



Sociedad Española de
Medicina Psicosomática
y Psicoterapia

Trastornos alimentarios: más allá del diagnóstico



José Luis Marín
Julio 2023
www.psicociencias.com

Puedes encontrar la presentación completa en:
www.psicociencias.com ➔ publicaciones ➔ noticias



Nosotros ▾ Formación ▾ IDAE-EMDR ▾ Asistencia e Investigación ▾ **Publicaciones** ▾ Aula Virtual  ▾

NOTICIAS

¿QUIERES ESTAR AL DÍA DE TODAS NUESTRAS NOVEDADES? ¡SÍGUENOS!

¿Nuevas perspectivas?

- Hace años que no se publica nada original sobre el abordaje de los TA.
- Como demuestra la investigación, la técnica terapéutica solo contribuye al 5-10 % del éxito del tratamiento.
- El “Factor T” es mucho más importante.
- Estas son las “nuevas perspectivas”: **cambiar la perspectiva.**





National Institute
of Mental Health

**Los trastornos
de la alimentación:**



**Un problema que va
más allá de la comida**



NIH National Institute
of Mental Health



Pida una consulta
Para encontrar un doctor
Para encontrar trabajo
Para donar

Acceso a su cuenta

Español

- Atención en Mayo Clinic
- Información sobre salud
- Para profesionales médicos
- Investigación
- Facultad de Medicina y Ciencias
- Donaciones a

Atención al paciente e información médica > Enfermedades y afecciones

Anorexia nerviosa

Solicite una Consulta

- Síntomas y causas
- Diagnóstico y tratamiento
- Médicos y departamentos

Descripción general

Imprimir

La anorexia nerviosa, a menudo simplemente denominada «anorexia», es un trastorno de la alimentación que se caracteriza por el peso corporal anormalmente bajo, el temor

Advertisement

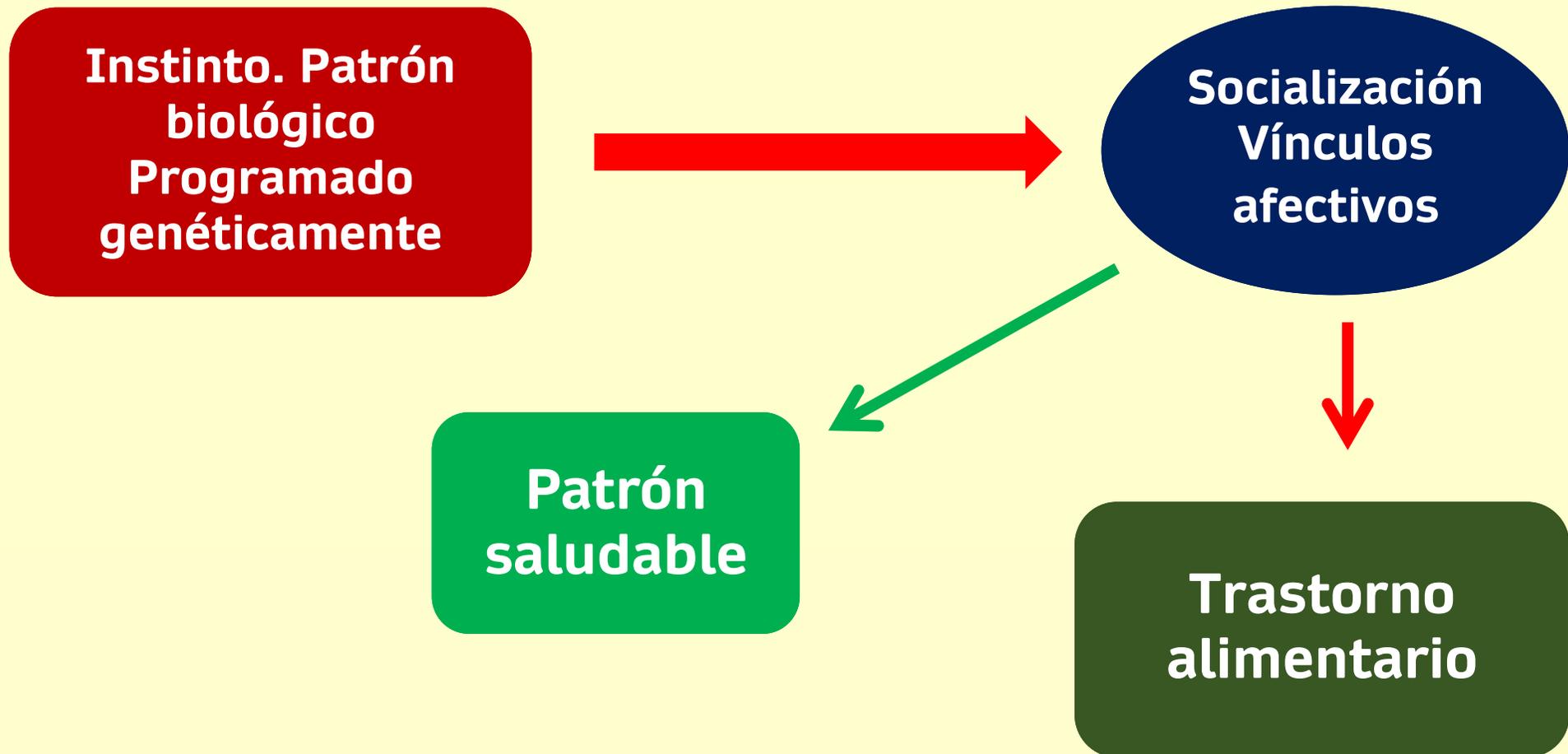
Ads by Google



- *En realidad, la anorexia no se trata de la comida.*
- Es una manera extremadamente poco saludable y, en ocasiones, mortal de intentar afrontar los problemas emocionales.*
- Cuando tienes anorexia, lo que haces con frecuencia es equiparar la delgadez con la autoestima.*



¿Por qué se come mal? (cuando hay comida)



El puzle de la alimentación

- La necesidad de nutrirse (impulso) ha generado tanto los banquetes de boda, navidades o restaurantes 3 estrellas como dietas de adelgazamiento, veganas, macrobióticas... (cultura).
- La alimentación es una forma de expresión.
- La alimentación es, siempre, emocional.
- Los TA son trastornos de la relación.



Un caso

- Paula, 17 años.
- Diagnosticada de AN hace 4 años.
- Diversos tratamientos psicológicos, farmacológicos y varias hospitalizaciones.
- Madre médico, con antecedentes de TA.
- Padre diplomático, “viaja mucho”.
- “Familia ejemplar”
- Paula hace el apego con su cuidadora ecuatoriana, que la deja a los 2 años.



Otro caso

- María, 22 años.
- Diagnosticada de BN desde los 13 años.
- Igual, muchos terapeutas, **medicamentos** y hospitales.
- Madre inmigrante de Europa del Este.
- Padre empresario español, con 2 hijos de matrimonio anterior.
- Abusada sexualmente por su hermanastro desde los 10 hasta los 18 años.
- Nadie se lo había preguntado hasta ahora.



Otro más

- Luisa, 42 años; 166 cms. y 146 Kgs.
- Médico. Consulta por la obesidad.
- Soltera, ha tenido varias parejas esporádicas, con dificultades sexuales.
- Con 4 años, abusada sexualmente por su abuelo materno durante varios años.
- Cada vez que perdía peso y se sentía “atractiva” se “deprimía” (y aumentaba de peso).



Y otro

- Laura, 28 años. 90 Kgs.
- Psicóloga.
- Padres artistas muy reconocidos en su ámbito.
- Consumidores habituales de sustancias.
- Código Z-62.0 (ICD-11)
- Diagnosticada de Trastorno por atracón, con varias experiencias terapéuticas previas. AP de sintomatología psicológica.
- Ausencia de mirada parental.



