients Starved for Obesity”, *Psychosomatic Medicine*, 32 (2), pp. 209-214. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5438469/> [Consultado 26-8-2021]

Tamayo, D. y Restrepo, M. (2014) “Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos”, *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6 (1), pp. 91-112. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922014000100007&lng=pt&lng=es [Consultado 26-8-2021]

ANEXO 1. FORMULARIO CONOCIENDO TU HAMBRE Y SACIEDAD

ANEXO 2. CULTIVANDO AUTOCOMPASIÓN

ANEXO 3. CONOCIENDO Y REPLANTEANDO TU DIÁLOGO INTERNO

ANEXO 4. ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO