

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial
Del 3 de abril de 1981



LA VERDAD
NOS HARÁ LIBRES

UNIVERSIDAD
IBEROAMERICANA

CIUDAD DE MÉXICO ®

“INTERVENCIÓN TEMPRANA EN OBESIDAD: ESTRATEGIAS PARA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES METABÓLICAS”

Estudio de caso

Que para obtener el grado de

ESPECIALISTA EN OBESIDAD Y COMORBILIDADES

P r e s e n t a

SHAINY RAMÍREZ ARENAS

Directora: MNA Carolina González Zardain

Co-directora: MNC Gloria Marcela Ruiz Cervantes

Lectoras:

Dra. Angélica León Téllez Girón

Mtra. Loredana Tavano Colaizzi

ÍNDICE

RESUMEN	4
1. INTRODUCCIÓN AL CASO	5
1.1 Sobrepeso – Obesidad	5
1. 1. 1 Prevalencia	5
1. 1. 2 Etiología	6
1. 1. 3 Fisiopatología.....	7
1.2 Trastorno de la conducta alimentaria.....	8
1. 2. 1 Prevalencia.....	8
1. 2. 2 Etiología	9
1. 2. 3 Fisiología.....	10
1.3 Características de la etapa de vida en la que se encuentra el paciente.....	11
2.- HISTORIA CLÍNICA Y VALORACIÓN INTEGRAL.....	15
3.- PROCESO DE ATENCIÓN NUTRICIA Y EVALUACIÓN INTEGRAL EN FORMATO ADIME	16
4.- INTERCAMBIO CLÍNICO CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO	36
5.- DISCUSIÓN	36
6.- CONCLUSIONES	38
7.- BIBLIOGRAFÍA.....	39
8.- ANEXOS.....	43
a) Consentimiento informado.....	43
b) Aviso de privacidad	44
c) Historias clínicas	45
d) InBody.....	91
e) Cuestionarios de evaluación aplicados.....	94

f) Metas SMART	106
g) Material educativo	109

Resumen

El presente caso clínico describe tres intervenciones en una mujer de 23 años con normopeso, pero con un porcentaje elevado de grasa corporal (29.9%). En la primera consulta se identificó una dieta alta en lípidos, baja en proteínas e hidratos de carbono, así como conductas alimentarias de riesgo. Se prescribió un plan equilibrado y actividad física. En la segunda consulta se observó un ligero aumento de peso (IMC 24.1 kg/m²), bajo apego al plan, consumo elevado de alcohol y persistencia de conductas de riesgo. En la tercera consulta se reportó mejor adherencia, ligera reducción de peso (IMC 23.9 kg/m²) y mejoría en la distribución de macronutrientes. Mantuvo actividad física regular, aunque no incluyó ejercicios de fuerza. A pesar de que se recomendó atención psicológica por las conductas alimentarias de riesgo, la paciente rechazó el seguimiento. Concluyó el programa mostrando avances en su alimentación y mayor conciencia sobre su salud.

Abstract

This clinical case describes three interventions with a 23-year-old female patient who presented with a normal BMI but elevated body fat percentage (29.9%). In the first consultation, her diet was high in fats and low in carbohydrates and proteins, with the presence of risky eating behaviors. A balanced meal plan and physical activity were recommended. In the second session, there was a slight weight gain (BMI 24.1 kg/m²), low adherence to the plan, high alcohol intake, and continued disordered eating patterns. By the third consultation, the patient showed improved adherence, slight weight loss (BMI 23.9 kg/m²), and better macronutrient distribution. She maintained regular physical activity but did not include strength training. Although psychological support was advised due to disordered eating behaviors, the patient declined. The program concluded with positive changes in her diet and increased awareness of her health, though emotional and behavioral aspects remained areas for further improvement.

1. Introducción al caso

1.1 Sobrepeso – Obesidad

1. 1. 1 Prevalencia

El sobrepeso y la obesidad son dos alteraciones metabólicas que, en lugar de ser un problema de peso corporal, representan una seria amenaza para la salud pública a nivel global. Estas enfermedades crónicas no transmisibles tienen un impacto emergente en la medida en que la alta prevalencia y las múltiples comorbilidades asociadas traen consigo diversas complicaciones. Ambas condiciones se presentan con acumulación excesiva de grasa corporal cuya presencia interfiere con el funcionamiento normal del cuerpo. La medida más comúnmente usada para clasificarlas es el índice de masa corporal. Si el resultado cae entre 25 y 29.9 kg/m² se habla de sobrepeso, y 30 kg/m² o más define obesidad. A pesar de su amplio uso debido a su simplicidad, esta cifra no distingue entre masa magra y grasa ya que la alta o baja proporción de adipocitos también determina un alto o bajo riesgo de enfermar. Sin embargo, el uso de esta cifra inadecuada ha sido la base de múltiples programas de vigilancia y de propuestas de intervenciones (1).

Desde una perspectiva epidemiológica, el aumento en la cantidad de casos de obesidad y sobrepeso a nivel global constituye una tendencia preocupante y ha sido catalogado como una enfermedad moderna por distintos entes. Actualmente, más de 1000 millones de personas en el mundo padecen obesidad y, de seguir esta tendencia, esta cifra aumentará en las próximas décadas a no ser que se apliquen políticas de prevención y de control que resulten efectivas. En América Latina más del 60 % de la población adulta padece exceso de peso, situando a México entre los primeros países con este problema a nivel global en el segmento adulto. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2023, en el país el 73.8 % de los adultos, siendo las mujeres las más afectadas, tienen sobrepeso u obesidad. No obstante, en los últimos veinte años, este fenómeno ha oscilado de forma importante, con periodos en los cuales se manifiesta más intensamente en grupos

como el de los jóvenes entre 20 y 29 años de edad, donde no solo cambia su independencia alimentaria, sino también su emancipación social, proceso que se traduce en una serie de decisiones en temas de salud (2).

A escala nacional, estas cifras representan una mayor morbilidad de enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que destacan la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares, apnea del sueño, osteoartritis y ciertos tipos de cáncer. A nivel individual, la obesidad implica una menor calidad de vida, reducción de la esperanza de vida y mayor gasto per cápita en salud. Desde una perspectiva sanitaria, se traduce en un obstáculo logístico y económico que pone en entredicho la sostenibilidad del sistema público de salud. Al generar enfermedades concomitantes, su atención implica altos costos para los sistemas de atención pública y privada, reducción de la productividad laboral y compromiso económico para las familias. Por lo tanto, la prevención y control de sobrepeso y obesidad son elementos prioritarios en los programas de salud y educación nacionales (3).

1. 1. 2 Etiología

La obesidad tiene una etiología multifactorial. Contrario a la creencia popular, el factor etiológico central es un desequilibrio entre aporte calórico y gasto energético. No obstante, no basta con argumentar que *comer demasiado* o *no hacer suficiente ejercicio* son factores causales suficientes. De hecho, en un sentido amplio y preciso, destacan múltiples factores que interactúan entre sí, incluyendo factores genéticos, sociales, un entorno obesogénico, estrés psicosocial, desajustes de sueño, abuso de medicamentos y el contexto de hábitos adquiridos en la infancia. Los ambientes urbanos contemporáneos propician el sedentarismo, las comidas rápidas y la ingestión frecuente de ultraprocesados; el análisis de campañas de alimentos hiperpalatables procura una exposición continua a productos predispuestos al sobreconsumo. Las evidencias actuales apuntan a que estas condiciones han promovido una transformación negativa en los patrones

alimentarios y de vida poblacionales, características por su acumulación progresiva grasa corporal (1).

1. 1. 3 Fisiopatología

La obesidad se puede entender, desde la perspectiva fisiológica como consecuencia de alteraciones en los mecanismos homeostáticos que regulan el apetito, la saciedad y el metabolismo energético. Un ejemplo común de ello es el funcionamiento del sistema nervioso que a través de señales hormonales y neurológicas transmiten mensajes cerebrales, en mayor medida del hipotálamo. Por ejemplo, la leptina, hormona secretada por el tejido adiposo que envía señales de plenitud al cerebro, en la obesidad se encuentra una resistencia a la hormona a desarrollarse, lo cual impide cumplir con su objetivo favoreciendo al hambre. De igual forma, la grelina, hormona del estómago, incrementa el hambre y puede encontrarse elevada para aquellos con obesidad. Estas regulaciones hormonales propician el ambiente para la formación de grasa, perpetuando la obesidad en el cuerpo. Es por esta razón que muchas personas con obesidad encuentran mayores dificultades para bajar de peso de manera definitiva bajo una restricción energética a largo plazo (4).

Otra dimensión fundamental en la fisiopatología de la obesidad es el rol del tejido adiposo como órgano endocrino. El tejido graso, especialmente el visceral, secreta una gran variedad de sustancias bioactivas denominadas adipocinas, entre las cuales destacan la interleucina-6 (IL-6), el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) y la proteína C reactiva. Estas sustancias inducen un estado de inflamación crónica de bajo grado, que tiene un impacto sistémico sobre el organismo, promoviendo la resistencia a la insulina, alteraciones en el metabolismo lipídico y la progresión hacia el síndrome metabólico. Esta inflamación sostenida también se ha relacionado con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, neurodegenerativas y algunos tipos de cáncer, lo cual pone en evidencia que la obesidad es mucho más que una acumulación inerte de grasa (3).

Se propone como abordaje al sobrepeso y la obesidad al proceso de atención nutricia como una estrategia integrada y validada que considere no solo los determinantes biológicos, sino también psicológicos, sociales y ambientales de la salud.

1.2 Trastorno de la conducta alimentaria

1. 2. 1 Prevalencia

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades mentales que alteran de manera significativa la relación de una persona con sus alimentos, imagen corporal y peso. Están marcados por patrones persistentes de comportamiento alimentario disfuncionales y de una percepción perturbada de la imagen corporal (5). Sino que estas alteraciones suponen un cambio psicológico real con consecuencias serias en lo que respecta a la vida física, emocional y social. Estos tipos de trastornos de acuerdo al DMS V se clasifican en: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón. Sin embargo, también pueden presentarse otros como pica, rumiación o trastorno evitativo o restrictivo de la ingestión alimentacrecion. A pesar de su gravedad, los trastornos suelen normalizarse en ciertos contextos sociales, lo que dificulta su pronta detección y tratamiento (5).

En el mundo, la prevalencia de estos trastornos ha aumentado notablemente en los últimos tiempos. Estos problemas, que se pensaba que afectaban principalmente a mujeres jóvenes, se han extendido a hombres, personas no binarias y adultos mayores. Estudios recientes sugieren que más de 9% de la población mundial ha padecido o padece algún tipo de trastorno alimentario, lo que representan más de 70 millones de personas. En el caso de Mexico, según un informe del Instituto Nacional de Psiquiatria, este trastorno afecta de 4-6% de adolescentes y adultos jóvenes con trastorno por atracón el más presente en la población adulta. Durante los últimos tiempos, el impulso de las redes, la cultura de la delgadez y la exposición

a dietas extremas ha propiciado la naturalización de ciertos cuerpos. Es por eso que es necesaria la intervención de los profesionales, ya que la pandemia de COVID-19 contribuyó al aumento considerable de este trastorno en términos de aislamiento, ansiedad y estrés crónico debido a la pérdida de un estilo de vida saludable (4).

Una de las características más alarmantes de los TCA residen en su fuerte asociación con otras enfermedades físicas o mentales. Por ejemplo, una gran cantidad de individuos que padecen bulimia o trastorno por atracón, se vuelven casos de sobrepeso u obesidad, creando un círculo vicioso de responsabilidad, privación y malestar emocional. De igual forma, el riesgo de patologías metabólicas como la diabetes tipo 2, hipertensión y hiperlipidemia es significativamente más alto. Por otro lado, la anorexia puede llevar esta lógica al extremo opuesto: desnutrición grave que afecta el trabajo del cardio, endocrino, inmune, y sistemas óseos. Además, cada TCA tiene elevada comorbilidad con desordenes depresivos, ansiedad, abuso de sustancias, y conductas autolesivas. En adolescencia, estos problemas pueden interponer seriamente en el progreso personal, educativo y social al disminuir la autoestima y promover aislamiento (6).

1. 2. 2 Etiología

La etiología de los TCA es complicada y multifactorial, incluidos factores biológicos, psicológicos, familiares, sociales y culturales. Dentro de los factores psicológicos se incluyen, susceptibilidad a perfeccionismo, tendencia a baja autoestima, intolerancia a frustraciones y dificultad para emociones regulatorias. Los antecedentes familiares, como ambientes disfuncionales o la crítica excesiva sobre la apariencia física, también influyen en la aparición de trastornos alimentarios. A nivel social y cultural, la presión por alcanzar estándares de belleza inalcanzables, promovidos por la publicidad y las redes sociales, contribuye a que las personas desarrollen una imagen corporal distorsionada. Esta percepción errónea del cuerpo puede convertirse en el centro de su identidad personal, incluso antes de reconocer otros aspectos valiosos de sí mismas. Los trastornos alimentarios suelen ser silenciosos y aparecen en momentos de gran vulnerabilidad, como la adolescencia o la juventud

temprana, especialmente durante etapas de cambios importantes, pérdidas o transiciones en la vida. (5).

1. 2. 3 Fisiología

A nivel de fisiopatología, los TCA presentan importantes alteraciones neurobiológicas que afectan los circuitos cerebrales del control del apetito, el sistema de recompensa, el procesamiento emocional y la toma de decisiones. De manera ilustrativa, en personas con anorexia nerviosa, se ha identificado una alteración en la función de la dopamina, neurotransmisor asociado a la disminución de experiencias gratificantes, en particular, relacionado con la ingestión (5).

En el caso de bulimia o trastorno por atracón, se ha observado una hiperactividad del sistema de recompensa frente a alimentos hiperenergéticos, lo que fomenta conductas de atracón. Este procesamiento cerebral alterado también opera a nivel de serotonina, neurotransmisor asociado con el procesamiento del ánimo y control de apetito. Así, el acto de comer deja de ser una respuesta a la inanición, sino una estrategia para control emocional frente al estrés, la tristeza, la rabia o miedo. La vinculación afectiva o conducta restrictiva hacia la comida genera un círculo patológico difícil de romper sin ayuda especializada (7).

Además de los mecanismos neurológicos, los TCA provocan importantes consecuencias fisiológicas. En la anorexia nerviosa, la pérdida de peso extrema y la desnutrición afectan todos los sistemas del cuerpo: disminución de la masa muscular, hipotermia, bradicardia, amenorrea, osteoporosis y deterioro cognitivo. En la bulimia, los vómitos autoinducidos generan alteraciones electrolíticas que pueden provocar arritmias cardíacas, erosión dental severa, esofagitis y daño en los riñones. En el trastorno por atracón, el aumento progresivo de peso contribuye al desarrollo de enfermedades metabólicas y articulares. Estos efectos no solo ponen en riesgo la salud física, sino que reducen la calidad de vida y aumentan significativamente la tasa de suicidio en esta población, siendo la anorexia uno de los trastornos mentales con mayor letalidad (6).

Los jóvenes son una etapa clave de socialización en la vida de un ser humano: la formación de la identidad personal, la independencia económica y la construcción de la intimidad ocurren en estos años. Al mismo tiempo, el período es propenso a comportamientos peligrosos, como dietas extremas, ejercicio excesivo y prácticas compensatorias como el vómito inducido o el uso de laxantes. En esta categoría, los TCA coexisten con otras afecciones por el exceso de peso, la obesidad o la percepción corporal insatisfactoria, lo que complica el diagnóstico y tratamiento (8).

1.3 Características de la etapa de vida en la que se encuentra el paciente

La adultez joven es la segunda etapa del ciclo vital humano, comprendida generalmente entre los 20 y 35 años, aunque algunos autores la extienden hasta los 39 años. Es un periodo de transición clave entre la adolescencia y la adultez media, caracterizado por importantes cambios biológicos, psicológicos y sociales. Durante esta fase, las personas consolidan aspectos fundamentales de su personalidad, como la identidad, la independencia económica, la formación de relaciones íntimas y la toma de decisiones importantes relacionadas con su educación y desarrollo profesional. A nivel físico, se considera la etapa de máximo rendimiento, ya que la fuerza muscular, la coordinación y el metabolismo alcanzan su mejor nivel. Sin embargo, también es un periodo en el que se consolidan los hábitos y comportamientos que influirán en la salud a lo largo de la vida, tanto de forma positiva como negativa (9).

A nivel psicológico, la adultez joven se refiere al desarrollo de la capacidad de gestión de conflictos y la vida en general, la autorregulación emocional y la capacidad de planificar el futuro. Sin embargo, estos aspectos no son universales y muchos adultos jóvenes han experimentado dificultades estructurales en términos de oportunidades en el mercado laboral, la educación y la discriminación. Lo anterior genera un alto nivel de estrés crónico y toxicidad, lo que se traduce en malos hábitos

de vida. La adultez joven también permite a las personas comenzar o afianzar malos hábitos de alimentación y reducir los patrones de sueño, causado por horarios laborales extenuantes y falta de tiempo para el autocuidado (2).

En cuanto al plano social, la adultez joven se ve caracterizada por una fuerte independencia y la consolidación de la adultez. Sin embargo, no todas las personas logran alcanzarla en su totalidad, lo que ha dado lugar a la “adultez emergente”. En otras palabras, se trata de un periodo de transición prolongado en el que la persona no se ve plenamente dotada de las responsabilidades tradicionales del adulto. Addambran y Guerrero apuntan que conlleva frustración y baja autoestima, en la medida en que tales atribuciones resultan comparadas con los estándares culturales. Como consecuencia, la inseguridad personal acumulada puede inducir a prácticas alimentarias desordenadas o la y búsqueda compulsiva de modificaciones corporales. Por ende, se presenta como un factor de riesgo para la prevalencia de anorexia, bulimia o trastorno por atracón (7).

Por otro lado, también se caracteriza por formar hábitos que se mantendrían el resto de la vida. Durante esta etapa, la mayoría de la gente toma sus propias decisiones acerca de su alimentación, pero con menor supervisión y seguimiento profesional. Por ejemplo, puede seguir algunas dietas no científicamente sustentadas, ingestión de alimentos ultraprocesados en exceso, o ayunos prolongados. Además, el consumo de suplementos o sustancias “para adelgazar” sin prescripción médica es popular. Como resultado, la mayoría de la gente adopta un estilo de vida sedentario, lo que combinado con malos hábitos de alimentación resulta en sobrepeso u obesidad y probablemente desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles a temprana edad. En este contexto, por lo tanto, es importante remarcar y prevenir desde la educación en alimentación y en estilos de vida saludables (9).

No es una coincidencia que exista una relación entre la adultez joven y el sobrepeso u obesidad. Esto se explica porque algunas de las condiciones ideales para consolidar los factores del aumento de peso que predisponen a uno especialmente

se presentan en esta etapa: calidad del sueño insuficiente, estrés crónico, patrones de alimentación inadecuados y, por supuesto, actividad física deficiente. Los estándares corporales actuales están reforzados por una percepción de la imagen distorsionada del cuerpo, que a menudo está influenciada por los corporalidades poco realistas y puede resultar en patrones de alimentación oscilantes entre períodos de restricción y atracón. A menudo, los jóvenes con obesidad tienen un historial no diagnosticado de trastornos de la conducta alimentaria, lo que demuestra la necesidad de comprender el desarrollo de manera integral (4).

En la etapa de vida de adultez joven existe una tendencia hacia algunas condiciones como: la depresión, la ansiedad y estrés. Algunas de las razones que lo explican incluyen el miedo al fracaso, la comparación configuras exitosas y la búsqueda del camino al “éxito”. Muchas veces, las habilidades para el autocuidado no son efectivas para manejar estas presiones, por lo que el mecanismo de regulación emocional de la comida se vuelve atractivo. Esta relación de dependencia y culpa solo empeora la salud mental y física (8).