Trastornos de la conducta alimentaria

- ¿De la “conducta”?
- Trastorno por fiebre, o Trastorno por tos.
- La trampa de la cormobilidad.
- Tratar la “conducta” o todas las manifestaciones del sufrimiento.
- Mirar más allá del diagnóstico.



A vueltas con cambiar la conducta

22:25 Domingo 13 de marzo elpais.com

REGALA SUSCRÍBETE INICIAR SESL..

Menores en centros de acogida



Un menor en su habitación, en un centro de acogida. ANDREA COMAS

EXCLUSIVO SUSCRIPTORES

“No es qué he hecho. Es qué me han hecho a mí”

ANTONIO JIMÉNEZ BARCA | Madrid

Varios adolescentes tutelados cuentan cómo es su vida, de qué se quejan, por qué se fugan y por qué se sienten estigmatizados

— Los expertos abogan por pisos pequeños y crear vínculos afectivos

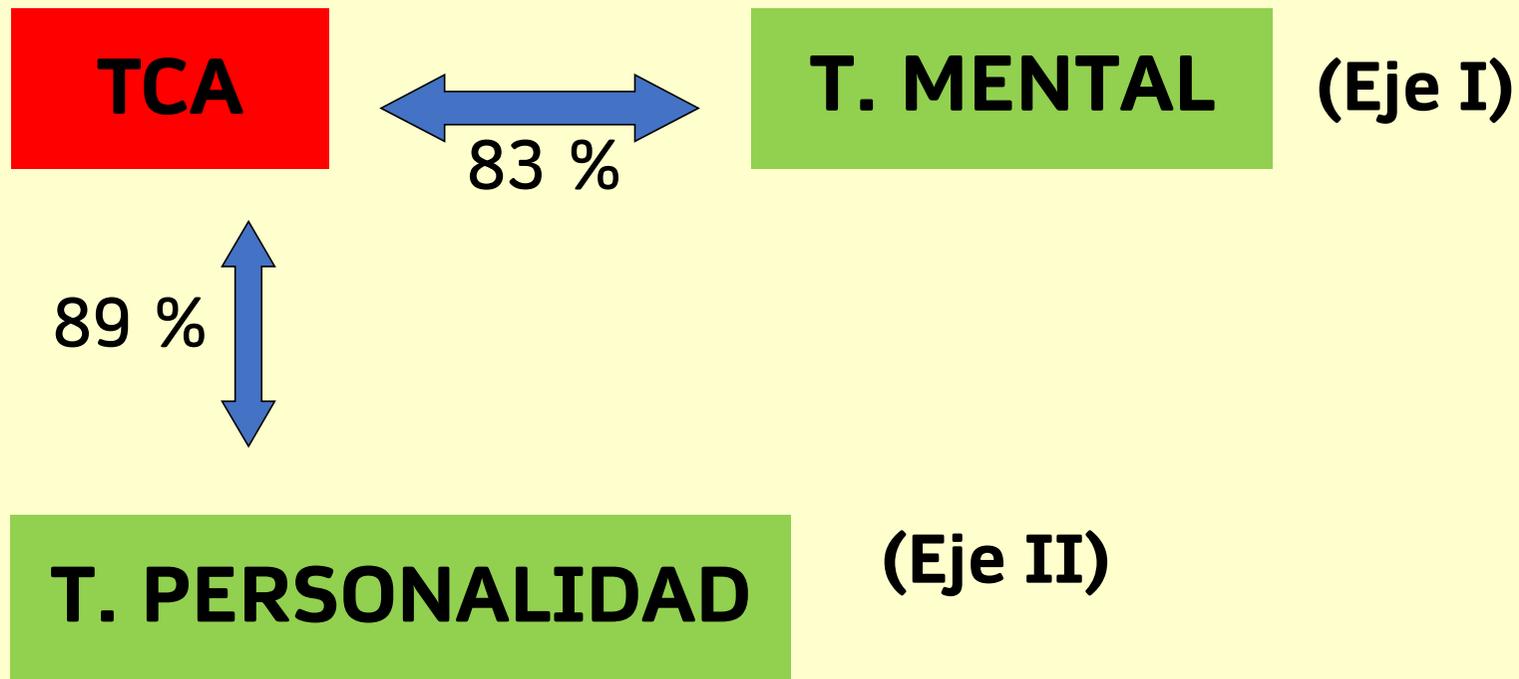


T.C.A. y DSM-5

- Anorexia nerviosa
 - Tipo restrictivo
 - Tipo con atracones/purgas
- Bulimia nerviosa
- Trastorno de la evitación/restricción de la ingesta de alimentos
- Trastorno de atracones
- Pica
- Trastorno de rumiación
- Otro T. C. A. especificado



Comorbilidad T.C.A. (DSM-5)

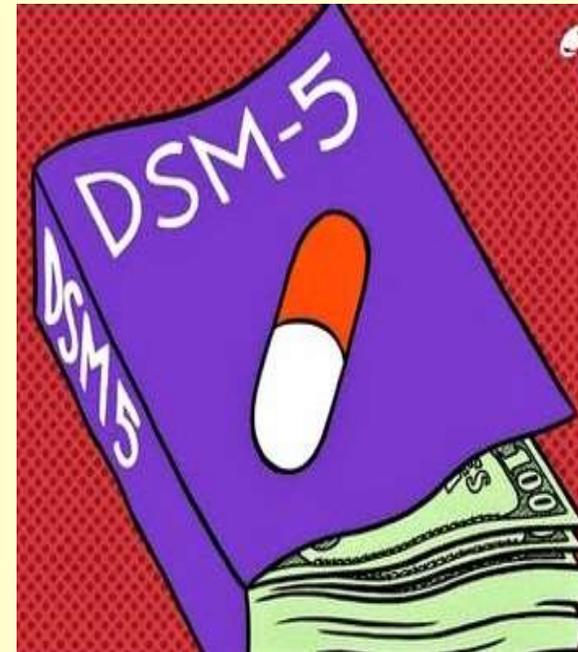


SCID-II (70% T.P., más de uno)



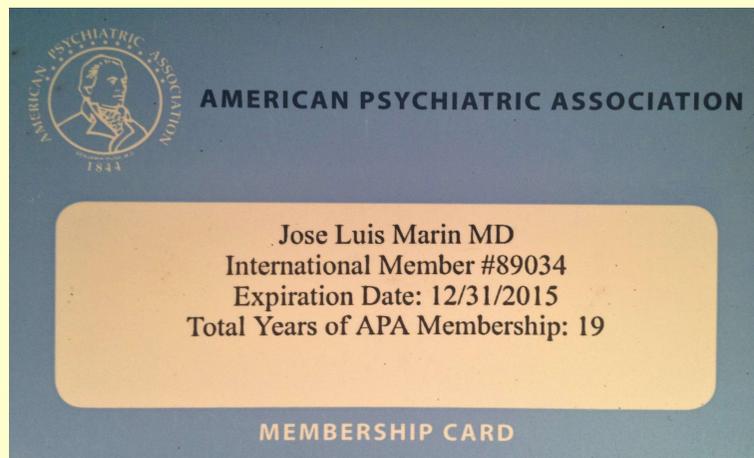
La trampa del “diagnóstico”: convertir historias en recetas

Listado de
síntomas



DSM-5

Categoría:
TCA



Fracaso en la integración



¿Etiqueta o conflicto?



La historia personal... que no se escucha

- Los trastornos alimentarios como metáfora de la crisis sistémica: cultura dominante y familia como “brazo armado”.
- Los síntomas como mecanismo de defensa y como mensaje.
- Respuesta adaptativa.