El punto más preocupante es que muchos y muchas jóvenes perciben como normales los síntomas físicos o emocionales del malestar. Algunos estudios evidencian que estas manifestaciones les llevan a postergar la búsqueda de atención médica, ya sea por falta de tiempo, de recursos económicos o la creencia de que “siguen siendo jóvenes para enfermar”. Este diagnóstico tardíamente expresado en enfermedades como la obesidad, la hipertensión o los TCA, posterga la posibilidad de intervención. En el mismo sentido, el estigma asociado a la obesidad y a los trastornos mentales actúa como una barrera a estos procesos. La adultez joven, entonces, se convierte en una etapa de alto riesgo si no se dispone de accesos a servicios de salud e interdisciplinarios (5).

Ante este escenario, es fundamental diseñar e implementar programas de promoción de la salud específicamente destinado a esta población. Estos deberán incluir educación en nutrición, atención en salud mental, promoción de la actividad

física y estrategias para el manejo del estrés. También los espacios digitales, las universidades, los centros de trabajo y las redes sociales deberán ser colocados como escenarios de intervención. No se trata de poner normas o limitaciones, sino de acompañar la construcción de estilo de vida saludable, en la que se tomen decisiones sostenibles en el tiempo. La promoción de la atención en salud integral desde la adultez joven no solo mejora la calidad de vida individual, sino también la calidad de vida poblacional presente y futura, disminuyendo futuras cargas para los sistemas públicos de atención en salud (9).

2.- Historia clínica y valoración integral

a. Antecedentes heredofamiliares MSG, de 23 años, presenta antecedentes familiares de obesidad en su padre y abuela materna, así como hipertensión en su padre. Además, su abuela paterna tuvo un diagnóstico de leucemia.

b. Antecedentes personales no patológicos No es fumadora y su consumo de alcohol es esporádico, ingiriendo aproximadamente cinco copas una o dos veces al mes.

c. Antecedentes personales patológicos No presenta patologías diagnosticadas ni está bajo tratamiento farmacológico. Sin embargo, refiere ocasionales episodios de pirosis cuando consume un volumen elevado de alimentos. No ha sido sometida a cirugías ni presenta antecedentes de enfermedades gastrointestinales relevantes.

d. Antecedentes gineco-obstétricos MS tiene ciclos menstruales regulares y su última menstruación fue el 21 de enero de 2025. No ha tenido embarazos, partos, cesáreas ni abortos. No está en tratamiento con anticonceptivos orales ni terapia de reemplazo hormonal.

e. Medicación actual No está en tratamiento con ningún medicamento, por lo que no se identifican interacciones fármaco-fármaco ni fármaco-nutrimiento. Como suplemento, consume proteína en polvo de la marca Habits (1 scoop/día) por razones de practicidad.

f. Examen físico orientado a la nutrición

- Exceso de grasa subcutánea
- Presión arterial: 80/66 mm Hg (rango normal, AHA)(21)
- Frecuencia cardíaca: 84 lpm

g. Estudios de gabinete No cuenta con estudios bioquímicos recientes. Se recomienda realizar una biometría hemática completa, química sanguínea básica y HbA1c para evaluar su estado metabólico.

h. Diagnóstico médico

- **Diagnósticos establecidos:** Ninguno.

- **Diagnósticos por confirmar:** Se requiere evaluación bioquímica para descartar alteraciones metabólicas.

i. Tratamiento médico No se encuentra bajo ningún tratamiento médico adicional a su plan de intervención nutricional.

j. Consideraciones éticas MSG ha firmado el consentimiento informado (Anexo a) y aviso de privacidad (Anexo b) para su evaluación y tratamiento nutricional. Se han respetado los principios de confidencialidad, autonomía y beneficencia en la elaboración de su historia clínica. Se recomienda un seguimiento periódico para garantizar su bienestar físico y emocional, además de fomentar una relación saludable con la alimentación y la actividad física.

3.- Proceso de atención nutricia y evaluación integral en formato ADIME

Nota inicial – 30 de enero del 2025	
Análisis de la Evaluación nutricia	
Dominio	Terminología seleccionada para el caso
Historia del cliente (CH)	Datos personales: • Edad: 23 años • Genero: Femenino • Motivo de consulta: Pérdida de grasa corporal Antecedentes sociales: • Situación de vivienda: Vive sola • Localización geográfica del hogar: urbana • Ocupación: diseñadora • Nivel diario de estrés: baja Antecedentes heredofamiliares: • Obesidad: Padre y abuela materna • Hipertensión: Padre • Cáncer (leucemia): Abuela paterna Antecedentes personales no patológicos: • Consumo de tabaco: No • Consumo de alcohol: Ocasional Antecedentes personales patológicos:

	• Refiere pirosis cuando consume grandes cantidades de alimentos. • No ha sido sometida a cirugías ni presenta antecedentes de enfermedades gastrointestinales relevantes. Antecedentes gineco-obstétricos (si aplica): • Ciclos menstruales regulares • FUM: 21 de enero de 2025. • No ha tenido embarazos, partos, cesáreas ni abortos. • No está en tratamiento con anticonceptivos orales ni terapia de reemplazo hormonal. Diagnósticos médicos: • Diagnósticos establecidos: Ninguno. Medicación actual: • No está en tratamiento con ningún medicamento
Antecedentes relacionados con alimentación/nutrición (FH)	Evaluación cuantitativa: • No es equilibrada: ○ Hidratos de carbono: 39.6% baja en HCO ○ Proteína: 15.1% baja en proteínas ○ Lípidos: 45.2% alta en lípidos Equivalentes: • Fruta: 2.5 • Verdura: 2.25 • Cereales y tubérculos A: 2 • Cereales y tubérculos B: 4 • Leguminosas: .5 • AOA B: 4 • Leche A: 1 • Azúcar: 1 • Grasa A: 10 • Suplemento proteína: 1 • Es suficiente en energía, pero no es suficiente en proteína (59.7% adecuación) ni HCO (86.4% adecuación), es excesiva en lípidos (147% adecuación) Evaluación cualitativa • No es una dieta inocua ya que cuenta con una cantidad excesiva de lípidos

	• No es una dieta variada ya que no consume diferentes alimentos de los distintos grupos existentes • Dieta no adecuada a las necesidades nutricionales del paciente • El fin de semana reduce a dos comidas principales y tiende a picar Evaluación emocional • Escala de apego auto reportado 8, buena adherencia (Anexo e) Imagen corporal: -2 (Anexo e) Etapas de cambio: acción (Anexo e) Conductas alimentarias de riesgo_ -11 (Anexo e) Autoeficacia 10 (anexo 3) Motivación 10 (anexo 3) Actividad Física • Actividad física de intensidad moderada IPAQ (Anexo e) • Tiempo: 60 min por día, frecuencia: 5 horas a la semana Tipo: Barré, Yoga, Pilates, no realiza ejercicios de fuerza (Anexo c) • Sin riesgo para realizar ejercicio PAR-Q (Anexo e) Evaluación de sueño • Horas de sueño: 7 horas adecuado, calidad percibida: buena (Anexo e)
Medidas antropométricas (AD)	• %cambio de peso= +10.3 % ganancia de peso significativa 3 meses (16) • Peso habitual: 55 kg • Peso maximo según IMC: 63.7 kg • Peso actual: 60.7 kg • Estatura: 1.60 m • IMC: 23.7 kg/m² (normopeso) • Masa Grasa Corporal: 18.2 kg (%GC: 29.9%,alto) (17) • Exceso de masa grasa corporal: 1.15 kg • Masa Musculoesquelética: 23.4 kg normal (17) • Circunferencia de cintura: 71 cm (sin riesgo cardiometabólico) (18) • Circunferencia de cadera: 102 cm • ICT = 71 / 160 = 0.44 (bajo riesgo) (19) • Índice Cintura-Cadera: 0.69 (distribución ginecoide, mayor riesgo con problemas en el retorno venoso) (18)

Información bioquímica, pruebas y procedimientos médicos (BD)	• Glucosa capilar: 95 mg/dL (Normal, ADA) (20) • No cuenta con estudios recientes. Se recomienda realizar BH, QS, HbA1c.
Examen físico orientado a la nutrición (PD)	• Presión arterial: 80/66 mmHg (Normal, AHA) (21) • Frecuencia cardíaca: 84 lpm (Normal, AHA) (22) • Exceso de grasa subcutánea: 1.15 kg (17)
Estándares comparativos (EC)	• Requerimientos estimado de energía total 1758 kcal (Mifflin St. Jeor) X actividad física moderado (1.2 IOM) • Requerimiento de lípidos 58 g: 30% de VET (23) • Requerimiento de proteínas gramos 108 g: 25% VET(23) • Requerimientos de hidratos de carbono gramos 195 g: 45% VET (22) • Porcentaje de grasa recomendado: 18 – 28% (17) • Rangos de glucosa capilar < 100 mg/dL (20) • Tension arterial: <120 mmHg y D: <80 mmHg (21) • IMC: 18.5-24.9 kg/m² (normopeso) • Masa Grasa Corporal: < 28%, normal mujer adulta (17) • Exceso de masa grasa corporal: 1.15 kg • Masa Musculoesquelética: 23.4 kg normal (17) • Circunferencia de cintura: <80 cm (sin riesgo cardiometabólico) (18) • Índice Cintura-Cadera: <.85 (distribución ginecoide, mayor riesgo con problemas en el retorno venoso) (18) • %cambio de peso= -10.3 ganancia de peso significativa 3 meses (16)
Diagnóstico nutricional	
PES 1	Ingestión excesiva de lípidos asociado a déficit de conocimientos relacionados con alimentos y nutrición evidenciado por un consumo de 85 gramos (147% de adecuación) de acuerdo a R24.

PES 2	Patrón de alimentación desordenado, relacionado a preocupación y control del peso, evidenciado por conductas alimentarias de riesgo como miedo a engordar y conductas compensatorias (puntaje > 10 Unikel) así como ganancia significativa de peso en los últimos 3 meses (% cambio de peso: -10.3) y práctica de dietas restrictivas (narrativa de historia clínica).
Intervención nutricia	
Objetivo(s) de la intervención nutricia	Disminuir conductas de riesgo como: preocupación por engordar y realizar ejercicio para bajar de peso corporal. Educación para una correcta distribución de macronutrientes y mejorar selección de alimentos (en específico alimentos ricos en lípidos).
Prescripción nutricia (NP)	• Plan de alimentación isoenergético de 1731 kcal/día con distribución de macronutrientes: • Hidratos de carbono: 45% (195 g) • Proteínas: 25% (108 g) • Lípidos: 30% (58 g) Equivalentes: • Fruta: 4 • Verdura: 5 • Cereales y tubérculos: 6 • Leguminosas: .5 • AOA B: 9 • Leche A: 1 • Grasa: 5 • Grasas B: .5 • Suplemento proteína: 1
Administración de alimentos y/o nutrientes (ND)	Dieta general saludable Plan de alimentación con 3 comidas principales y colación matutina y vespertina, con estructura en horarios
Educación nutricia (EN)	• Explicar concepto de alimentación consciente (educación nutricional anexo g) • Explicar plato de bien comer para mejorar selección de alimentos (educación nutricional, anexo g)

	• Explicar la importancia del equilibrio de macronutrientes para la pérdida de grasa con El Plato del Bien Comer (educación nutricional anexo g) • Promover estrategias para mejorar la selección de alimentos en fines de semana con ejemplos de platillos versión saludable (educación nutricional anexo g).	
Consejería nutricia (C)	Metas SMART: • Incluir cereales integrales en las 3 comidas principales (Anexo f) • Actividad física: Incluir sesiones de ejercicio de fuerza (Anexo f) Alimentación consciente: • <i>Mindful Eating</i>: Para evitar restricciones y mejorar relación con la comida (Anexo f).	
Coordinación de la atención nutricia (RC)	• Se identifica la presencia de conductas alimentarias de riesgo, por lo que se realiza referencia al servicio de psicología para evaluación y abordaje especializado.	
Monitoreo nutricao y evaluación		
Categoría	Indicador	Criterio (evolución de SyS, definir temporalidad)
Evaluación antropométrica	• % grasa corporal • Kilogramos de masa muscular cada 15 días.	Lograr una pérdida de grasa corporal de 2% en un periodo de 30 días de tiempo.
Evaluación bioquímica	Colesterol total LDL HDL Triglicéridos Hemoglobina glucosilada Glucosa en ayudo	Se recomienda revisar valores bioquímicos de acuerdo a los siguientes, anualmente: Colesterol total: <200 mg/dL (NCEP ATP III) LDL: <100 mg/dL (ACC/AHA) HDL: >50 mg/dL (NCEP ATP III) Triglicéridos: <150 mg/dL (NCEP ATP III)

		HbA1c: <5.7 (ADA) Glucosa en ayuno <100 mg/dL
Evaluación clínica	• Glucosa capilar • Tensión arterial	Evaluar en 15 días: • Mantener niveles normales <100 mg/dL, (ADA). • TA óptima <120/80 mmHg (AHA)
Evaluación dietética	• Evaluación del apego a la dieta • % de Hidratos de carbono	Evaluar en 15 días: Un apego a la dieta autoevaluable >8 Al menos 45% de Hidratos de carbono
Evaluación de actividad física	• Días de actividad física • Pasos diarios • Tipo de intensidad (Escala de esfuerzo percibido, Borg) • Duración de la sesión • Tiempo total de actividad semanal • Tipo de ejercicio • Actividad adicional	Evaluar cada 45 días: • 5 días/semana (Barré, Yoga, Pilates) + 2 días/semana (fuerza) • 10,000 pasos/día • Moderada (Barré, Yoga, Pilates), Moderada a Alta (fuerza) • 3-5 (moderada) estimado, no medido directamente • 60 minutos por sesión • 300 min aeróbico (5 sesiones) + 2 sesiones de fuerza • Aeróbico/Funcional: Barré, Yoga, Pilates; Fuerza: 2 sesiones/semana • Caminata diaria (10,000 pasos)
Evaluación de sueño	• Horas de sueño	Evaluar cada 15 días:

		Mantenimiento de 7 horas de sueño de buena calidad
Evaluación emocional	• Conductas alimentarias de riesgo • Etapa de cambio • Nivel de estrés	Evaluar en 15 días: Puntuación de cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (<10) Evaluar a 6 meses Etapa de cambio: mantenimiento

Nota – 13 de febrero del 2025	
Análisis de la Evaluación nutricia	
Dominio	Terminología seleccionada para el caso
Historia del cliente (CH)	Datos personales: • Consultante: MSG • Edad: 23 años • Genero: Femenino • Motivo de consulta: Pérdida de grasa corporal Antecedentes heredofamiliares: • Obesidad: Padre y abuela materna • Hipertensión: Padre • Cáncer (leucemia): Abuela paterna Antecedentes personales no patológicos: • Consumo de alcohol: Ocasional Diagnósticos médicos: • Diagnósticos establecidos: Ninguno.
Antecedentes relacionados con alimentación/nutrición (FH)	Evaluación cuantitativa: • No es equilibrada: Baja en proteínas 12.4% Lípidos 20.5 % Hidratos de carbono 56.5% Alcohol 10.5%

	• Es alta en energía (211.3%), no es suficiente en proteína (87.6% adecuación) ni lípidos (57.7% adecuación), es alta en hidratos de carbono (266.3% adecuación) Equivalentes: • Fruta: 10.5 • Verdura: 6.1 • Cereales y tubérculos A: 6 • Cereales y tubérculos B: 4 • AOA B: 8.8 • AOA C: 1.5 • Leche A: 1.5 • Grasa A: 3 • Grasa B: 1.5 • Alcohol: 6 Evaluación cualitativa • No es una dieta inocua ya que cuenta con una cantidad excesiva de alcohol (< de una bebida alcohólica al día) • No es una dieta variada ya que no consume diferentes alimentos de los distintos grupos existentes • Dieta no adecuada las necesidades nutrimentales de la paciente • El fin de semana reduce a dos comidas principales, tiende a picar y consumir alcohol, y alimentos con alta densidad energética. Evaluación emocional • Escala de apego auto reportado 6, poca adherencia (Anexo e) Recordatorio de 24 hrs reportado de fines de semana Barrera de adherencia reportada: convivencia círculo social Imagen corporal (Anexo e) Etapas de cambio (Anexo e) Conductas alimentarias de riesgo (Anexo e) Autoeficacia 10 (anexo 3) Motivación 10 (anexo 3) Actividad Física • Actividad física de intensidad moderada IPAQ (Anexo e)
--	--

	• Tiempo: 60 min por día, frecuencia: 5 horas a la semana Tipo: Barré, Yoga, Pilates, no realiza ejercicios de fuerza (Anexo c) • Sin riesgo para realizar ejercicio PAR-Q (Anexo e) Evaluación de sueño • Horas de sueño: 7 horas adecuado, calidad percibida: buena (Anexo e)
Medidas antropométricas (AD)	• Peso actual: 61.9 kg • Estatura: 1.60 m • IMC: 24.1 kg/m² (normopeso) • Masa Grasa Corporal: 18.7 kg (%GC: 30.3%,alto) (17) • Exceso de masa grasa corporal: 1.6 kg • Masa Musculoesquelética: 23.8 kg normal (17) • Circunferencia de cintura: 71 cm (sin riesgo cardiometabólico) (18) • Circunferencia de cadera: 102 cm • ICT: .44 (19) • Índice Cintura-Cadera: 0.69 (distribución ginecoide, mayor riesgo con problemas en el retorno venoso) (18)
Información bioquímica, pruebas y procedimientos médicos (BD)	• Glucosa capilar: 92 mg/dL (Normal, ADA) (20) • No cuenta con estudios recientes. Se recomienda realizar BH, QS, HbA1c.
Examen físico orientado a la nutrición (PD)	• Presión arterial: 97/55 mmHg (Normal, AHA) (21) • Frecuencia cardíaca: 84 lpm (Normal, AHA) (22) • Exceso de grasa subcutánea
Estándares comparativos (EC)	• Requerimientos estimado de energía total 1612 kcal (Mifflin St. Jeor) X actividad física moderado (1.2 IOM) • Requerimiento de lípidos 45 g, 25% (23) • Requerimiento de proteínas 121gramos, 30% VET (23) • Requerimientos de hidratos de carbono 181 gramos, 45% VET (23) • Limitación de alcohol <1 bebida para mujeres (31) • Porcentaje de grasa recomendado: 18 – 28% (17) • Rangos de glucosa capilar < 100 mg/dL (20) • Tensión arterial S: <120 mmHg y D: <80 mmHg (21) • IMC: 18.5 – 24.9 kg/m² (normopeso) • Masa Grasa Corporal: < 28% normal mujer adulta (17) • Exceso de masa grasa corporal: 1.65 kg (17)

	• Masa Musculoesquelética: 18 – 24 kg normal (17) • Circunferencia de cintura: <80 cm (sin riesgo cardiometabólico) (18) • Índice Cintura-Cadera: 0.69 (distribución ginecoide, mayor riesgo con problemas en el retorno venoso) (18) • %cambio de peso= -10.3 ganancia de peso significativa 3 meses (16) • ICT: .45 (bajo riesgo cardiovascular)(19)
Diagnóstico nutricional	
PES 1	Ingestión energética excesiva relacionado frecuente consumo de bebidas alcohólicas evidenciado por >1 bebida con alcohol al día (R24h) y a 211.3% de adecuación energética (R24h)
PES 2	Apego limitado a las recomendaciones relacionadas con la nutrición asociado a percepción de falta de recursos (tiempo, interpersonales) que impiden el cambio evidenciado por falta de cumplimiento o inconsistencias en el cumplimiento del plan de acuerdo con escala de adherencia al plan de alimentación (6/10 moderada adherencia, Wewers ME et al)
PES 3	Patrón de alimentación desordenado, relacionado a preocupación y control del peso, evidenciado por conductas alimentarias de riesgo como miedo a engordar y conductas compensatorias (puntaje > 10 Unikel) así como ganancia significativa de peso en los últimos 3 meses (% cambio de peso: -10.3) y práctica de dietas restrictivas (narrativa de historia clínica).
Intervención nutricional	
Objetivo(s) de la intervención nutricional	Proporcionar educación de conocimientos relacionados con alimentos y nutrición sobre la ingestión limitada de alcohol. Disminuir las conductas alimentarias de riesgo, fomentando la conciencia sobre la relación entre emociones y alimentación (<i>mindful eating</i>). Reducción del peso corporal, con enfoque específico de la masa grasa corporal.