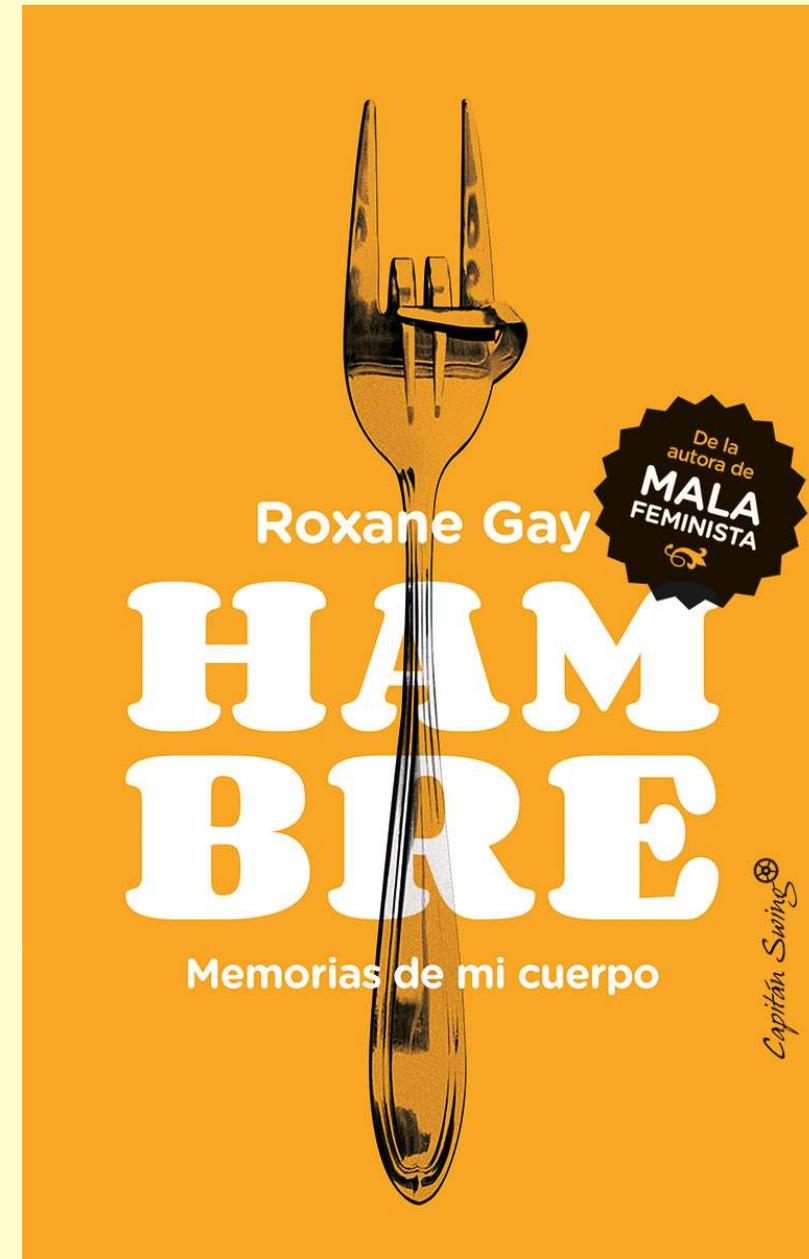
- En un modelo asistencial dominado por el “cerebro-centrismo”, el complejo médico-industrial y las políticas académico-universitarias.
- El paciente, como víctima.
- Los intereses creados de la industria, de los profesionales y de la población, que ha aprendido que es preferible ser "enfermo" que infeliz, y que serlo puede tener ciertas ventajas.





Roxane Gay, 260 Kg. Omaha, 1974

- *El pasado está descrito en mi cuerpo. Cargo con él todos y cada uno de los días. A veces siento como si el pasado pudiera matarme. Es una carga muy pesada.*



TA y desexualización



Arya Permana, Indonesia. 10 a., 192 Kgs.



Susanne Eman, 350 Kgs.