Prescripción nutricia (NP)	• Plan de alimentación de 1612 kcal/día con distribución de macronutrientes: • Hidratos de carbono: 45% (181 g) • Proteínas: 30% (121 g) • Lípidos: 25% (45 g) Equivalentes: • Fruta: 5 • Verdura: 5 • Cereales y tubérculos: 5 • AOA: 8 • AOA B: 4 • Leche A: 1 • Grasa: 3 • Grasas B: 1 • Suplemento proteína: 1 • Ajustar la ingestión de hidratos de carbono y proteínas para reducir la masa grasa sin afectar la musculatura. • Incorporar fuentes de proteína y cereales integrales en los tres tiempos de comida
Administración de alimentos y/o nutrimentos (ND)	Plan de alimentación con 3 comidas principales y colación matutina y vespertina, con estructura en horarios (anexo g, plan de alimentación)
Educación nutricia (EN)	Se retomaron temas de alimentación consciente (educación nutricional, Anexo g) se dialogó acerca de las estrategias de <i>mindful eating</i> .
Consejería nutricia (C)	Metas SMART Reducir la ingestión de calorías en fines de semana limitando el consumo de alcohol (de 6 copas a <1 copa/día) y alimentos con alto contenido energético (anexo f). Lograr que la paciente mantenga al menos 1 de las 3 comidas principales del plan alimentario durante los fines de semana (anexo f).
Referencia o coordinación de la atención nutricia (RC)	Se identifica la presencia de conductas alimentarias de riesgo, por lo que se realiza referencia al servicio de psicología para evaluación y abordaje especializado (continúa en proceso de canalización).

Monitoreo nutricio y evaluación		
Categoría	Indicador	Criterio (evolución de SyS, definir temporalidad)
Evaluación antropométrica	• % grasa corporal • Kilogramos de masa muscular cada 15 días.	Lograr una pérdida de grasa corporal de 2% en un periodo de 30 días de tiempo.
Evaluación bioquímica	Colesterol total LDL HDL Triglicéridos Hemoglobina glucosilada Glucosa en ayuno	Se recomienda revisar valores bioquímicos de acuerdo a los siguientes, anualmente: Colesterol total: <200 mg/dL (NCEP ATP III) LDL: <100 mg/dL (ACC/AHA) HDL: >50 mg/dL (NCEP ATP III) Triglicéridos: <150 mg/dL (NCEP ATP III) HbA1c: <5.7 (ADA) Glucosa en ayuno <100 mg/dL
Evaluación clínica	• Glucosa capilar • Tensión arterial	Evaluar en 15 días: • Mantener niveles normales <100 mg/dL, (ADA). • TA óptima <120/80 mmHg (AHA)
Evaluación dietética	• Evaluación del apego a la dieta • % de Hidratos de carbono	Evaluar en 15 días:

		Un apego a la dieta autoevaluable >8 Al menos 45% de Hidratos de carbono
Evaluación de actividad física	• Días de actividad física • Pasos diarios • Tipo de intensidad estimada (Escala de esfuerzo percibido, Borg) • Duración de la sesión • Tiempo total de actividad semanal • Tipo de ejercicio • Actividad adicional	Evaluar cada 30 días: • 5 días/semana (Barré, Yoga, Pilates) + 2 días/semana (fuerza) • 10,000 pasos/día • Moderada (Barré, Yoga, Pilates), Moderada a Alta (fuerza) • 3-5 (moderada) estimado, no medido directamente • 60 minutos por sesión • 300 min aeróbico (5 sesiones) + 2 sesiones de fuerza • Aeróbico/Funcional: Barré, Yoga, Pilates; Fuerza: 2 sesiones/semana • Caminata diaria (10,000 pasos)
Evaluación de sueño	• Horas de sueño	Evaluar cada 15 días: Mantenimiento de 7 horas de sueño de buena calidad
Evaluación emocional	• Conductas alimentarias de riesgo • Etapa de cambio • Niveles de estrés	Evaluar en 15 días: Puntuación de cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (<10) Evaluar a 6 meses Etapa de cambio: mantenimiento

Tercera intervención – 27 de febrero del 2025	
Análisis de la Evaluación nutricia	
Dominio	Terminología seleccionada para el caso
Historia del cliente (CH)	Datos personales: • Consultante: MSG • Edad: 23 años • Genero: Femenino • Motivo de consulta: Pérdida de grasa corporal Antecedentes heredofamiliares: • Obesidad: Padre y abuela materna • Hipertensión: Padre • Cáncer (leucemia): Abuela paterna Antecedentes personales no patológicos: • Consumo de alcohol: Ocasional Diagnósticos médicos: • Diagnósticos establecidos: Ninguno.
Antecedentes relacionados con alimentación/nutrición (FH)	Evaluación cuantitativa: • No es equilibrada: ○ Hidratos de carbono: 92.9% optima en HCO ○ Proteína: 126.9% alta en proteínas ○ Lípidos: 107.7% optima Es suficiente en energía (100.6%) Equivalentes: • Fruta: 3 • Verdura: 5.2 • Cereales y tubérculos A: 5 • AOA A: 8 • AOA B: 4 • Leche A: 2 • Grasa A: 3 • Grasa B: 1 • Suplemento proteína: 1 Evaluación cualitativa • No es una dieta inocua ya que cuenta con una baja cantidad de hidratos de carbono

	• No es una dieta variada ya que no consume diferentes alimentos de los distintos grupos existentes • Dieta no adecuada las necesidades nutricionales del paciente • No hay registro de alcohol Evaluación emocional • Escala de apego auto reportado 8, buena adherencia (Anexo e) Imagen corporal (Anexo e) Barreras: Hubo cumplimiento de consumo de alcohol ya que restringió salidas de fin de semana Conductas alimentarias de riesgo (Anexo e) Autoeficacia 10 (anexo 3) Motivación 10 (anexo 3) Actividad Física • Actividad física de intensidad moderada IPAQ (Anexo e) • Tiempo: 60 min por día, frecuencia: 5 horas a la semana Tipo: Barré, Yoga, Pilates, no realiza ejercicios de fuerza (Anexo c) • Sin riesgo para realizar ejercicio PAR-Q (Anexo e) Evaluación de sueño • Horas de sueño: 9 horas adecuado, calidad percibida: buena (Anexo e)
Medidas antropométricas (AD)	• Peso actual: 61.1 kg • Estatura: 1.60 m • IMC: 23.9 kg/m² (normopeso) • Masa Grasa Corporal: 18.2 kg (%GC: 29.8%) (17) • Masa Musculoesquelética: 23.5 kg(17) • Circunferencia de cintura: 71.5 cm (sin riesgo cardiometabólico)(18) • Circunferencia de cadera: 100.05 cm • Índice Cintura-Cadera: 0.69 (patrón ginecoide) (18) - ICT: .45 bajo riesgo cardiovascular (19)
Información bioquímica, pruebas y procedimientos médicos (BD)	• Glucosa capilar: 90 mg/dL (Normal, ADA) (20) • No cuenta con estudios recientes. Se recomienda realizar BH, QS, HbA1c, no accedio
Examen físico orientado a la nutrición (PD)	• Presión arterial: 96/58 mmHg (Normal, AHA) (21) • Frecuencia cardiaca: 60 lpm (Normal, AHA) (22)

	• Exceso de grasa subcutánea
Estándares comparativos (EC)	• Requerimientos estimado de energía total 1612 kcal (Mifflin St. Jeor) X actividad física moderado (1.2 IOM) • Requerimiento de lípidos 45 g, 25% (23) • Requerimiento de proteínas 121gramos, 30% VET (23) • requerimientos de hidratos de carbono gramos 181, 45% VET (23) • Porcentaje de grasa recomendado: 18 – 28% (17) • Rangos de glucosa capilar < 100 mg/dL (20) • Tensión arterial S: <120 mmHg y D: <80 mmHg (21) • IMC: 18.5 -24.9 kg/m² (normopeso) • Masa Grasa Corporal: < 28% normal mujer adulta (17) • Exceso de masa grasa corporal: 1.65 kg (17) • Masa Musculoesquelética: 18 - 24 kg normal (17) • Circunferencia de cintura: <80 cm (sin riesgo cardiometabólico) (18) • Índice Cintura-Cadera: <.85 (distribución ginecoide, mayor riesgo con problemas en el retorno venoso) (18) • ICT: <.50 (bajo riesgo cardiovascular)(19)
Diagnóstico nutricional	
PES 1	Patrón de alimentación desordenado, relacionado a preocupación y control del peso, evidenciado por conductas alimentarias de riesgo como miedo a engordar y conductas compensatorias (puntaje > 10 Unikel) así como ganancia significativa de peso en los últimos 3 meses (% cambio de peso: -10.3) y práctica de dietas restrictivas (narrativa de historia clínica).
PES 2	Déficit de automonitoreo relacionado a falta de apoyo social y falta de autoeficacia asociado a bajo puntaje de apego a plan de alimentación los días que sale de casa (6/10) mencionado por paciente durante recolección de datos en historia clínica.
Intervención nutricional	
Objetivo(s) de la intervención nutricional	Promover conductas de alimentación consciente y equilibrada fuera de casa, reforzando los aprendizajes de <i>mindful eating</i>. Reducción del peso corporal, con enfoque específico de la masa grasa corporal.

Prescripción nutricia (NP)	• Plan de alimentación de 1611 kcal/día con distribución de macronutrientes: • Hidratos de carbono: 45% (182 g) • Proteínas: 26% (104 g) • Lípidos: 29% (52 g) Equivalentes: • Fruta: 2.5 • Verdura: 6.5 • Cereales y tubérculos: 6 • AOA: 7 • AOA B: 1 • AOA C: 2 • Grasa: 4.5 • Grasas B: .5 • Ajustar la ingestión de hidratos de carbono y proteínas para reducir la masa grasa sin afectar la musculatura.
Administración de alimentos y/o nutrientes (ND)	Plan de alimentación con 3 comidas principales y colación matutina y vespertina, con estructura en horarios (anexo g, plan de alimentación)
Educación nutricia (EN)	Se retomó temas de alimentación consciente (educación nutricional, Anexo g) Se evaluaron estrategias aprendidas en la sesión anterior
Consejería nutricia (C)	Metas SMART Estrategias de alimentación consciente <i>Mindful Eating</i>: Para evitar restricciones, mejorar relación con la comida (hidratos de carbono) promover variedad en la dieta (anexo f).
Referencia o coordinación de la atención nutricia (RC)	Se refirió con el equipo de psicología, la paciente negó su participación ya que solo le faltaba una asistencia del programa nutricional

Monitoreo nutricio y evaluación		
Categoría	Indicador	Criterio (evolución de SyS, definir temporalidad)
Evaluación antropométrica	• % grasa corporal • Kilogramos de masa muscular cada 15 días.	Lograr una pérdida de grasa corporal de 2% en un periodo de 30 días de tiempo.
Evaluación bioquímica	Colesterol total LDL HDL Triglicéridos Hemoglobina glucosilada Glucosa en ayudo	Se recomienda revisar valores bioquímicos de acuerdo a los siguientes, anualmente: Colesterol total: <200 mg/dL (NCEP ATP III) LDL: <100 mg/dL (ACC/AHA) HDL: >50 mg/dL (NCEP ATP III) Triglicéridos: <150 mg/dL (NCEP ATP III) HbA1c: <5.7 (ADA) Glucosa en ayuno <100 mg/dL
Evaluación clínica	• Glucosa capilar • Tensión arterial	Evaluar en 15 días: • Mantener niveles normales <100 mg/dL, (ADA). • TA óptima <120/80 mmHg (AHA)
Evaluación dietética	• Evaluación del apego a la dieta • % de Hidratos de carbono	Evaluar en 15 días: Un apego a la dieta autoevaluable >8

		Al menos 45% de Hidratos de carbono
Evaluación de actividad física	• Días de actividad física • Pasos diarios • Tipo de intensidad estimada (Escala de esfuerzo percibido, Borg) • Duración de la sesión • Tiempo total de actividad semanal • Tipo de ejercicio • Actividad adicional	Evaluar cada 45 días: • 5 días/semana (Barré, Yoga, Pilates) + 2 días/semana (fuerza) • 10,000 pasos/día • Moderada (Barré, Yoga, Pilates), Moderada a Alta (fuerza) • 3-5 (moderada) estimado, no medido directamente • 60 minutos por sesión • 300 min aeróbico (5 sesiones) + 2 sesiones de fuerza • Aeróbico/Funcional: Barré, Yoga, Pilates; Fuerza: 2 sesiones/semana • Caminata diaria (10,000 pasos)
Evaluación de sueño	• Horas de sueño	Evaluar cada 15 días: Mantenimiento de 7 horas de sueño de buena calidad
Evaluación emocional	• Conductas alimentarias de riesgo • Etapa de cambio • Nivel de estrés	Evaluar en 15 días: Puntuación de cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (<10) Evaluar a 6 meses Etapa de cambio: mantenimiento

4.- Intercambio clínico con el equipo multidisciplinario

Se identifica la presencia de conductas alimentarias de riesgo, por lo que se realiza referencia al servicio de psicología para evaluación y abordaje especializado.

5.- Discusión

La intervención nutricional realizada en una paciente joven con normopeso y porcentaje elevado de grasa corporal refleja un enfoque contemporáneo que reconoce la importancia de evaluar la composición corporal más allá del IMC, alineado con investigaciones que señalan que individuos con normopeso pueden presentar porcentajes altos de grasa corporal y estar en riesgo de enfermedades crónicas (26).

El abordaje dietético, centrado en la redistribución de macronutrientes y la incorporación del enfoque de alimentación consciente (mindful eating), ha mostrado ser una estrategia eficaz en la mejora de la relación con los alimentos y la reducción de conductas restrictivas, según reportan estudios como el de Kristeller & Wolever (2011), quienes encontraron mejoras en la autorregulación del apetito y reducción de atracones (27). En este caso, si bien se observó mejoría parcial en la adherencia al plan y una disminución en el consumo de lípidos, persistieron conductas compensatorias y un patrón de alimentación desordenado, lo que limita el impacto esperado.

Uno de los elementos relevantes fue la resistencia de la paciente a recibir atención psicológica especializada, a pesar de la identificación de conductas alimentarias de riesgo, un hallazgo consistente con lo reportado por Treasure et al. (2020), quienes destacan que el estigma y la baja percepción de gravedad son barreras comunes al tratamiento en pacientes jóvenes (28). Este aspecto

representó una limitación importante en el caso, dado que la dimensión emocional y cognitiva no fue abordada integralmente.

El uso de estrategias como el ajuste progresivo de la ingestión energética y la recomendación de ejercicio de fuerza también contrasta con la evidencia actual que sugiere que la incorporación de ejercicios de resistencia es clave para preservar masa muscular y favorecer la reducción de grasa visceral, tal como lo reportan Donnelly et al. (2009) en intervenciones de pérdida de grasa sin deterioro de tejido magro (29). La ausencia de esta modalidad puede haber limitado el progreso antropométrico observado.

Otro aspecto relevante para mencionar es el consumo de alcohol, ya que incluso en cantidades moderadas, se ha asociado con riesgos significativos para la salud a mediano y largo plazo. Investigaciones recientes indican que no existe un nivel seguro de consumo de alcohol, ya que incluso pequeñas cantidades pueden aumentar el riesgo de desarrollar diversos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y trastornos neurológicos. Además, el alcohol es un carcinógeno del Grupo 1 según la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, lo que significa que hay evidencia suficiente de su capacidad para causar cáncer en humanos. Estos hallazgos subrayan la importancia de reevaluar las pautas de consumo de alcohol y considerar estrategias de salud pública que promuevan la reducción o eliminación del consumo de alcohol para mejorar la salud a largo plazo de la población (32).

A pesar de estas limitaciones, los avances en la adherencia al plan alimentario y la mejora en la percepción de la salud alimentaria sugieren que intervenciones breves, individualizadas y centradas en el contexto psicosocial del paciente pueden generar cambios significativos a corto plazo. No obstante, como señala el estudio longitudinal de Kolvusilta (2024), la sostenibilidad de estos cambios requiere un entorno de apoyo que refuerce las habilidades de autocuidado y monitoreo durante la adultez joven (30).

6.- Conclusiones

El proceso de atención nutricia evidenció en la paciente los desafíos comunes en la adultez joven, donde la preocupación por la imagen corporal, la presencia de conductas alimentarias de riesgo y el consumo excesivo de alcohol dificultaron la adherencia a las recomendaciones. A pesar de contar con un IMC dentro de rango normal, la paciente presentó un porcentaje en el límite alto de grasa corporal, situación que subraya la importancia de evaluar la composición corporal más allá del peso.

Durante el seguimiento, se observó una mejora parcial en la distribución de macronutrientes y en la conciencia sobre sus hábitos de alimentación. Sin embargo, la falta de apego al tratamiento, especialmente durante los fines de semana, y la resistencia a recibir apoyo psicológico, limitaron el alcance de los objetivos planteados.

Este caso resalta la necesidad de reforzar intervenciones interdisciplinarias, enfocadas no solo en la modificación de la alimentación, sino también en el abordaje emocional y conductual. La implementación de estrategias de educación en nutrición y técnicas de *mindful eating* permitió algunos avances, pero persisten áreas de oportunidad relacionadas con la gestión emocional, el seguimiento a largo plazo y la aceptación de apoyo psicológico para lograr cambios sostenibles en el tiempo.

7.- Bibliografía

1. Popkin BM, Corvalan C, Grummer-Strawn LM. Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. *Lancet*. 2020;395(10217):65–74. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31852602/>
2. Robledo Aburto Z. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022. *Salud Pública Méx.* 2023;65(1):1-3. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/15087>
3. Dávila-Torres J, González-Izquierdo JJ, Barrera-Cruz A. Panorama de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015;53(2):240-249. Disponible en: https://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/viewFile/21/54
4. Gaete PV. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Rev Chil Pediatr.* 2020;91(3):478–86. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000500784
5. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet*. 2020;395(10227):899–911. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673620300593>
6. Bartoli ChecaM, Bosque, Prous M. Diseño y prueba piloto de un programa escolar de educación emocional para la promoción de la salud y la prevención destinado a niños y niñas de 3 a 5 años. 2022. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/res_p/revista_cdrom/VOL96/ORIGINALES/RS96C_202211080.pdf
7. Kolvusilta K, Lenna. Health and health behaviours in adolescence as predictors of education and socioeconomic status in adulthood - a longitudinal 2024. <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-18668-7>

8. Skogen B, Ingeborg. Weight-Based Victimization and Physical Activity Among Adolescents With Overweight or Obesity: A Scoping Review of Quantitative and Qualitative Evidence. 2022. <https://www.frontiersin.org/journals/sports-and-active-living/articles/10.3389/fspor.2022.732737/full>
9. Tao Yinhua, Wall Melanie. Changes in diet quality across life transitions from adolescence to early adulthood: a latent growth analysis. 2024. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002916524007135>
10. Stunkard AJ, Sørensen TI, Schulsinger F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In: Kety SS, Rowland LP, Sidman RL, Matthysse SW, editors. *The Genetics of Neurological and Psychiatric Disorders*. New York: Raven Press; 1983. p. 115–120.
11. Unikel C, Bojórquez I, Carreño S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Publica Mex*. 2004;46(6):509–15.
12. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390–5. doi:10.1037/0022-006X.51.3.390.
13. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003;35(8):1381–95. doi:10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB.
14. Thomas S, Reading J, Shephard RJ. Revision of the Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q). *Can J Sport Sci*. 1992;17(4):338–45.
15. Wewers ME, Lowe NK. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Res Nurs Health*. 1990;13(4):227–36. doi:10.1002/nur.4770130405.
16. National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. NIH Publication No. 98-4083, 1998.

17. InBody Co., Ltd. InBody Body Composition Analysis: Interpretation Guide. Seoul, South Korea: InBody Co., Ltd.; 2017.
18. Suverza Fernández A, Haua Navarro K. El ABCD de la evaluación del estado de nutrición. 2ª ed. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2011.
19. Ashwell M, Gibson S. A proposal for a primary screening tool: 'Keep your waist circumference to less than half your height'. *BMJ Open*. 2016;6(3):e010159. doi:10.1136/bmjopen-2015-010159.
20. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*. 2024;47(Suppl 1):S27–S38. doi:10.2337/dc24-S002.
21. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71(19):e127–248. doi:10.1016/j.jacc.2017.11.006.
22. American Heart Association. All About Heart Rate (Pulse). 2023. Disponible en: <https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/the-facts-about-high-blood-pressure/all-about-heart-rate-pulse>
23. Bourges H, Casanueva E, Rosado JL, editores. Recomendaciones de ingestión de nutrimentos para la población mexicana. Bases fisiológicas. Tomo 2. México: Editorial Médica Panamericana; 2009.
24. Ashwell M, Hsieh SD. Six reasons why the waist-to-height ratio is a rapid and effective global indicator for health risks of obesity and how its use could simplify the international public health message on obesity. *Int J Food Sci Nutr*. 2005;56(5):303–307.
25. Secretaría de Salud (México). Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Diario Oficial de la Federación. 2012. Disponible en:

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/138258/NOM-043-servicios-basicos-salud-educacion-alimentaria.pdf>

26. Romero-Corral A, Somers VK, Sierra-Johnson J, Thomas RJ, Collazo-Clavell ML, Allison TG, et al. Normal weight obesity: a risk factor for cardiometabolic dysregulation and cardiovascular mortality. *Eur Heart J*. 2010;31(6):737–46. doi:10.1093/eurheartj/ehp487
27. Kristeller JL, Wolever RQ. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eat Disord*. 2011;19(1):49–61. doi:10.1080/10640266.2011.533605
28. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet*. 2020;395(10227):899–911. doi:10.1016/S0140-6736(20)30059-3
29. Donnelly JE, Blair SN, Jakicic JM, Manore MM, Rankin JW, Smith BK. American College of Sports Medicine Position Stand. Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Med Sci Sports Exerc*. 2009;41(2):459–71. doi:10.1249/MSS.0b013e3181949333
30. Kolvusi K. Health and health behaviours in adolescence as predictors of education and socioeconomic status in adulthood – a longitudinal study. *BMC Public Health*. 2024;24(1):18668. doi:10.1186/s12889-024-18668-7
31. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Rethinking Drinking: Alcohol and Your Health* [Internet]. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 2020. Disponible en: https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/NIAAA_Rethinking_Drinking.pdf
32. World Health Organization. No level of alcohol consumption is safe for our health [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 2025 May 31]. Disponible en: <https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health>

8.- Anexos

a) Consentimiento informado



**Clínica de Nutrición
Universidad Iberoamericana
Ciudad de México
Departamento de Salud
Edificio L primer piso #111
Exts: 7239, 7057, 7023, 7016**

Estimado(a) Señor/Señora/:

Introducción/Objetivo:

La Universidad Iberoamericana Ciudad de México está realizando un proyecto de investigación (EN COLABORACIÓN CON LA CLÍNICA DE NUTRICIÓN). El objetivo del estudio es **"Proporcionar atención Nutricia a la comunidad Universitaria"**. El estudio se está realizando en **ESTA COMUNIDAD y en ESTA CLÍNICA**.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

1. Le haremos algunas preguntas acerca de **sus antecedentes personales, alimentación, estilo de vida, estado emocional y actividad física** como por ejemplo: qué acostumbra usted desayunar, comer cenar, etc... y cuestiones generales acerca de sus antecedentes personales como por ejemplo: **fuma o consume bebidas alcohólicas, etc...** La entrevista/ el cuestionario tendrá una duración aproximada de **una hora**. Lo entrevistaremos en los consultorios de la Clínica de Nutrición, edificio L primer piso 111, en un horario de 7:00 am a 6:00 pm de lunes a jueves y de 7:00 am a 2:30 pm los viernes.
2. Autoriza tomarle una muestra de sangre: **SI, muestra capilar.**
(SI HAY TOMA DE MUESTRAS DE SANGRE ESPECIFICAR LA CANTIDAD EN ML)

Le aclaramos que (TANTO LAS ENTREVISTAS Y/ O TOMA DE MUESTRAS) serán realizadas por personal capacitado.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a), tiene el derecho de no responderla. (SI SE REALIZAN TOMA DE MUESTRAS DE SANGRE ESPECIFICAR SI HAY ALGÚN RIESGO COMO UN PEQUEÑO MORETÓN O PEQUEÑO DOLOR EN EL MOMENTO, ASÍ COMO ACLARAR QUE EL MATERIAL QUE SE UTILIZARÁ ES NUEVO Y DESECHABLE).

Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan dentro del campus universitario.

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

b) Aviso de privacidad

Aviso de Privacidad Simplificado Servicio Médico y/o las Clínicas Nutrición y Adultos Mayores

Universidad Iberoamericana, A.C., con domicilio en Prolongación Paseo de la Reforma número 880, Colonia Lomas de Santa Fe, Alcaldía Álvaro Obregón, Código Postal 01219, en la Ciudad de México, es la responsable del uso y protección de sus datos personales, y al respecto le informamos lo siguiente:

Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades, siendo estas necesarias para la prestación de nuestros servicios académicos, administrativos, comunitarios y de incidencia en el sistema educativo de la IBERO:

- I. Atención a urgencias médicas.
- II. Aplicación de exámenes médicos anuales.
- III. Orientación y asesoría médica.
- IV. Aplicación de medicamento para el padecimiento que se presente.
- V. Creación, estudio, análisis, actualización y conservación del expediente de participante.
- VI. Conservación de registros para seguimiento a consultas y padecimientos.
- VII. En situación de emergencia, contactar a sus familiares y/o médico tratante para la gestión de servicios de salud, prevención, diagnóstico, interconsulta, prestación de asistencia psicológica o de salud.
- VIII. Administración del acceso electrónico a los sistemas tecnológicos de la IBERO, incluida la validación electrónica de documentos mediante archivos digitales.
- IX. Elaboración de encuestas, estadísticas e informes para uso exclusivo de la IBERO.
- X. Elaboración de estadísticas e informes requeridos por las autoridades en México.

De manera adicional, utilizaremos su información personal para las siguientes finalidades que no son necesarias para el cumplimiento de nuestros procesos administrativos y/o de operación, pero que nos permiten y facilitan brindarle una mejor atención:

- a. Promoción de los servicios e información para el cuidado de la salud.
- b. Realizar encuestas y obtener su retroalimentación para mejorar nuestros servicios.

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para estos fines adicionales, desde este momento nos puede comunicar lo anterior enviando un correo electrónico a la siguiente dirección: datospersonales@ibero.mx. La negativa para el uso de sus datos personales para estas finalidades no podrá ser un motivo para que le neguemos los servicios que contrata con la Universidad Iberoamericana, A.C., y de conformidad con la Ley, contará con un plazo de cinco días hábiles para manifestarla.

Para conocer más información sobre los términos y condiciones en que serán tratados sus datos personales, conocer los terceros con quienes compartimos su información personal y la forma en que podrá ejercer sus derechos ARCO, puede consultar el aviso de privacidad integral accediendo a la siguiente liga <http://www.ibero.mx/aviso-legal-y-de-privacidad>

[Nombre completo] _____
[Fecha] _____
[Firma] _____

Otorgo mi consentimiento para que mis datos personales sean tratados conforme a lo señalado en el presente aviso de privacidad.

c) Historias clínicas

Fecha: 30/01/2025

Nombre del entrevistador: Shainy Ramírez Arenas

Lugar de la Entrevista: Clínica de Nutrición de la Universidad Iberoamericana

DATOS PERSONALES

Nombre: MSG

Sexo: M / **F**

Lugar de origen: Mérida Yucatán

Fecha de nacimiento: 03/12/2001

Edad: 23 años

Estado civil: **soltero**/ casado/ divorciado/ viudo/ unión libre

Teléfono celular: 9993359653

Correo electrónico: maria.sansores.33@icloud.com

Firmó consentimiento informado: **Sí** / No

Último grado de estudios: Licenciatura

Ocupación: Diseñadora

¿Cuál es el motivo de su consulta?

Perdida de grasa

ASPECTOS SOCIALES

¿Con quién vive? Sola

¿Quién puede apoyarte para realizar los cambios en su alimentación? Persona que realiza limpieza

¿Cómo lo puedes hacer? Preparando los alimentos para toda la semana

¿Eres cuidador primario de alguien? No

¿Considera que su situación económica repercute en sus hábitos de alimentación y bienestar? No

En caso de ser así, explique:

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Antecedentes familiares	Sí/No	¿Quién?
Obesidad	Sí	Padre, abuela materna
Diabetes	No	
Hipertensión	Sí	Padre
Cáncer	Sí	Leucemia abuela paterna
Dislipidemias	No	
Enfermedad Cardiovascular	No	
Otra ¿Cuál?	No	

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Tabaquismo: Si ☐ No ☒ ☐	¿Cuántos cigarros por día?
--	----------------------------

Alcoholismo: Si ☐ No ☐	¿Cuántas copas por día o por semana? 5 copas 1 o 2 veces por mes
---	--

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

FUM: 21 de enero 2025	Periodos: Regulares ☐ Irregulares ☐
Anticonceptivos orales: Si/ No ☐ ¿Cuál? _____ Dosis: _____ _____	
Gestas: __No____ Cesáreas __No____ Partos: __No____ Abortos __No____	
Ganancia de peso durante el embarazo: Embarazo 1 Embarazo 2 Embarazo 3 Embarazo 4	Pérdida de peso después del embarazo: Embarazo 1 Embarazo 2 Embarazo 3 Embarazo 4
Embarazo actual Si / No ☐ Semanas de gestación referido por paciente: _____ _____ Semanas de gestación referido por FUM: _____ _____	
Menopausia: Si / No ☐ Año de inicio: _____ Terapia de reemplazo hormonal: Si / No ☐ ¿Cuál? _____ Dosis: _____	

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Cuenta con alguna enfermedad diagnosticada: SI ☐ NO ☒	
¿Cuál? _____	
¿Desde cuándo? _____	
Medicamentos (Nombre y dosis): No	
Sistema gastrointestinal: ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas? Náusea: Sí / No Días por semana: _____ Vómito: Sí / No Días por semana: _____ Pirosis: Sí / No Días por semana: Cuando consume un mayor volumen de alimentos Cólicos: Sí / No Días por semana: _____ Diarrea: Sí / No Días por semana: _____ Distensión Abdominal: Si / No Días por semana: _____ Gastritis: Si / No Días por semana: _____ Colitis: Si / No Días por semana: _____ Estreñimiento: Si / No Días por semana: _____ Falta de apetito: Si / No Días por semana: _____ Otra: _____	
¿Le han practicado alguna cirugía? SI ☐ NO ☒ ¿Cuándo? _____	
¿Toma algún suplemento/complemento? Si ☐ NO ☐ ¿Cuáles? Proteína Habits Dosis: 1 scoop ¿Por qué? Practicidad	

HISTORIA DE PESO

Peso mínimo (últimos 3 años): 53 kilos	Peso habitual: 55 kilos
---	----------------------------

Peso máximo (últimos 3 años): 64 kilos	Peso esperado con esta intervención: 55 kilos
--	---

Ha llevado alguna dieta especial en algún momento de su vida: **Si** ☐ No

☐

Describir en la siguiente tabla:

	Tipo de Dieta	Hace cuánto	Duración	Razón	Apego	Resultados
1	Hipocalórica	1 año	6 meses	Ordenar alimentación	100%	100%

Ha utilizado medicamentos para bajar de peso:	SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles?
Ha utilizado suplementos para bajar de peso (Herbolaria, té, malteadas, laxantes, etc.)	SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles? LessLess Suplemento alimenticio a base de vegetales, frutas y hierbas
Actualmente toma algún medicamento o suplemento para bajar de peso:	SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles?

EVALUACIÓN

I. EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

PARÁMETRO	
-----------	--

Peso (kg)	60.7
Estatura (m)	160
IMC (Kg/m ²)	23.7
Masa Musculoesquelética (MME)	23.4
Masa Grasa Corporal (kg)	18.2
% Grasa Corporal	29.9
Grasa Visceral (kg)	
Agua Corporal (L)	31.1
Circunferencia cuello (cm)	32
Circunferencia de cintura (cm)	71
Circunferencia abdomen (cm)	74
Circunferencia cadera (cm)	102
Circunferencia muñeca (mano no dominante) (cm)	15
Índice cintura cadera	.69
Índice cintura talla	.44

EVALUACIÓN CLÍNICA

Exploración física orientada a la nutrición	
Cabello: aspecto normal	Brillante Firme, difícil de desprender

Ojos: aspecto normal	Brillantes Mucosas húmedas Conjuntivas rosadas
Cara: aspecto normal	Piel rosada Uniforme, lisa y sana, No tumefacta
Cuello: aspecto normal	Sin inflamación
Piel: aspecto normal	Suave Hidratada Con buen color
Uñas: aspecto normal	Sanas Crecimiento normal
Signos vitales	Presión arterial: 80/66 mm Hg Frecuencia cardíaca: 84 lpm
Acantosis nigricans	Si ☐ No ☐ ¿En qué área del cuerpo?
Glucosa capilar	Cifra: 95 mg/dL Ayuno ☐

d) Estudios de laboratorio y de gabinete

Fecha de estudios de laboratorio: _____			
Indicador	Resultado	Referencia	Interpretación
Se recomienda realizar Biometría hemática completa, química sanguínea básica, HbA1c			

NOTA: En caso de no tener estudios de laboratorio recientes, indicar cuáles son necesarios.

EVALUACIÓN DIETÉTICA

¿Cuántas comidas hace al día?

Lunes a viernes	3 comidas 1 o 2 snack
Fines de semana	2 comidas fuertes, picar entre comidas (nueces, cacahuates)

¿Dónde consume sus alimentos?	Fuera de casa (1 a 7)	En casa (1 a 7)
Desayuno		7
Comida	4	3
Cena		7

¿Quién prepara sus alimentos? Ella misma	
¿En cuánto tiempo consume sus alimentos? 20 min	
¿Come entre comidas? Si ☐ No ☐ ¿Qué? Chobani, garbanzos, coco, Susalias.	
¿Ha modificado su alimentación en los últimos 6 meses?	Si ☐ No ☐ ¿En qué? En la cantidad y calidad de los alimentos
Apetito: Bueno ☐ Malo ☐ Regular ☐ Nivel de saciedad: Bueno ☐ Malo ☐ Regular ☐	
¿A qué hora del día tiene más hambre? Noche	

Alimentos que no le agradan o no acostumbra consumir: Pescados y mariscos, (productos del mar)
Alimentos preferidos: Pollo (pechuga), carne molida de res.
Especificar frutas y verduras que le agraden: Todas
¿Es alérgico o intolerante a algún alimento? Si ☐ No ☒ En caso de ser así ¿A cuál? No es intolerante a la lactosa pero prefiere bebidas de origen vegetal
Vasos de agua natural/ día: 8 (2L) Vasos otros líquidos/día: No
Agrega sal a la comida ya preparada: Si ☐ No ☒ Otros condimentos utilizados con sodio (como salsa Magui, salsa de soya, consomes, etc.): Si ☐ No ☒ Especificar:

Análisis de dieta correcta

	SI	NO	Interpretación
Completa	x		Es completa ya que incluye todos los grupos de alimentos
Equilibrada (cuanti)		x	% de macronutrientes (del VET) No es equilibrada ya que es insuficiente en HCO y proteínas y excesiva en lípidos
Inocua		x	No es una dieta inocua ya que cuenta con una cantidad excesiva de lípidos
Suficiente (cuanti)		x	NOTA: Incluir energía, micronutrientes y macronutrientes

			Es suficiente en energía, pero no es suficiente en proteína (59.7% adecuación) ni HCO (86.4% adecuación), es excesiva en lípidos (147% adecuación)
Variada		x	No es una dieta variada ya que no consume diferentes alimentos de los distintos grupos existentes, por ejemplo: desayunos y cenas repetitivos
Adecuada		x	¿Qué tan adecuada en la dieta para esa persona en esta etapa de la vida? Dieta no adecuada las necesidades nutricionales del paciente.

Recordatorio de 24 horas

Hora	Ocasión	Alimento/Bebida	Descripción de alimento/tipo			% consumido
			Cantidad	Ingrediente	Marca/preparación/tipo	
8:00	Desayuno	Licuada	1 vaso	1 vaso de leche de almendra 1 scoop de prote. Habits ½ taza de Blue Berries Cacao s/azúcar	Silk s/azúcar Habits cacao Checo Pérez	100
1:45	Colación	Coco, agua de coco	1 pieza		Coco natural	100

5:00	Colación 2	Yogurt bebible Susalias Nacho	1 pieza 1 bolsita		Yoplait 10g proteína Susalias 50 g	100
6:30	Comida	Arroz con pollo	1 plato	½ taza de arroz blanco cocinado Pechuga de pollo asada 100g Aguacate 1/3 de pieza	Arroz blanco casero Pechuga asada con aceite en aerosol 5 disparos	100
10:00	Cena	Rebanada de tarta de queso Ensalada	1 pieza 1 bowl	Garbanzo ½ taza Panela 40 g, pepino 1 pieza, tomate 1 pieza , aguacate ½ pieza, salmas 1 paquete	Tarta de queso de establecimiento de autoservicio Garbanzo enlatado, Demas alimentos crudos	100

Cucharadita= cuchara cafetera (5ml)

Cucharada= cuchara sopera (15ml)

Taza ó vaso = 250ml

90 gramos = se hará referencia a la palma de la mano

Lista de alimentos olvidados

Aceite comestible, mantequilla o manteca de cerdo
Sal
Refrescos
Jugos industrializados
Jugos naturales
Agua de sabor o de fruta
Azúcar
Dulces
Chocolates
Botana (papas, cheetos, doritos, chips, cicharrones)
Aderezos (ranch, César, mil islas, chipotle, mayonesa, blue cheese)
Salsas o chile para botana (valentina, botanera, búffalo, tajín, miguelito)
Chicles
Endulzantes (cajeta, mermelada, miel, nutella)
Gomitas
Cacahuates, nueces, semillas
Fruta
Agua simple
Cereales con grasa (galletas, pan de dulce, pasteles)
Helados, malteadas, frappés, licuados, skimos

R24

Grupo		Hdec	Prot	Lip	Calorías
Fruta	2.5	37.5	0	0	150
Verdura	2.25	9	4.5	0	54
Cereales y tubérculos	2	30	4	0	136
Cereales con grasa	4	60	8	20	452
Leguminosas	.5	10	4	0.5	60.5
O.A muy bajo en grasa	0	0	0	0	0
O.A. bajo en grasa	4	0	28	12	220
O.A. moderado en grasa	0	0	0	0	0
O.A. alto en grasa	0	0	0	0	0
Leche descremada	1	12	9	2	102
Leche semidescremada	0	0	0	0	0
Leche entera	0	0	0	0	0
Azúcar	1	10	0	0	40
Grasa	10	0	0	50	450
Azúcar con grasa	0	0	0	0	0
Grasa con proteína	0	0	0	0	0
Suplemento de proteína	1	0	7	1	37
Total		168.5 g	64.5 g	85.5 g	1701.5 cal

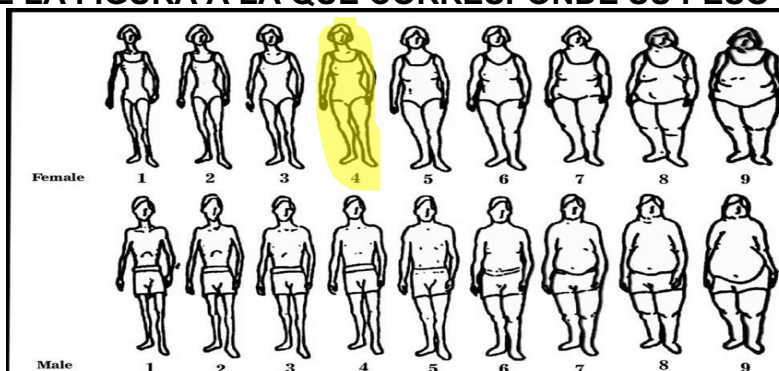
% Distribución	HCO	Proteína	Lípidos
	39.61	15.16	45.22

Calculo GET (Mifflin + FAF 1.2 (moderada) + ETA 1= 1731 calorías

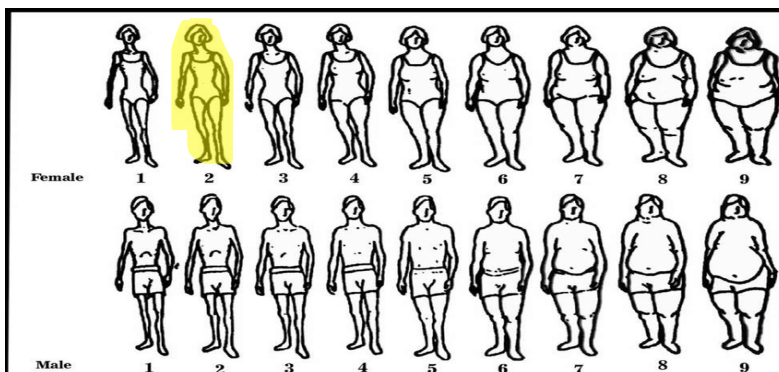
% Distribución	HCO: 195 g	Proteína: 108 g	Lípidos: 58 g
	45%	25%	30%
% Adecuación	86.4%	59.7%	147%
	Ingestión de HCO insuficiente	Ingestión de HCO insuficiente	Ingestión de lípidos excesiva

EVALUACIÓN EMOCIONAL

SELECCIONE LA FIGURA A LA QUE CORRESPONDE SU PESO ACTUAL



SELECCIONE LA FIGURA QUE USTED DESEARÍA TENER



CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

En los últimos tres meses (marca una opción para cada inciso)

	<i>Nunca o casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Con frecuencia Dos veces en una semana</i>	<i>Con mucha frecuencia Más de dos veces en una semana</i>
1 Me ha preocupado engordar				
2 En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida				
3 He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)				
4 He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso				
5 He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso				
6 He hecho dietas para tratar de bajar de peso				
7 He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				
8 He usado pastillas para tratar de bajar de peso Especifica cuál(es) _____				
9 He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso Especifica cuál(es) _____				
10 He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso Especifica cuál(es) _____				

Calificación: 11 riesgo alto (>10 puntos)

EVALUACIÓN DE MOTIVACIÓN Y AUTOEFICIENCIA

Del 0 - 10 (donde 0 es nada y 10 es mucho) qué tan motivado se siente para realizar cambios en su alimentación (como aumentar el consumo de verdura, disminuir el consumo de bebidas azucaradas, etc.): 10

*En caso de tener menos de 7, ¿que podría hacer para sentirse más motivado?