Quiere alcanzar el Guinness





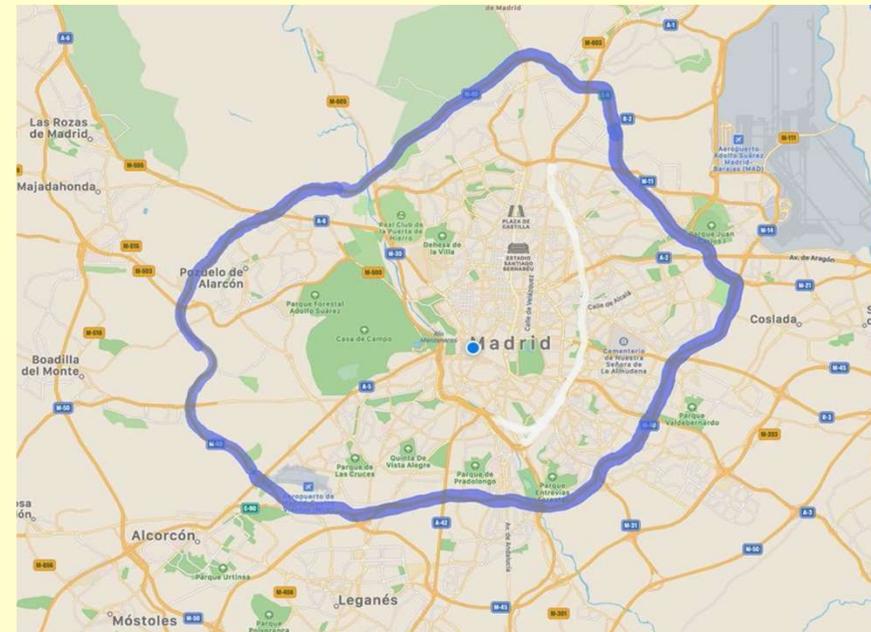
Monica Riley (Texas), 318 Kg.