Del 0 - 10 (donde 0 es nada y 10 es mucho) qué tan motivado se siente para aumentar su nivel de actividad física: 10

*En caso de tener menos de 7, ¿que podría hacer para sentirse más motivado?

Del 0-10 que tanta confianza tiene en usted para realizar cambios en su alimentación:

*En caso de tener menos de 7, ¿que podría hacer para tener más confianza? 10

Del 0-10 que tanta confianza tiene en usted para aumentar su nivel de actividad física:

*En caso de tener menos de 7, ¿que podría hacer para tener más confianza? 10

SUEÑO

Horario de sueño entre semana: de 23:30 a 7:00 horas.

Horas de sueño: 7 a 7 1/2

Horario de sueño fines de semana: de 1:00 am a 9:00 horas

Horas de sueño: 8

Calidad de sueño percibida: Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐

ETAPA DE MOTIVACIÓN AL CAMBIO (PROCHASKA Y DICLEMENTE): Acción

Motivo: Tiene intención de cambiar y ha realizado acciones para ello.

ESTRÉS

Nivel de estrés actual (del 0 al 10): 4

Motivo(s) del estrés: Trabajar bajo presión, organización del tiempo

EVALUACION ACTIVIDAD FÍSICA

Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)

Nos interesa conocer el tipo de actividad física que usted realiza en su vida cotidiana.

Las preguntas se referirán al tiempo que destinó a estar activo/a **en los últimos 7 días.**

1. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizó actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?

- a. Días por semana (indique el número): ____ No ____
- b. Ninguna actividad física intensa (pase a la pregunta 3):

2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?

- a. Indique cuántas horas por día. _____
- b. Indique cuántos minutos por día. _____
- c. No sabe / No está seguro. _____

3. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas tales como transportar pesos livianos, o andar en bicicleta a velocidad regular? No incluye caminar.

- a. Días por semana (indique el número): ____ 7 ____
- b. Ninguna actividad física moderada (pase a la pregunta 5):

4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?

- a. Indique cuántas horas por día: ____ 1 ____
- b. Indique cuántos minutos por día: ____ 60 ____
- c. No sabe / No está seguro: _____

5. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días caminó por lo menos 10 minutos seguidos?

- a. Días por semana (indique el número): ____ 7 ____
- b. Ninguna caminata (pase a la pregunta 7): _____

6. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de estos días?

- a. Indique cuántas horas por día: ____ 1 ____

- b. Indique cuántos minutos por día: ____ 60 ____
- c. No sabe / No está seguro

7. Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?

- a. Indique cuántas horas por día: ____ 6 a 7 ____
- b. Indique cuántos minutos por día: ____
- c. No sabe / No está seguro: ____

RESULTADO: NIVEL DE ACTIVIDAD (señale el que proceda)	
Nivel Alto	
Nivel Moderado	x
Nivel Bajo o Inactivo	

Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ - International Physical Activity Questionnaire) (13)

¿Cuánto tiempo por día o por semana? 60 min por día, 5 horas a la semana

En caso de que no, ¿Cuáles son sus barreras? No siempre tiene el mismo tiempo para hacer ejercicio, no ha tenido motivación.

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS MARCANDO SI O NO (Par-Q)

SI	NO	
	X	¿Algún médico le ha dicho que tiene problemas del corazón y que sólo debe hacer actividades físicas recomendadas por un médico?
	X	¿Tiene dolor en el pecho cuando hace alguna actividad física?

	X	En el último mes, ¿Tiene dolor en el pecho cuando no está haciendo actividades físicas?
	X	¿Pierde el equilibrio por mareos o alguna vez ha perdido el conocimiento?
	X	¿Tiene algún problema en algún hueso o articulación que pueda ser agravado por algún cambio en su actividad física?
	X	¿Está tomando medicamentos recetados por el médico para la presión arterial o para el corazón (ejemplo, pastillas diuréticas)?
	X	¿Sabe de cualquier otra razón en contra de que ejercite?

EVALUACIÓN FITT

¿Realizas ejercicio? Si ☐ No ☐
¿Con qué frecuencia? 5 de 7
Intensidad: Moderada Herramienta de medición (FC, escala del habla , pasos por minuto, etc...)
Tipo de ejercicio: Pilates, Barre, Yoga

INTERPRETACIÓN DE INDICADORES

ANTROPOMÉTRICOS	IMC: 23.7 kg/m2 normo peso Peso mínimo según IMC: 47.36 kg/m2 Peso máximo según IMC: 63.74 kg/m2 Peso esperado sin exceso de grasa: 55.2 kg con base en InBody (28% porcentaje de grasa corporal esperado)
-----------------	---

	ICC: .69 Ginecoide, mayor riesgo con problemas en el retorno venoso (varices en miembros inferiores) ICT: .44 Sin riesgo a factores metabólicos Circunferencia abdominal: <80 sin riesgo de morbilidad Circunferencia de cuello: <34 cm sin riesgo SOA Circunferencia de muñeca: 10.6 complexión mediana
BIOQUÍMICOS	--
CLÍNICOS	• Presión arterial: 80/66 mmHg: • Dentro de parámetros normales. Puede deberse a su actividad física moderada. • Frecuencia cardiaca en reposo: 84 lpm: • Dentro de parámetros normales
DIETÉTICOS	• Dieta baja en hidratos de carbono, hipoproteica e hiper lipídica. Déficit de HCO y proteínas, exceso de grasas. • Distribución actual: • HCO: 39.6% (insuficiente, debería ser 45-50%). • Proteína: 15.1% (insuficiente, debería ser 25%). • Lípidos: 45.2% (excesivo, debería ser 30%). • Necesita mayor consumo de hidratos de carbono complejos (avena, quinoa, cereales integrales) y proteínas de calidad (pescado, huevo, lácteos bajos en grasa).
EMOCIONALES/ SUEÑO	Etapas de motivación: Acción Autoeficacia: 10

	Conductas alimentarias de riesgo, se identifica la presencia de conductas alimentarias de riesgo, por lo que se realiza referencia al servicio de psicología para evaluación y abordaje especializado.
ACTIVIDAD FÍSICA	Actividad física moderada.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN NUTRICIA

Prescripción nutricia (NP)	• Plan de alimentación de 1731 kcal/día con distribución de macronutrientes: • Hidratos de carbono: 45% (195 g) • Proteínas: 25% (108 g) • Lípidos: 30% (58 g) • Ajustar la ingestión de hidratos de carbono y proteínas para mejorar el rendimiento físico y reducir la masa grasa sin afectar la musculatura. • Incorporar fuentes de proteína de alta calidad (pescado, huevo, leguminosas).
Administración de alimentos y/o nutrientes (ND)	Dieta general saludable ND-1.1
Educación nutricia (EN)	• Explicar la importancia de las proteínas y los hidratos de carbono para fortalecer la masa muscular • Explicar la importancia del equilibrio de macronutrientes para la pérdida de grasa. • Reforzar la inclusión de variedad en la alimentación. • Promover estrategias para mejorar la selección de alimentos en fines de semana.

Consejería nutricia (C)	• Establecer metas realistas de reducción de grasa sin afectar la masa muscular. • Evaluar percepción corporal y su relación con la conducta alimentaria. • Reforzar el impacto del ejercicio de fuerza en la recomposición corporal.
Referencia o coordinación de la atención nutricia (RC)	• Se identifica la presencia de conductas alimentarias de riesgo, por lo que se realiza referencia al servicio de psicología para evaluación y abordaje especializado. • Solicitar estudios de laboratorio para evaluación bioquímica completa. • Evaluación periódica del progreso con bioimpedancia y ajustes en el plan de alimentación.

HISTORIA CLÍNICA- NUTRIOLÓGICA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 13 de febrero del 2025

Nombre del entrevistador: Shainy Ramírez Arenas
Nombre del paciente: MSG
Lugar de la Entrevista: Clínica de la universidad Iberoamericana CDMX

EVALUACIÓN DE METAS O DE LA INTERVENCIÓN

Apego por conducta (del 0 al 10): 6 por fines de semana y fue a boda Alimentación: solo la llevo 5 días (de lunes al viernes) ya que los fines de semana no pudo por salidas fuera de la ciudad Ejercicio: 5 días a la semana arriba de 10,000 entre semana. Otro:
Barreras identificadas: Aspecto social
Soluciones aplicadas: Medir cantidades

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Cuenta con alguna enfermedad diagnosticada: SI ☐ NO ☒ ¿Cuál? ¿Desde cuándo?
Medicamentos (Nombre y dosis): N/A
Sistema gastrointestinal: No ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas? Náusea: Sí / No Días por semana: _____ Vómito: Sí / No Días por semana: _____ Pirosis: Sí / No Días por semana: _____ Cólicos: Sí / No Días por semana: _____ Diarrea: Sí / No Días por semana: _____ Distensión Abdominal: Si / No Días por semana: _____ Gastritis: Si / No Días por semana: _____ Colitis: Si / No Días por semana: _____ Estreñimiento: Si / No Días por semana: _____ Falta de apetito: Si / No Días por semana: _____ Otra: _____
¿Toma algún suplemento/complemento? SI ¿Cuáles? Proteína HABITS Dosis 1 scoop diario _____ ¿Por qué? Le es práctico _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

FUM: 23/02/25 se atrasó una semana	Periodos: Regulares ☐ Irregulares ☐
Embrazo actual: No	
Semanas de gestación referido por paciente: _____ Semanas de gestación referido por FUM: _____	

EVALUACIÓN

I. EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

MEDICIONES (registrarlos si se realizan en las consultas subsecuentes)	
Peso	61.9 kg
Estatura	1.60 m
IMC	24.1 kg/m2
Masa Musculoesquelética (MME)	23.8 kg

Masa Grasa Corporal (kg)	18.7
% Grasa Corporal	30.3
Grasa Visceral (kg)	
Agua Corporal (kg)	31.5
Circunferencia cuello	32.2
Circunferencia de cintura	71
Circunferencia abdomen	74
Circunferencia cadera	102
Índice cintura cadera	15
Índice cintura talla	.69
Otras mediciones o indicadores antropométricos	.44

II. EVALUACIÓN BIOQUÍMICA

Fecha de estudios de laboratorio:			
Indicador	Resultado	Referencia	Interpretación
No accedió a realizarse los estudios de laboratorio recomendados.			

NOTA: En caso de no tener estudios de laboratorio recientes, indicar cuáles son necesarios.

III. EVALUACIÓN CLÍNICA

Exploración física orientada a la nutrición	
Cabello: aspecto normal	Brillante Firme, difícil de desprender
Ojos: aspecto normal	Brillantes Mucosas húmedas Conjuntivas rosadas

Cuello: aspecto normal	Sin inflamación
Cara: aspecto normal	Piel rosada Uniforme, lisa y sana, No tumefacta
Uñas: aspecto normal	Sanas Crecimiento normal
Signos vitales	Presión arterial: 97/55 mmHG Frecuencia cardiaca: 84
Acantosis nigricans	No ☐ ¿En qué área del cuerpo?
Glucosa capilar	Cifra: <u>92</u> Ayuno ☐ Aleatoria ☐

IV. EVALUACIÓN DIETÉTICA

¿Cuántas comidas hace al día?

Lunes a viernes	3 comidas al día 7/7 colación vesp 3/7
Fines de semana	3 comidas al día y 2 colaciones

¿Dónde consume sus alimentos?	Fuera de casa (1 a 7)	En casa (1 a 7)
Desayuno	7	
Comida	7	
Cena	7	
¿Quién prepara sus alimentos? Ella misma		
¿En cuánto tiempo consume sus alimentos? 20 min		
¿Come entre comidas? Si ☐ No ☒ ¿Qué?		
Apetito: Bueno ☒ Malo ☐ Regular ☐		
¿A qué hora del día tiene más hambre? Mañanas por el ejercicio, y en las noches antojos por cosas dulces.		

Vasos de agua natural/ día: ____ 1.5 litros ____ Vasos otros líquidos/día:

 Jamaica

Agrega sal a la comida ya preparada: Si ☐ No ☒
 Otros condimentos utilizados con sodio (como salsa Magui, salsa de soya, consomes, etc.): : No
 Especificar:

Recordatorio de 24 horas
(Revisar los pasos para el correcto llenado)

Hora	Ocasión	Alimento/Bebida	Descripción de alimento/tipo			% consumido
			Cantidad	Ingrediente	Marca/preparación/tipo	
9:00	Desayuno	Chilaquiles sin grasa, queso, crema, lechuga Papaya granola y yogurt	3 tortillas horneadas Crema 1 cucharada Queso rallado 1 cucharada Lechuga ¼ taza 1 taza de papaya 3 cucharadas de granola Yogurt 1/2 taza	Tortilla Crema Queso rallado Lechuga Papaya Granola Yogurt	Sin marca	100
12:00	snacks	Picó: jícama pepino tuna	1 taza de jícama con pepino 1 tuna	Jícama Pepino Tuna	N/A	100
20:00	cena	Sopa de tomate, raviolos de queso 4 piezas, carne enalada capresse, mil hojas de ferrero	1 taza de sopa 4 piezas de pasta raviole 120 grs de carne Ensalada capresse 1 rebanada de mil hojas	Tomate Especias Raviolos Queso Carne	Sin marca	100
23:00	Media noche	4 bebidas de jugo con vodka y 3 shots de tequila	Jugo de frutas 3 vasos	Vodka Jugo de frutas Tequila	Desconoce marca	100

		Queso Oaxaca almendras y nueces de la india Papas fritas	Vodka 180 ml 165 ml tequila Queso Oaxaca 30 grs Almendras 8 Nuez de la india 4 Papas fritas	Queso Oaxaca Almendras Nuez de la india papas fritas		
--	--	---	--	---	--	--

Cucharadita= cuchara cafetera (5ml)

Cucharada= cuchara sopera (15ml)

Taza ó vaso = 250ml

90 gramos = se hará referencia a la palma de la mano

Lista de alimentos olvidados

Aceite comestible, mantequilla o manteca de cerdo
Sal
Refrescos
Jugos industrializados
Jugos naturales
Agua de sabor o de fruta
Azúcar
Dulces
Chocolates
Botana (papas, cheetos, doritos, chips, cicharrones)
Aderezos (ranch, César, mil islas, chipotle, mayonesa, blue cheese)
Salsas o chile para botana (valentina, botanera, búffalo, tajín, miguelito)
Chicles
Endulzantes (cajeta, mermelada, miel, nutella)
Gomitas
Cacahuates, nueces, semillas
Fruta
Agua simple
Cereales con grasa (galletas, pan de dulce, pasteles)
Helados, malteadas, frappés, licuados, skimos

Equivalentes

Total de equivalentes actuales

Grupo	Desayuno	Medio día	Cena	Media noche	Total
Fruta	1	0.5	0	9	10.5
Verdura	1.5	1	3.6	0	6.1
Cereales y tubérculos	3	0	3	0	6
Cereales con grasa	1	0	2	1	4
Leguminosas	0	0	0	0	0
O.A muy bajo en grasa	0	0	0	0	0
O.A. bajo en grasa	0	0	8.8	0	8.8
O.A. moderado en grasa	0	0	0	0	0
O.A. alto en grasa	0.5	0	0	1	1.5
Leche descremada	1.5	0	0	0	1.5
Leche semidescremada	0	0	0	0	0
Leche entera	0	0	0	0	0
Azúcar	0	0	0	0	0
Grasa	1	0	2	0	3
Azúcar con grasa	0	0	0	0	0
Grasa con proteína	0	0	0	1.5	1.5
Suplemento de proteína	0	0	0	0	0
Alcohol				6	6

Energía: 2576 kcals + 840 kcals (alcohol) = 3416 kcal

HCO: 363 + 120 (alcohol) = 483 gramos

Proteínas: 106 gramos

Lípidos: 78 gramos

% Distribución	HCO	Proteína	Lípidos	Alcohol
	56.6	12.4	20.5	10.5
Gramos	483	106	78	

Ideal				
GET: Mifflin-St. Jeor x 1.1 + ETA 1 = 1612 kcal				
% Distribución	HCO: 181 g	Proteína: 121 g	Lípidos: 45 g	
	45%	30%	25%	
				Energía
% Adecuación	266.3%	87.6%	57.7%	211.3%
	Alta ingestión de hidratos de carbono	Baja ingestión de proteínas	Baja ingestión de lípidos	Alta ingestión energética

Análisis de dieta correcta (Recordatorio de 24 horas)

	SI	NO	Motivo
Completa		x	No es completa ya que no contiene todos los grupos de alimentos
Equilibrada			% de macronutrientes (del VET) No es equilibrada ya que es baja en proteínas 12.4% y lípidos 20.5 %
Inocua		x	Dieta no inocua ya que contiene grandes cantidades de alcohol
Suficiente			Es alta en energía (211.3%), no es suficiente en proteína (87.6% adecuación) ni lípidos (57.7% adecuación), es alta en HCO (266.3% adecuación)
Variada		x	No es una dieta variada ya que no consume diferentes alimentos de los distintos grupos existentes
Adecuada		x	Dieta no adecuada las necesidades nutricionales del paciente para la etapa de vida

V. EVALUACIÓN EMOCIONAL

EVALUACIÓN DE MOTIVACIÓN Y AUTOEFICIENCIA

Del 0 - 10 (donde 0 es nada y 10 es mucho) qué tan motivado se siente para realizar cambios en su alimentación (como aumentar el consumo de verdura, disminuir el consumo de bebidas azucaradas, etc.): 10

*En caso de tener menos de 7, ¿qué podría hacer para sentirse más motivado?

Del 0 - 10 (donde 0 es nada y 10 es mucho) qué tan motivado se siente para aumentar su nivel de actividad física: ____10____

*En caso de tener menos de 7, ¿que podría hacer para sentirse más motivado?

Del 0-10 que tanta confianza tiene en usted para realizar cambios en su alimentación: ____10____

*En caso de tener menos de 7, ¿que podría hacer para tener más confianza?

Del 0-10 que tanta confianza tiene en usted para aumentar su nivel de actividad física: ____10____

*En caso de tener menos de 7, ¿que podría hacer para tener más confianza?

SUEÑO

Horario de sueño entre semana: de ____11:00____ a ____19:00____ hrs.

Horas de sueño: ____8 horas____

Horario de sueño fines de semana: de ____2:00____ a ____9:00____ hrs

Horas de sueño: ____7 horas____

Calidad de sueño percibida: Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐

ESTRÉS

Nivel de estrés actual (del 0 al 10) ____3____

VI. EVALUACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA (opcional, sugiero por lo menos primera y última)

Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)

Nos interesa conocer el tipo de actividad física que usted realiza en su vida cotidiana.

Las preguntas se referirán al tiempo que destinó a estar activo/a **en los últimos 7 días**.

8. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizó actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?

a. Días por semana (indique el número): ____0____

b. Ninguna actividad física intensa (pase a la pregunta 3): _____

9. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?

a. Indique cuántas horas por día. ____

b. Indique cuántos minutos por día. ____

c. No sabe / No está seguro. _____

10. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas tales como transportar pesos livianos, o andar en bicicleta a velocidad regular? No incluye caminar.

a. Días por semana (indicar el número): ____5____

b. Ninguna actividad física moderada (pase a la pregunta 5): _____

11. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?

- a. Indique cuántas horas por día: ____ 1 hora ____
- b. Indique cuántos minutos por día: ____ 60 minutos ____
- c. No sabe / No está seguro: _____

12. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días caminó por lo menos 10 minutos seguidos?

- a. Días por semana (indique el número): ____ 6 ____
- b. Ninguna caminata (pase a la pregunta 7): _____

13. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de estos días?

- a. Indique cuántas horas por día: ____ 1 hora ____
- b. Indique cuántos minutos por día: ____ 60 min ____
- c. No sabe / No está seguro

14. Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?

- a. Indique cuántas horas por día: ____ 5 ____
- b. Indique cuántos minutos por día: ____ 300 ____
- c. No sabe / No está seguro: _____

RESULTADO: NIVEL DE ACTIVIDAD (señale el que proceda)	
Nivel Alto	
Nivel Moderado	x
Nivel Bajo o Inactivo	

EVALUACIÓN FITT

¿Realizaste ejercicio? Sí
¿Con qué frecuencia? 5/7
Intensidad: m
Tipo de ejercicio: Yoga, Barré, Pilates
¿Cuánto tiempo por día o por semana? 5 horas
En caso de que no, ¿Cuáles son sus barreras?

VII. EVALUACION ASPECTOS SOCIALES

¿Consideras que tienes una buena red de apoyo para realizar y mantener cambios en tu alimentación? A veces y ¿por qué? depende con qué amigo salga, tiene amigas que también cuidan su alimentación
¿Consideras que tienes una buena red de apoyo para realizar y mantener cambios en tu ejercicio? Sí y ¿por qué? Los horarios y días para verlos le permiten hacer ejercicio o rutina de actividad
Principales barreras sociales para mejorar estilo de vida: Actividades sociales

INTERPRETACIÓN INDICADORES

ANTROPOMÉTRICOS	IMC: 24.1 kg/m² normo peso Peso mínimo según IMC: 47.36 kg/m² Peso máximo según IMC: 63.74 kg/m² Peso esperado sin exceso de grasa: 55.2 kg con base en InBody (28% porcentaje de grasa corporal esperado) ICC: .69 Ginecoide, mayor riesgo con problemas en el retorno venoso (varices en miembros inferiores) ICT: .44 Sin riesgo a factores metabólicos Circunferencia abdominal: <80 sin riesgo de morbilidad Circunferencia de cuello: <34 cm sin riesgo SOA Circunferencia de muñeca: 10.6 complexión mediana
BIOQUÍMICOS	--
CLÍNICOS	• Presión arterial: 97/55 mmHg: • Dentro de parámetros normales. Puede deberse a su actividad física moderada.
DIETÉTICOS	• Dieta baja en hidratos de carbono, hipoproteica e hiper lipídica. Déficit de HCO y proteínas, exceso de grasas. • Distribución actual: • HCO: 56.6% (alto, debería ser 45-50%). • Proteína: 12.4% (bajo, debería ser 25 -30 %). • Lípidos: 20.5% (bajo, debería ser 25 - 30%). • Necesita mayor consumo de cereales integrales, proteína en los tres tiempos de comida, vegetales en los tres tiempos de comida
EMOCIONALES/ SUEÑO	Etapas de motivación: Acción Insatisfacción corporal: Sí

ACTIVIDAD FÍSICA	Pertinencia de indicar AF: Si ☐ Nivel de AF: Modera ☐
------------------	--

Diagnóstico(s) nutricio(s) PES (entre 1-3)

Problema	Ingestión energética excesiva	Diagnóstico Nuevo ☐ Activo ☐ Resuelto ☐ Descontinuado ☐
Etiología	Falta de disposición o desinterés para reducir la ingestión energética	
Signos y síntomas	Ingestión de alimentos/bebidas con alta densidad energética o en porciones grandes	

Problema	Apego limitado a las recomendaciones relacionadas con la nutrición	Diagnóstico Nuevo ☐ Activo ☐ Resuelto ☐ Descontinuado ☐
Etiología	Percepción de que la falta de recursos (tiempo, interpersonales) que impiden el cambio	
Signos y síntomas	Falta de cumplimiento o inconsistencias en el cumplimiento del plan	

Problema	Apego limitado a las recomendaciones relacionadas con la nutrición	Diagnóstico Nuevo ☐ Activo ☐ Resuelto ☐ Descontinuado ☐
Etiología	Percepción de que la falta de recursos (tiempo, interpersonales) que impiden el cambio	
Signos y síntomas	Falta de cumplimiento o inconsistencias en el cumplimiento del plan	

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN NUTRICIA

Prescripción nutricia (NP)	• Plan de alimentación de 1612 kcal/día con distribución de macronutrientes: • Hidratos de carbono: 45% (181 g) • Proteínas: 30% (121 g) • Lípidos: 25% (45 g) • Ajustar la ingestión de hidratos de carbono y proteínas para reducir la masa grasa sin afectar la musculatura. • Incorporar fuentes de proteína y cereales integrales en los tres tiempos de comida
Administración de alimentos y/o nutrimentos (ND)	Plan de alimentación con 3 comidas principales y colación matutina y vespertina, con estructura en horarios

Educación nutricia (EN)	Retomar temas de alimentación consciente (educación nutricional, Anexo g) platicar acerca de las estrategias practicadas, en su siguiente sesión.
Consejería nutricia (C)	Reducir la ingestión de calorías en fines de semana limitando el consumo de alcohol y alimentos con alto contenido energético (Metas SMART, anexo f). Lograr que la paciente mantenga al menos 1 de las 3 comidas principales del plan alimentario durante los fines de semana (Metas SMART, anexo f).
Referencia o coordinación de la atención nutricia (RC)	Se identifica la presencia de conductas alimentarias de riesgo, por lo que se realiza referencia al servicio de psicología para evaluación y abordaje especializado (continúa en proceso de canalización).

3ra sesión

HISTORIA CLÍNICA- NUTRIOLÓGICA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 27 de febrero del 2025

Nombre del entrevistador: Shainy Ramírez Arenas
Nombre del paciente: MSG
Lugar de la Entrevista: Clínica de la universidad Iberoamericana CDMX

EVALUACIÓN DE METAS O DE LA INTERVENCIÓN

Apego por conducta (del 0 al 10): 8 Alimentación: cumplió 6-7 el plan de alimentación Ejercicio: 5 días a la semana arriba de 10,000 entre semana. Otro:
Barreras identificadas: Aún hay fallas en la elección de los alimentos cuando no los prepara ella misma
Soluciones aplicadas: Se le dio sesión de elección de porciones por grupos de alimentos

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Cuenta con alguna enfermedad diagnosticada: SI ☐ NO ☒ ¿Cuál? ¿Desde cuándo?
Medicamentos (Nombre y dosis): N/A
Sistema gastrointestinal: No ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas? Náusea: Sí / No Días por semana: _____ Vómito: Sí / No Días por semana: _____ Pirosis: Sí / No Días por semana: _____ Cólicos: Sí / No Días por semana: _____ Diarrea: Sí / No Días por semana: _____ Distensión Abdominal: Si / No Días por semana: _____ Gastritis: Si / No Días por semana: _____ Colitis: Si / No Días por semana: _____ Estreñimiento: Si / No Días por semana: _____ Falta de apetito: Si / No Días por semana: _____ Otra: _____
¿Toma algún suplemento/complemento? SI ¿Cuáles? Proteína HABITS Dosis 1 scoop diario _____ ¿Por qué? Le es práctico _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

FUM: 23/02/25 se atrasó una semana	Periodos: Regulares ☒ Irregulares ☐
Embrazo actual: No Semanas de gestación referido por paciente: _____ Semanas de gestación referido por FUM: _____	

EVALUACIÓN

VIII. EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

MEDICIONES (registrarlos si se realizan en las consultas subsecuentes)	
Peso	61.1 kg
Estatura	1.60 m
IMC	23.9 kg/m2
Masa Musculoesquelética (MME)	23.5 kg
Masa Grasa Corporal (kg)	18.2

% Grasa Corporal	29.8
Grasa Visceral (kg)	
Agua Corporal (kg)	31.5
Circunferencia cuello	33.8
Circunferencia de cintura	71.5
Circunferencia abdomen	74
Circunferencia cadera	100.5
Índice cintura cadera	.71
Índice cintura talla	.45
Otras mediciones o indicadores antropométricos	

IX. EVALUACIÓN BIOQUÍMICA

Fecha de estudios de laboratorio:			
Indicador	Resultado	Referencia	Interpretación
No accedió a realizarse los estudios de laboratorio recomendados.			

NOTA: En caso de no tener estudios de laboratorio recientes, indicar cuáles son necesarios.

X. EVALUACIÓN CLÍNICA

Exploración física orientada a la nutrición	
Cabello: aspecto normal	Brillante Firme, difícil de desprender
Ojos: aspecto normal	Brillantes Mucosas húmedas Conjuntivas rosadas
Cuello: aspecto normal	Sin inflamación

Cara: aspecto normal	Piel rosada Uniforme, lisa y sana, No tumefacta
Uñas: aspecto normal	Sanas Crecimiento normal
Signos vitales	Presión arterial: 96/58 mmHG Frecuencia cardiaca: 68 lpm
Acantosis nigricans	No ☐ ¿En qué área del cuerpo?
Glucosa capilar	Cifra: <u>90</u> Ayuno ☐ Aleatoria ☐

XI. EVALUACIÓN DIETÉTICA

¿Cuántas comidas hace al día?

Lunes a viernes	3 comidas al día 7/7 colación vesp 6/7
Fines de semana	3 comidas al día y 2 colaciones

¿Dónde consume sus alimentos?	Fuera de casa (1 a 7)	En casa (1 a 7)
Desayuno	1	6
Comida	5	2
Cena	3	4

¿Quién prepara sus alimentos? Ella misma

¿En cuánto tiempo consume sus alimentos? 20 min

¿Come entre comidas? Si ☐ No ☒ ¿Qué?

Apetito: Bueno ☒ Malo ☐ Regular ☐

¿A qué hora del día tiene más hambre?
Mañanas por el ejercicio, y en las noches antojos por cosas dulces.

Vasos de agua natural/ día: 1.5 litros Vasos otros líquidos/día: no

Agrega sal a la comida ya preparada: Si ☐ No ☒

Otros condimentos utilizados con sodio (como salsa Magui, salsa de soya, consomes, etc.): : No Especificar:

Recordatorio de 24 horas
(Revisar los pasos para el correcto llenado)

Hor a	Ocasión	Alimento/Beb ida	Descripción de alimento/tip o	% consumi do	Cantid ad	Ingrediente Marca/preparación /tipo
08:00	Desayuno	Leche con proteína	Leche de almendras, proteína de suero, almendras	100	240 ml, 1 scoop, 107 g, 5 g	
		Montaditos de tomate	Pan integral, aguacate, jitomate, cebolla morada	100	58 g 2 pzas, 31 g, 90.4 g, 10.39 g	
11:00	Media mañana	Kiwi con yogurt	Yogurt griego alto en proteína, kiwi	100	80 ml, 114 g	
14:00	Comida	Quesadillas de champiñones	Tortilla de maíz, champiñones, queso panela	100	60 g (2 pzas), 61 g (1/2), 80 g (2 reb)	
		Fajitas de res	Carne de res, pimiento, cebolla, aceite en aerosol	100	120 g, 90 g, 26.5 g, 5 ml	
		Yogur griego	Yogurt griego	(1/3) tza	80 g	
20:00	Cena	Mango manila	Mango		150 g	
		Bowl de pollo con verduras	Pollo, brócoli, zanahoria, lechuga		120 g, 92 g, 40 g, 22.5 g	
		Pan de centeno con aguacate	Pan de centeno, aguacate,		25 g, 31 g, 40 g	

			queso panela			
--	--	--	-----------------	--	--	--

Cucharadita= cuchara cafetera (5ml)

Cucharada= cuchara sopera (15ml)

Taza ó vaso = 250ml

90 gramos = se hará referencia a la palma de la mano

Lista de alimentos olvidados

Aceite comestible, mantequilla o manteca de cerdo
Sal
Refrescos
Jugos industrializados
Jugos naturales
Agua de sabor o de fruta
Azúcar
Dulces
Chocolates
Botana (papas, cheetos, doritos, chips, cicharrones)
Aderezos (ranch, César, mil islas, chipotle, mayonesa, blue cheese)
Salsas o chile para botana (valentina, botanera, búffalo, tajín, miguelito)
Chicles
Endulzantes (cajeta, mermelada, miel, nutella)
Gomitas
Cacahuates, nueces, semillas
Fruta
Agua simple
Cereales con grasa (galletas, pan de dulce, pasteles)
Helados, malteadas, frappés, licuados, skimos

Equivalentes

Total de equivalentes actuales

Grupo	Al despertar	Desayuno	Medio día	Comida	Media tarde	Cena	Total
Fruta	0	1	1	0	0	1	3
Verdura	0	1	0	2	0	2.2	5.2
Cereales y tubérculos	0	2	0	2	0	1	5
Cereales con grasa	0	0	0	0	0	0	0
Leguminosas	0	0	0	0	0	0	0
O.A muy bajo en grasa	0	0	0	4	0	4	8
O.A. bajo en grasa	0	0	0	2	0	2	4
O.A. moderado en grasa	0	0	0	0	0	0	0
O.A. alto en grasa	0	0	0	0	0	0	0
Leche descremada	0	0	1	1	0	0	2
Leche semidescremada	0	0	0	0	0	0	0
Leche entera	0	0	0	0	0	0	0
Azúcar	0	0	0	0	0	0	0
Grasa	0	1	0	1	0	1	3
Azúcar con grasa	0	0	0	0	0	0	0
Grasa con proteína	0	1	0	0	0	0	1
Suplemento de proteína	0	1	0	0	0	0	1

Energía: 1708

HCO: 169 g

Proteínas: 132 g

Lípidos: 56 g

% Distribución	HCO	Proteína	Lípidos
	40	31	29

Gramos	169	132	56
--------	-----	-----	----

Ideal				
GET: Mifflin-St. Jeor x 1.2 + ETA 1 = 1611 kcal				
% Distribución	HCO: 182 g	Proteína: 104 g	Lípidos: 52 g	
	45%	26%	29%	
				Energía
% Adecuación	92.9%	126.9%	107.7%	100.06%
	Optima ingestión de hidratos de carbono	Alta ingestión de proteínas	Optima ingestión de lípidos	Optima ingestión energética

Análisis de dieta correcta (Recordatorio de 24 horas)

	SI	NO	Motivo
Completa	x		Completa ya que contiene todos los grupos de alimentos
Equilibrada		x	% de macronutrientes (del VET) No es equilibrada ya que es baja en hidratos de carbono 40%
Inocua	x		Dieta inocua
Suficiente		x	Es alta en proteína (126.9% adecuación)
Variada	x		Dieta variada consume diferentes alimentos de los distintos grupos existentes
Adecuada	x		Dieta adecuada las necesidades nutricionales del paciente para la etapa de vida

XII. EVALUACIÓN EMOCIONAL

EVALUACIÓN DE MOTIVACIÓN Y AUTOEFICIENCIA

Del 0 - 10 (donde 0 es nada y 10 es mucho) qué tan motivado se siente para realizar cambios en su alimentación (como aumentar el consumo de verdura, disminuir el consumo de bebidas azucaradas, etc.): 10

*En caso de tener menos de 7, ¿que podría hacer para sentirse más motivado?

Del 0 - 10 (donde 0 es nada y 10 es mucho) qué tan motivado se siente para aumentar su nivel de actividad física: 10

*En caso de tener menos de 7, ¿que podría hacer para sentirse más motivado?

Del 0-10 que tanta confianza tiene en usted para realizar cambios en su alimentación: 10

*En caso de tener menos de 7, ¿que podría hacer para tener más confianza?

Del 0-10 que tanta confianza tiene en usted para aumentar su nivel de actividad física: 10

*En caso de tener menos de 7, ¿que podría hacer para tener más confianza?

SUEÑO

Horario de sueño entre semana: de 11:00 a 19:00 hrs.

Horas de sueño: 8 horas

Horario de sueño fines de semana: de 2:00 a 9:00 hrs

Horas de sueño: 7 horas

Calidad de sueño percibida: **Buena** ☐ Regular ☐ Mala ☐

ESTRÉS

Nivel de estrés actual (del 0 al 10) 3

XIII. EVALUACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA (opcional, sugiero por lo menos primera y última)

Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)

Nos interesa conocer el tipo de actividad física que usted realiza en su vida cotidiana.

Las preguntas se referirán al tiempo que destinó a estar activo/a **en los últimos 7 días**.

15. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizó actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?

a. Días por semana (indique el número): 0

b. Ninguna actividad física intensa (pase a la pregunta 3): _____

16. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?

a. Indique cuántas horas por día.

b. Indique cuántos minutos por día.

c. No sabe / No está seguro.

17. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas tales como transportar pesos livianos, o andar en bicicleta a velocidad regular? No incluye caminar.

- a. Días por semana (indicar el número): 5
- b. Ninguna actividad física moderada (pase a la pregunta 5): _____

18. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?

- a. Indique cuántas horas por día: 1 hora
- b. Indique cuántos minutos por día: 60 minutos
- c. No sabe / No está seguro: _____

19. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días caminó por lo menos 10 minutos seguidos?

- a. Días por semana (indique el número): 6
- b. Ninguna caminata (pase a la pregunta 7): _____

20. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de estos días?

- a. Indique cuántas horas por día: 1 hora
- b. Indique cuántos minutos por día: 60 min
- c. No sabe / No está seguro

21. Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?

- a. Indique cuántas horas por día: 5
- b. Indique cuántos minutos por día: 300
- c. No sabe / No está seguro: _____

RESULTADO: NIVEL DE ACTIVIDAD (señale el que proceda)	
Nivel Alto	
Nivel Moderado	x
Nivel Bajo o Inactivo	

EVALUACIÓN FITT

¿Realizaste ejercicio? Sí
¿Con qué frecuencia? 5/7
Intensidad: m
Tipo de ejercicio: Yoga, Barré, Pilates
¿Cuánto tiempo por día o por semana? 5 horas
En caso de que no, ¿Cuáles son sus barreras?

XIV. EVALUACION ASPECTOS SOCIALES

¿Consideras que tienes una buena red de apoyo para realizar y mantener cambios en tu alimentación? A veces y ¿por qué? depende con qué amigo salga, tiene amigas que también cuidan su alimentación
¿Consideras que tienes una buena red de apoyo para realizar y mantener cambios en tu ejercicio? Sí y ¿por qué? Los horarios y días para verlos le permiten hacer ejercicio o rutina de actividad
Principales barreras sociales para mejorar estilo de vida: Actividades sociales

INTERPRETACIÓN INDICADORES

ANTROPOMÉTRICOS	IMC: 23.9 kg/m2 normo peso Peso mínimo según IMC: 47.36 kg/m2 Peso máximo según IMC: 63.74 kg/m2 Peso esperado sin exceso de grasa: 55.7 kg con base en InBody (28% porcentaje de grasa corporal esperado) ICC: .69 Ginecoide, mayor riesgo con problemas en el retorno venoso (varices en miembros inferiores) ICT: .44 Sin riesgo a factores metabólicos Circunferencia abdominal: <80 sin riesgo de morbilidad Circunferencia de cuello: <34 cm sin riesgo SOA Circunferencia de muñeca: 10.6 complexión mediana
BIOQUÍMICOS	--
CLÍNICOS	• Presión arterial: 96/58 mm Hg: • Dentro de parámetros normales.
DIETÉTICOS	• Dieta baja en hidratos de carbono, hipoproteica. • Distribución actual: • HCO: 40% (bajo, debería ser 45-50%). • Proteína: 31% (bajo, debería ser 25 -30 %). • Lípidos: 29% (optimo, debería ser 25 - 30%).

EMOCIONALES/ SUEÑO	Etapas de motivación: Acción Insatisfacción corporal: Sí <10 puntos figuras corporales
ACTIVIDAD FÍSICA	Pertinencia de indicar AF: Si ☐ Nivel de AF: Modera ☐

Diagnóstico(s) nutricio(s) PES (entre 1-3)

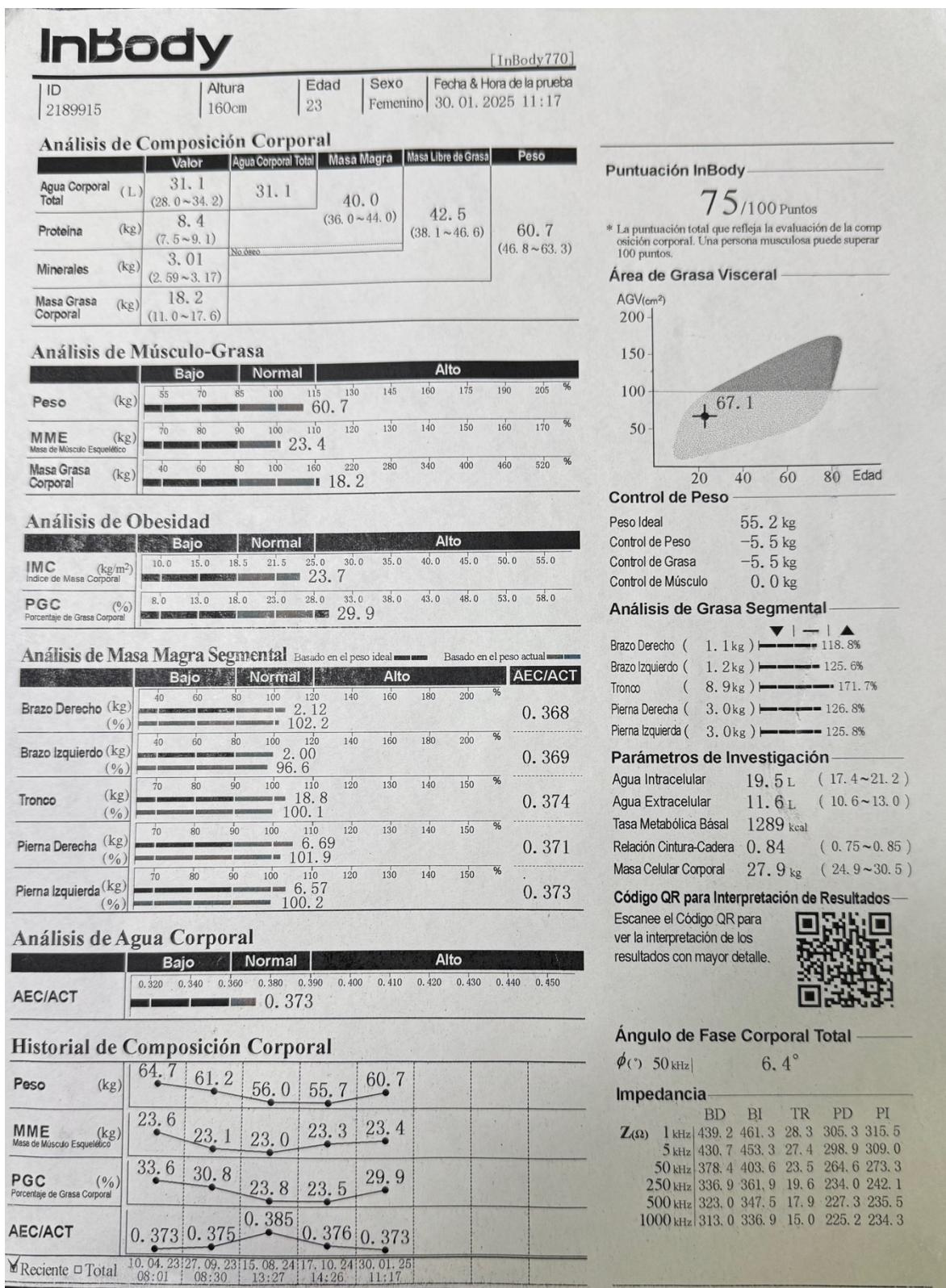
Problema	Patrón de alimentación desordenado	Diagnóstico Nuevo ☐ Activo ☒ Resuelto ☐ Descontinuado ☐
Etiología	Preocupación y control del peso	
Signos y síntomas	Conductas alimentarias de riesgo como miedo a engordar, conductas compensatorias, puntaje > 10 cuestionario conductas alimentarias de riesgo (Unikel) así como historia de peso (ganancia significativa de peso) y práctica de dietas restrictivas	

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN NUTRICIA

Prescripción nutricia (NP)	- Plan de alimentación de 1611 kcal/día con distribución de macronutrientes: - Hidratos de carbono: 45% (182 g) - Proteínas: 26% (104 g) - Lípidos: 29% (52 g) - Ajustar la ingestión de hidratos de carbono y proteínas para reducir la masa grasa sin afectar la musculatura.
Administración de alimentos y/o nutrimentos (ND)	Plan de alimentación con 3 comidas principales y colación matutina y vespertina, con estructura en horarios
Educación nutricia (EN)	Retomar temas de alimentación consciente (educación nutricional, Anexo g) Evaluar estrategias aprendidas en la sesión anterior y en caso de no obtener el resultado esperado proponer nuevas estrategias
Consejería nutricia (C)	Lograr que la paciente mantenga al menos 1 de las 3 comidas principales del plan alimentario durante los fines de semana (Metas SMART, anexo f). Estrategias de alimentación consciente (<i>Mindful Eating</i>): Para evitar restricciones, mejorar relación con la comida (hidratos de carbono) promover variedad en la dieta (Metas SMART, anexo f).

Referencia o coordinación de la atención nutricia (RC)	Se refirió con el equipo de psicología, la paciente negó su participación ya que solo le faltaba una asistencia del programa nutricional
--	--

d) InBody



InBody

[InBody770]

ID	Altura	Edad	Sexo	Fecha & Hora de la prueba
2188915	160cm	23	Femenino	13.02.2025 10:08

Análisis de Composición Corporal

	Valor	Agua Corporal Total	Masa Magra	Masa Libre de Grasa	Peso
Agua Corporal Total (L)	31.4 (28.0~34.2)	31.4	40.5 (36.0~44.0)	43.2 (38.1~46.6)	61.9 (46.8~63.3)
Proteína (kg)	8.6 (7.5~9.1)				
Minerales (kg)	3.22 (2.59~3.17)				
Masa Grasa Corporal (kg)	18.7 (11.0~17.6)				

Análisis de Músculo-Grasa

	Bajo	Normal	Alto
Peso (kg)	50 70 80 100 115 130 145 160 175 190 200 %	61.9	
MME (kg) Masa de Músculo Esquelético	70 80 90 100 110 120 130 140 150 160 170 %	23.8	
Masa Grasa Corporal (kg)	40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240 %	18.7	

Análisis de Obesidad

	Bajo	Normal	Alto
IMC (kg/m²) Índice de Masa Corporal	18.0 20.0 22.0 24.0 26.0 28.0 30.0 32.0 34.0 36.0 38.0 %	24.2	
PGC (%) Porcentaje de Grasa Corporal	8.0 10.0 12.0 14.0 16.0 18.0 20.0 22.0 24.0 26.0 28.0 %	30.3	

Análisis de Masa Magra Segmental

	Bajo	Normal	Alto	AEC/ACT
Brazo Derecho (kg) (%)	40 60 80 100 120 140 160 180 200 %	2.15 102.8		0.369
Brazo Izquierdo (kg) (%)	40 60 80 100 120 140 160 180 200 %	2.03 97.1		0.370
Tronco (kg) (%)	70 90 110 130 150 170 190 210 230 %	19.0 100.3		0.373
Pierna Derecha (kg) (%)	70 90 110 130 150 170 190 210 230 %	6.63 100.5		0.367
Pierna Izquierda (kg) (%)	70 90 110 130 150 170 190 210 230 %	6.55 99.2		0.371

Análisis de Agua Corporal

	Bajo	Normal	Alto
AEC/ACT	0.320 0.340 0.360 0.380 0.400 0.420 0.440 0.460 0.480 0.500 %	0.371	

Historial de Composición Corporal

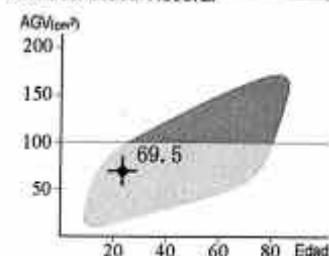
	64.7	61.2	56.0	55.7	60.7	61.9
Peso (kg)						
MME (kg) Masa de Músculo Esquelético	23.6	23.1	23.0	23.3	23.4	23.8
PGC (%) Porcentaje de Grasa Corporal	33.6	30.8	23.8	23.5	29.9	30.3
AEC/ACT	0.373	0.375	0.385	0.376	0.373	0.371
Reciente Total	10.04.2025	23.09.23	16.08.24	17.10.24	30.01.25	13.02.25

Puntuación InBody

75/100 Puntos

* La puntuación total que refleja la evaluación de la composición corporal. Una persona musculosa puede superar 100 puntos.

Área de Grasa Visceral



Control de Peso

Peso Ideal	56.1 kg
Control de Peso	-5.8 kg
Control de Grasa	-5.8 kg
Control de Músculo	0.0 kg

Análisis de Grasa Segmental

Brazo Derecho (1.2 kg)	124.6%
Brazo Izquierdo (1.2 kg)	131.3%
Tronco (9.2 kg)	177.8%
Pierna Derecha (3.1 kg)	129.9%
Pierna Izquierda (3.0 kg)	128.7%

Parámetros de Investigación

Agua Intracelular	19.8 L (17.4~21.2)
Agua Extracelular	11.6 L (10.6~13.0)
Tasa Metabólica Basal	1302 kcal
Relación Cintura-Cadera	0.84 (0.75~0.85)
Masa Celular Corporal	28.3 kg (24.9~30.5)

Código QR para Interpretación de Resultados

Escanee el Código QR para ver la interpretación de los resultados con mayor detalle.



Ángulo de Fase Corporal Total

φ(°) 50 Hz 6.3°

Impedancia

Z(st)	BD	BI	TR	PD	PI
1 kHz	445.1	468.8	26.6	315.6	320.6
5 kHz	436.3	460.6	25.6	308.5	313.8
50 kHz	384.0	410.7	21.9	269.8	275.9
250 kHz	343.2	369.4	18.3	237.5	243.8
500 kHz	329.8	355.5	16.6	230.4	236.9
1000 kHz	320.5	345.0	13.4	228.4	235.4

ID	Altura	Edad	Sexo	Fecha & Hora de la prueba
2189915	160cm	23	Femenino	27. 02. 2025 10:36

Análisis de Composición Corporal

	Valor	Agua Corporal Total	Masa Magra	Masa Libre de Grasa	Peso
Agua Corporal Total (L)	31.3 (28.0 ~ 34.2)	31.3	40.3 (36.0 ~ 44.0)	42.9 (38.1 ~ 46.6)	61.1 (46.8 ~ 63.3)
Proteína (kg)	8.5 (7.5 ~ 9.1)	No.ósc.			
Minerales (kg)	3.11 (2.59 ~ 3.17)				
Masa Grasa Corporal (kg)	18.2 (11.0 ~ 17.6)				

Análisis de Músculo-Grasa

	Bajo	Normal	Alto
Peso (kg)	55 70 85 100 115 130 145 160 175 190 205 %	61.1	
MME (kg) Masa de Músculo Esquelético	70 80 90 100 110 120 130 140 150 160 170 %	23.5	
Masa Grasa Corporal (kg)	40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240 260 280 300 320 340 360 380 400 420 440 460 480 500 520 %	18.2	

Análisis de Obesidad

	Bajo	Normal	Alto
IMC (kg/m ²) Índice de Masa Corporal	10.0 15.0 18.5 21.5 25.0 30.0 35.0 40.0 45.0 50.0 55.0	23.9	
PGC (%) Porcentaje de Grasa Corporal	8.0 13.0 18.0 23.0 28.0 33.0 38.0 43.0 48.0 53.0 58.0	29.8	

Análisis de Masa Magra Segmental

Basado en el peso ideal Basado en el peso actual

	Bajo	Normal	Alto	AEC/ACT
Brazo Derecho (kg) (%)	40 60 80 100 120 140 160 180 200 %	2.11 101.3		0.372
Brazo Izquierdo (kg) (%)	40 60 80 100 120 140 160 180 200 %	2.00 96.0		0.375
Tronco (kg) (%)	70 80 90 100 110 120 130 140 150 %	18.7 99.1		0.377
Pierna Derecha (kg) (%)	70 80 90 100 110 120 130 140 150 %	6.68 101.7		0.375
Pierna Izquierda (kg) (%)	70 80 90 100 110 120 130 140 150 %	6.55 99.7		0.375

Análisis de Agua Corporal

	Bajo	Normal	Alto
AEC/ACT	0.320 0.340 0.360 0.380 0.390 0.400 0.410 0.420 0.430 0.440 0.450	0.376	

Historial de Composición Corporal

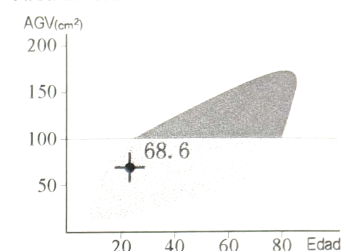
Peso (kg)	64.7	61.2	56.0	55.7	60.7	61.9	61.1
MME (kg) Masa de Músculo Esquelético	23.6	23.1	23.0	23.3	23.4	23.8	23.5
PGC (%) Porcentaje de Grasa Corporal	33.6	30.8	23.8	23.5	29.9	30.3	29.8
AEC/ACT	0.373	0.375	0.385	0.376	0.373	0.371	0.376
Reciente Total	10.04.23 08:01	23.09.23 08:30	15.08.24 13:27	17.10.24 14:26	30.01.25 11:17	13.02.25 10:08	27.02.25 10:36

Puntuación InBody

75/100 Puntos

* La puntuación total que refleja la evaluación de la composición corporal. Una persona musculosa puede superar 100 puntos.

Área de Grasa Visceral



Control de Peso

Peso Ideal	55.7 kg
Control de Peso	-5.4 kg
Control de Grasa	-5.4 kg
Control de Músculo	0.0 kg

Análisis de Grasa Segmental

Brazo Derecho (1.1 kg)	122.8%
Brazo Izquierdo (1.2 kg)	131.1%
Tronco (8.9 kg)	171.4%
Pierna Derecha (3.0 kg)	126.2%
Pierna Izquierda (3.0 kg)	125.4%

Parámetros de Investigación

Agua Intracelular	19.5 L	(17.4 ~ 21.2)
Agua Extracelular	11.8 L	(10.6 ~ 13.0)
Tasa Metabólica Básica	1297 kcal	
Relación Cintura-Cadera	0.83	(0.75 ~ 0.85)
Masa Celular Corporal	28.0 kg	(24.9 ~ 30.5)

Código QR para Interpretación de Resultados

Escanee el Código QR para ver la interpretación de los resultados con mayor detalle.



Ángulo de Fase Corporal Total

φ(°) 50 kHz | 5.9°

Impedancia

	BD	BI	TR	PD	PI
Z(Ω) 1 kHz	423.7	440.2	26.9	288.1	300.2
5 kHz	416.6	433.7	26.1	282.6	294.0
50 kHz	370.9	392.5	22.7	253.1	262.4
250 kHz	332.1	356.0	19.0	224.8	233.0
500 kHz	319.7	343.8	17.4	218.0	226.1
1000 kHz	310.9	334.3	14.6	215.9	224.1

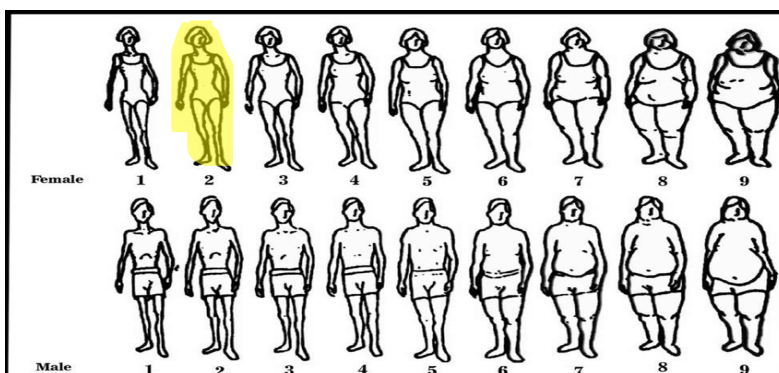
e) Cuestionarios de evaluación aplicados

EVALUACIÓN EMOCIONAL

SELECCIONE LA FIGURA A LA QUE CORRESPONDE SU PESO ACTUAL



SELECCIONE LA FIGURA QUE USTED DESEARÍA TENER



Resultado: -2

Escala de Figuras de Stunkard (10).

CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

En los últimos tres meses (marca una opción para cada inciso)

	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia Dos veces en una semana	Con mucha frecuencia Más de dos veces en una semana
1 Me ha preocupado engordar				
2 En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida				
3 He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)				
4 He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso				
5 He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso				
6 He hecho dietas para tratar de bajar de peso				
7 He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				
8 He usado pastillas para tratar de bajar de peso Especifica cuál(es)_____				
9 He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso Especifica cuál(es)_____				
10 He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso Especifica cuál(es)_____				

Calificación: 11 riesgo alto (>10 puntos)

Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (11)

ETAPA DE MOTIVACIÓN AL CAMBIO (PROCHASKA Y DICLEMENTE): Acción

Motivo: Tiene intención de cambiar y ha realizado acciones para ello.

Modelo transteórico de cambio (12)

a. EVALUACION ACTIVIDAD FÍSICA

Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)

Nos interesa conocer el tipo de actividad física que usted realiza en su vida cotidiana.

Las preguntas se referirán al tiempo que destinó a estar activo/a **en los últimos 7 días**.

22. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizó actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?

- a. Días por semana (indique el número): ____ No ____
- b. Ninguna actividad física intensa (pase a la pregunta 3):

23. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?

- a. Indique cuántas horas por día. _____
- b. Indique cuántos minutos por día. _____
- c. No sabe / No está seguro. _____

24. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas tales como transportar pesos livianos, o andar en bicicleta a velocidad regular? No incluye caminar.

- a. Días por semana (indicar el número): ____ 7 ____
- b. Ninguna actividad física moderada (pase a la pregunta 5):

25. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?

- a. Indique cuántas horas por día: ____ 1 ____
- b. Indique cuántos minutos por día: ____ 60 ____
- c. No sabe / No está seguro: _____

26. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días caminó por lo menos 10 minutos seguidos?

- a. Días por semana (indique el número): 7
- b. Ninguna caminata (pase a la pregunta 7): _____

27. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de estos días?

- a. Indique cuántas horas por día: 1
- b. Indique cuántos minutos por día: 60
- c. No sabe / No está seguro

28. Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?

- a. Indique cuántas horas por día: 6 a 7
- b. Indique cuántos minutos por día: _____
- c. No sabe / No está seguro: _____

RESULTADO: NIVEL DE ACTIVIDAD (señale el que proceda)	
Nivel Alto	
Nivel Moderado	x
Nivel Bajo o Inactivo	

Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ - International Physical Activity Questionnaire) (13)

¿Cuánto tiempo por día o por semana? 60 min por día, 5 horas a la semana

En caso de que no, ¿Cuáles son sus barreras? No siempre tiene el mismo tiempo para hacer ejercicio, no ha tenido motivación.

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS MARCANDO SI O NO (Par-Q)

SI	NO	
	X	¿Algún médico le ha dicho que tiene problemas del corazón y que sólo debe hacer actividades físicas recomendadas por un médico?
	X	¿Tiene dolor en el pecho cuando hace alguna actividad física?
	X	En el último mes, ¿Tiene dolor en el pecho cuando no está haciendo actividades físicas?
	X	¿Pierde el equilibrio por mareos o alguna vez ha perdido el conocimiento?
	X	¿Tiene algún problema en algún hueso o articulación que pueda ser agravado por algún cambio en su actividad física?
	X	¿Está tomando medicamentos recetados por el médico para la presión arterial o para el corazón (ejemplo, pastillas diuréticas)?
	X	¿Sabe de cualquier otra razón en contra de que ejercite?

Physical Activity Readiness Questionnaire (14)

b. Dietéticos

Escala de Adherencia al Plan de Alimentación (0 a 10)

Nombre del paciente: ____MSG_____

Fecha: _____

Instrucción al paciente:

En una escala del 0 al 10, donde:

- 0 significa “No seguí nada de mi plan de alimentación”
- 10 significa “Seguí completamente mi plan de alimentación”

¿Qué número describe mejor cómo fue tu adherencia a la dieta en los últimos 7 días?

Mi puntuación es: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

¿Qué facilitó tu adherencia esta semana?

_Que tuve algunos productos ya en casa_____

¿Qué obstáculos encontraste para seguir el plan?

_Los fines de semana, una boda en la que estuvo desde el viernes hasta el lunes_____

¿Hay algo que quisieras cambiar o adaptar esta semana?

_No todo me pareció bien mas bien tengo que adaptar mis timepos _____

Interpretación del Profesional de la Salud

- [] Alta adherencia (8–10)
- [] Moderada adherencia (5–7)
- [] Baja adherencia (1–4)

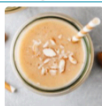
Escala de apego auto reportado (15)

g) PLAN DE ALIMENTACIÓN

1ª intervención

3 de Febrero

Desayuno



Smoothie alto en proteína
Plátano, 60g, ½ pieza
Almendras, 5g, 5 piezas
Proteína de suero de leche, 2ml,
Leche de coco, 250ml, 1 taza



Quesadilla con zanahoria
Zanahoria, 40g, ½ taza
Cilantro, 3g, 0.1 taza
Tortilla de maíz, 60g, 2 piezas
Queso panela, 80g, 2 rebanadas

Medio día



Vitaline bebible fresa
Yogurth Vitaline bebible fresa, 217g, 1 botella

Comida



Manzana roja
Manzana, 106g, 1 pieza



Ternera de res
Ternera de res, 80g,



Arroz con vegetales
Arroz cocido, 93.33g, ½ taza
Chícharo, 16g, 0.1 taza
Zanahoria, 20g, ¼ taza



Guacamole
Aguacate, 68g, ⅓ pieza
Tomate, 10g, 1 rebanada
Cebolla, 10g, 2 cucharadas

Media tarde



Naranja
Naranja, 240g, 2 piezas

Cena



Bowl lentejas y verduras
Lentejas cocidas, 45g, ¼ taza
Arroz blanco, cocido, 100g, ½ taza
Calabacita italiana, 55g, ½ pieza
Brócoli cocido, 92g, ½ taza
Zanahoria, 20g, ¼ taza
Aguacate, 31g, ⅓ pieza
Pollo sin piel, asado, 67.94g,



Licudo de mango, sin azúcar
Mango manila, 140g, 1 pieza
Leche de coco, 250ml, 1 taza

Equivalentes

Total de equivalentes actuales

Grupo	Al despertar	Desayuno	Medio día	Comida	Media tarde	Cena	Total
Fruta	0	1	0	1	1	1	4
Verdura	0	1	0	2	0	2	5
Cereales y tubérculos	0	2	0	2	0	2	6
Cereales con grasa	0	0	0	0	0	0	0
Leguminosas	0	0	0	0	0	0.5	0.5
O.A muy bajo en grasa	0	0	0	0	0	0	0
O.A. bajo en grasa	0	2	0	4	0	3	9
O.A. moderado en grasa	0	0	0	0	0	0	0
O.A. alto en grasa	0	0	0	0	0	0	0
Leche descremada	0	0	1	0	0	0	1
Leche semidescremada	0	0	0	0	0	0	0
Leche entera	0	0	0	0	0	0	0
Azúcar	0	0	0	0	0	0	0
Grasa	0	1	0	2	0	2	5
Azúcar con grasa	0	0	0	0	0	0	0
Grasa con proteína	0	0.5	0	0	0	0	0.5
Suplemento de proteína	0	1	0	0	0	0	1

2ª Intervención

17 de Febrero

Desayuno



Leche con proteína de suero.
Blueberries, 107g,
Proteína de suero de leche (1 scoop), 2ml,
Leche de almendras, 240ml, 1 taza
Almendras, 5g, 5 piezas



Montaditos de tomate
Pan integral tostado, 58g, 2 piezas
Aguacate, 31g, ½ pieza
Jitomate bola, 90.4g,
Cebolla morada, 10.39g,

Medio día



Kiwi con yogurth
Yogurt griego, alto en proteína, 80ml, ½ taza
Kiwi, 114g, 1 ½ piezas

Comida



Quesadillas de champiñones
Tortilla de maíz, 60g, 2 piezas
Champiñones blancos, crudos, 61g, ½ taza
Queso panela, 80g, 2 rebanadas



Fajitas de res
Filete de carne de res, 120g,
Pimiento rojo o verde, 90g, 1 taza
Cebolla blanca, 26.5g,
Aceite en aerosol, 5ml,



Papaya
Papaya , 155g, 1 taza

Media tarde



Mandarina
Mandarina , 128g, 2 piezas

Cena



Mango manila
Mango, 150g, 1 pieza



Bowl de pollo con verduras
Pollo, pechuga asada, 120g,
Brócoli cocido, 92g, ½ taza
Zanahoria, 40g, ½ taza
Lechuga, cos o romana, 22.5g, ½ taza



Pan de centeno con aguacate
Pan de centeno , 25g, 1 rebanada
Aguacate, 31g, ½ pieza
Queso panela , 40g, 2 rebanadas

Equivalentes

Total de equivalentes actuales

Grupo	Al despertar	Desayuno	Medio día	Comida	Media tarde	Cena	Total
Fruta	0	1	1	1	1	1	5
Verdura	0	1	0	2	0	2.2	5.2
Cereales y tubérculos	0	2	0	2	0	1	5
Cereales con grasa	0	0	0	0	0	0	0
Leguminosas	0	0	0	0	0	0	0
O.A muy bajo en grasa	0	0	0	4	0	4	8
O.A. bajo en grasa	0	0	0	2	0	2	4
O.A. moderado en grasa	0	0	0	0	0	0	0
O.A. alto en grasa	0	0	0	0	0	0	0
Leche descremada	0	0	1	0	0	0	1
Leche semidescremada	0	0	0	0	0	0	0
Leche entera	0	0	0	0	0	0	0
Azúcar	0	0	0	0	0	0	0
Grasa	0	1	0	1	0	1	3
Azúcar con grasa	0	0	0	0	0	0	0
Grasa con proteína	0	1	0	0	0	0	1
Suplemento de proteína	0	1	0	0	0	0	1

3ª Intervención

3 de Marzo

Desayuno



Calabacita a la mexicana
Calabaza cruda, 120g, 2 piezas
Tomate rojo, 65g, 6 ½ rebanadas
Cebolla blanca, 15g,
Cilantro, 12g, ½ taza



Panela asada
Queso Panela Lala Light, 90g, 3 rebanadas



Tortilla de maíz
Tortilla, 22g, 1 pieza



Leche con proteína de suero.
Proteína de suero de leche (whey), 30ml,
Leche de almendras, 240ml, 1 taza
Blueberries, 53.5g,

Comida



Enchiladas (verdes) de pollo
Agua, 50ml,
Ajo, 1g, ¼ cucharadita
Cilantro, 1g, 0 taza
Espinaca, cruda, 18g, ½ taza
Salsa de tomate, 50g,
Aceite de canola, 5ml, 1 cucharadita
Fajita de pollo, 120g,
Tortilla de maíz, 90g, 3 piezas
Crema agria reducida en grasa, 14ml, 1 cucharada
Mango manila
Mango, 150g, 1 pieza



Verduras salteadas
Pimiento rojo o verde, 30g, ½ taza
Zanahoria, 30g, ½ taza
Calabaza cruda, 20g, ½ pieza
Cebolla picada, 10g, 2 cucharadas
Aceite de canola, 5ml, 1 cucharadita



Media tarde



Fresa
Fresas enteras, 204g, 17 piezas

Cena



Panes tostados con huevo cocido
Huevo entero cocido, 88g, 2 piezas
Aguacate, 46.5g, ½ pieza
Pan tostado, 36g, 2 piezas
Espinaca, cruda, 30g, ½ taza
Jitomate bola, 79.55g,



Yogur natural Griego (yoplait)
Yogurt Griego Yoplait, 145ml, 1 pieza

Equivalentes

<https://www.minutrimind.net/epco/acciones.php?q=inicio>

1/2

Total de equivalentes actuales

Grupo	Al despertar	Desayuno	Comida	Media tarde	Cena	Total
Fruta	0	0.5	1	1	0	2.5
Verdura	0	3	2.5	0	1	6.5
Cereales y tubérculos	0	1	3	0	2	6
Cereales con grasa	0	0	0	0	0	0
Leguminosas	0	0	0	0	0	0
O.A muy bajo en grasa	0	3	4	0	0	7
O.A. bajo en grasa	0	0	0	0	1	1
O.A. moderado en grasa	0	0	0	0	2	2
O.A. alto en grasa	0	0	0	0	0	0
Leche descremada	0	0	0	0	0	0
Leche semidescremada	0	0	0	0	0	0
Leche entera	0	0	0	0	0	0
Azúcar	0	0	0	0	0	0
Grasa	0	0	3	0	1.5	4.5
Azúcar con grasa	0	0	0	0	0	0
Grasa con proteína	0	0.5	0	0	0	0.5
Suplemento de proteína	0	0	0	0	0	0

f) Metas SMART

Fecha: 30/01/2025

Meta 1: Aumentar la ingestión de hidratos de carbono de calidad

Específica: Incluir al menos una porción adicional de hidratos de carbono complejos en el desayuno y comida para alcanzar un consumo adecuado de energía.

Medible: Aumentar la ingestión de hidratos de carbono de 195 g a 220 g diarios.

Alcanzable: Consumo de hidratos de carbono suficientes y de mejor calidad. Puede incluir opciones como avena, quinoa, camote o leguminosas.

Relevante: 9

Tiempo: Alcanzar este objetivo en 4 semanas, evaluando su adherencia cada 15 días.

Meta 2: Normalizar el consumo de todos los grupos alimenticios y promover una alimentación más intuitiva.

Específica: Implementación de estrategias de alimentación consciente, evitando restricciones excesivas y promoviendo variedad en su dieta.

Medible: Incluir esta técnica en el tiempo de comer de la comida los 7 días de la semana.

Alcanzable: Educación nutricional y asesoría sobre flexibilidad alimentaria en las sesiones de consulta nutricional.

Relevante: 9

Tiempo: Evaluar avances cada 4 semanas con seguimiento del comportamiento alimentario y ajuste de estrategias si es necesario.

Meta 3: Incorporar entrenamiento de fuerza para mejorar la masa muscular

Específica: Incluir 2 sesiones de entrenamiento de fuerza por semana para preservar la masa muscular durante la pérdida de grasa.

Medible: Asegurar al menos 30-45 minutos por sesión de ejercicios de fuerza (peso corporal o con resistencia).

Alcanzable: Tomar clase de fuerza en el estudio en donde entrena.

Relevante: 6

Tiempo: Implementar en 4 semanas, evaluando cambios en fuerza y composición corporal cada mes.

Fecha: 13/02/2025

Meta 1: Reducción de energía total y control de hidratos de carbono

Específica: Reducir la ingestión de calorías en fines de semana limitando el consumo de alcohol y alimentos con alto contenido energético.

Medible: Reducir el consumo energético en fines de semana lo más cercano a 1700 kcal/día.

Alcanzable: La paciente ya siguió el plan de lunes a viernes por una semana; por lo que se implementará una sesión de asesoría de manera presencial acerca elecciones conscientes para eventos sociales o comidas fuera de casa.

Relevante: 10

Tiempo: Lograrlo en un periodo de 2 semanas

Meta 2: Mejora del cumplimiento del plan alimenticio a lo largo de la semana

Específica: Lograr que la paciente mantenga al menos 1 de las 3 comidas principales del plan alimentario durante los fines de semana.

Medible: Que al menos 4 de las 6 comidas (viernes–domingo) se apeguen a las porciones y combinaciones recomendadas.

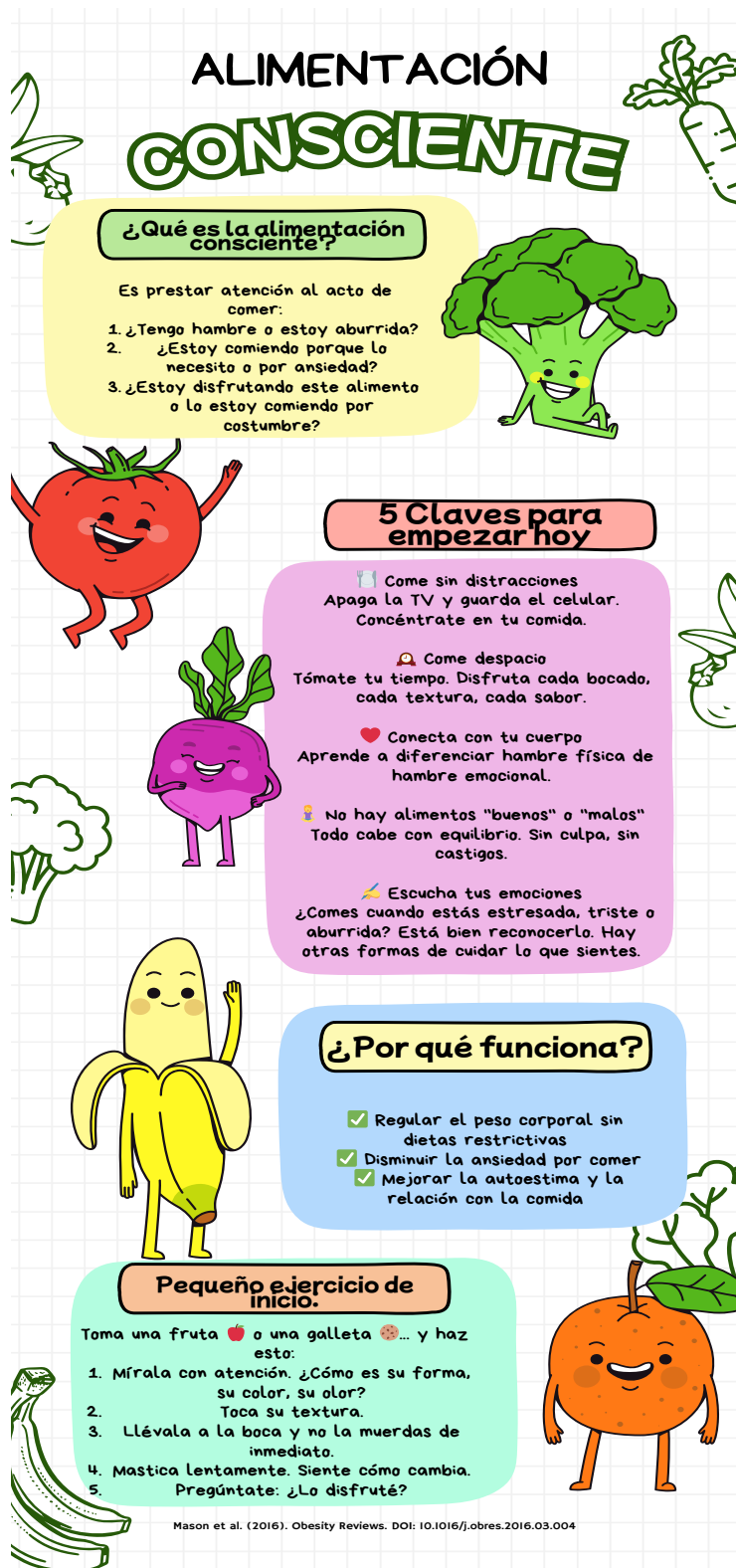
Alcanzable: Se le brindará una charla e imagen del plato del bien comer para que

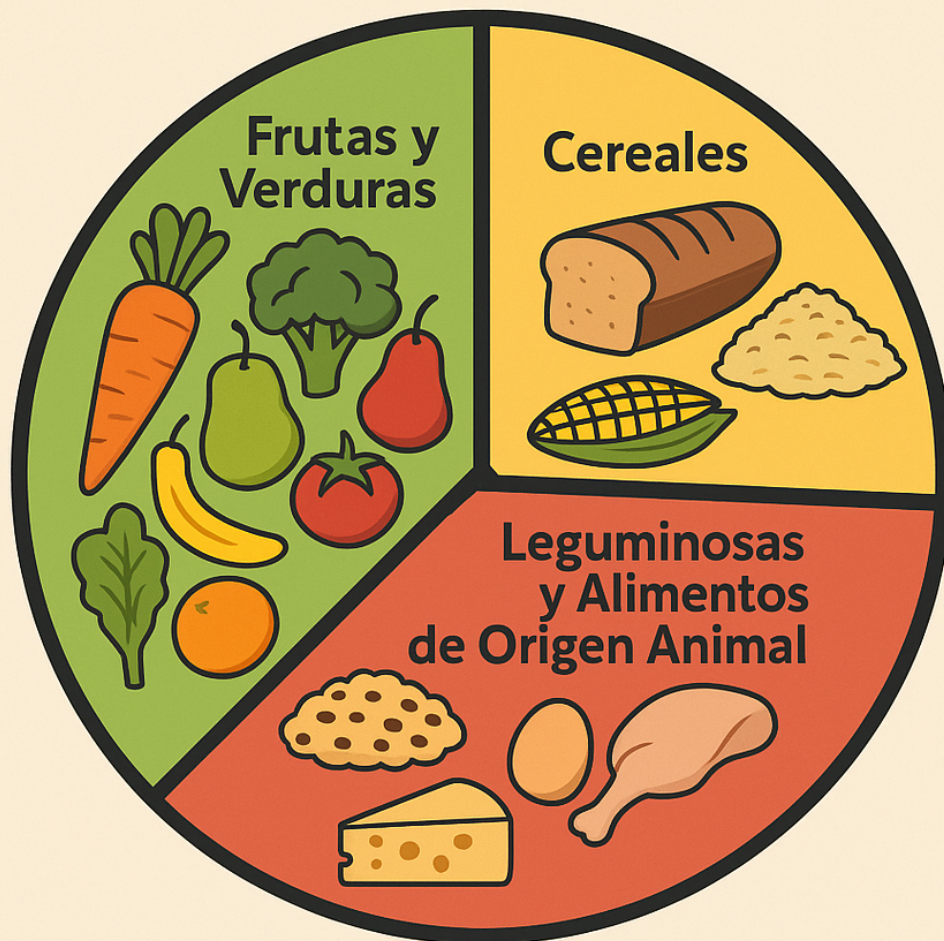
pueda visualizar cantidades y grupos de alimentos que debe comer en las salidas sociales.

Relevante: Esto permitirá mantener la consistencia del tratamiento y evitar picos energéticos.

Tiempo: Medible en un plazo de 2 semanas.

g) Material educativo





PLATO DEL BIEN COMER