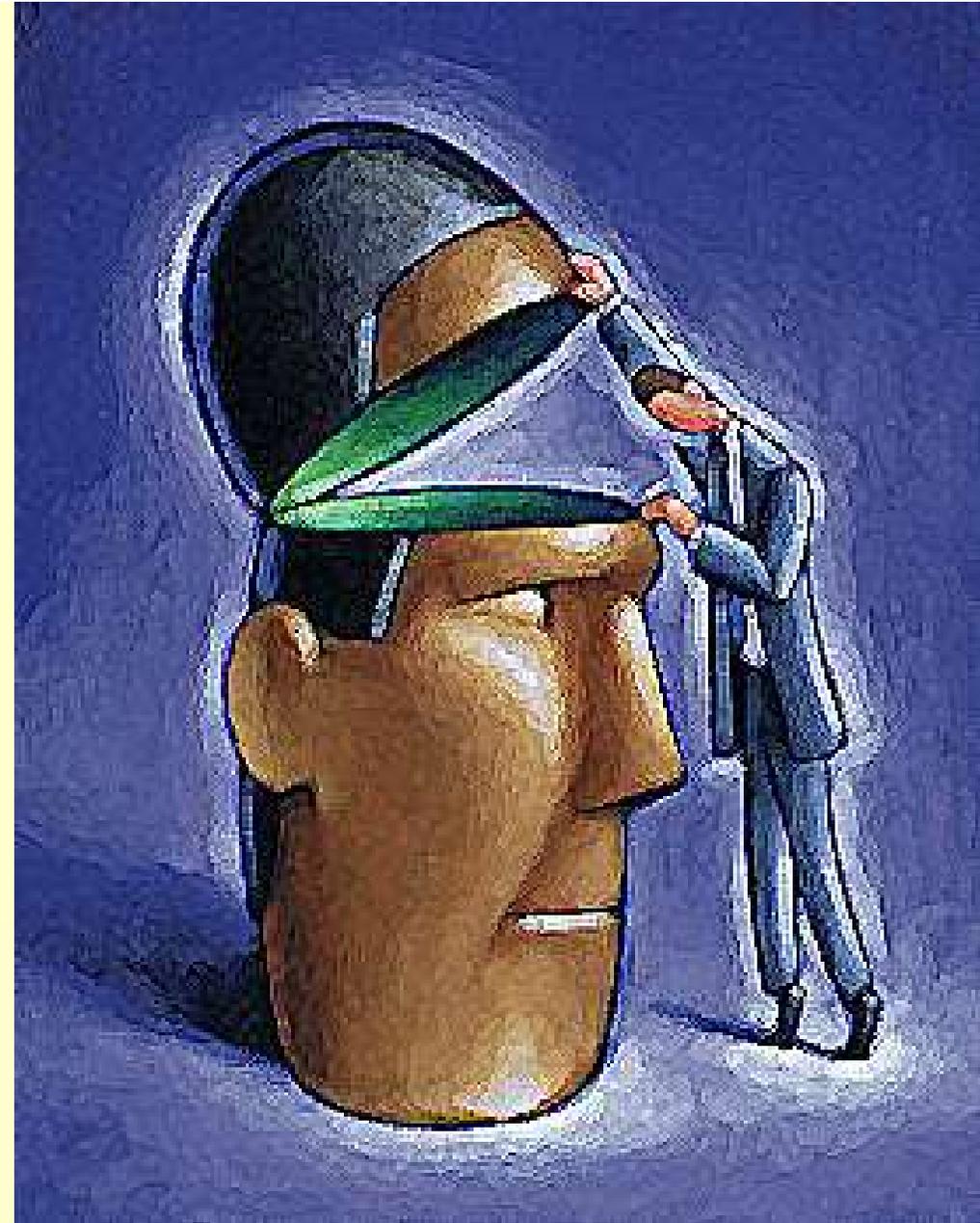
Vamos a enfocarnos

- ¿Avanzamos... o seguimos dando vueltas?
- La psicoterapia es un viaje
- Que, como todos, necesita un mapa



La evaluación

- ¿Cómo hemos llegado hasta aquí?
- Cambiar la pregunta:
¿Qué te ha pasado?
- Mirar, para ver más allá de los síntomas.
- El primer paso de la psicoterapia.



Objetivos de la evaluación

- Evaluar psicológicamente (y bio-socialmente) al paciente para hacer un psicodiagnóstico.
- Y así planificar adecuadamente el proceso psicoterapéutico,
- Ofreciendo un margen temporal **sin exigencias de cambio,**
- Facilitando la creación de la alianza terapéutica.



Herramientas de evaluación

- Modelo de HC.
- La línea de vida
- Pruebas psicométricas: ¿Qué queremos medir?
- Pruebas proyectivas: la movilización
- Evaluación corporal
- Evaluación familiar: presente y remota (el genograma)



Evaluación en Psicoterapia Breve

- OPD-2: *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*, Universidad de Heidelberg, 2006
- Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2): evaluación en 5 ejes.
- Adaptado al castellano en la Universidad de Chile (G. de la Parra y L. Alvarado)
- Desarrollado en España por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia



Universidad de Heidelberg



GRUPO DE TRABAJO OPD

DIAGNÓSTICO PSICODINÁMICO OPERACIONALIZADO (OPD-2)

Manual para el diagnóstico, indicación
y planificación de la psicoterapia



Herder

Modelo multiaxial

- Eje I: Vivencia de la enfermedad y motivación para el abordaje
- Eje II: Las relaciones. El sistema
- **Eje III: El conflicto**
- Eje IV: La personalidad
- Eje V: Otros trastornos psíquicos y psicosomáticos



Conflicto (RAE)

Del latín *conflictus*

- 1. m. Combate, lucha, pelea.
- 2. m. Enfrentamiento armado.
- 3. m. Apuro, situación desgraciada y de difícil salida.
- 4. m. Problema, cuestión, materia de discusión.
Conflicto de competencia, de jurisdicción.
- 5. m. **Psicol. Coexistencia de tendencias contradictorias en el individuo, capaces de generar angustia y trastornos neuróticos.**



El conflicto (Bowlby, 1956)

- “El **conflicto** es el estado normal de las cosas en todos nosotros. Cada día descubrimos que no podemos comer el pastel y seguir teniéndolo...”
- “El comportamiento es la resultante de un conflicto casi continuo entre **impulsos contradictorios**”
- “Lo que caracteriza al individuo sano es su capacidad para **regular satisfactoriamente** sus conflictos”



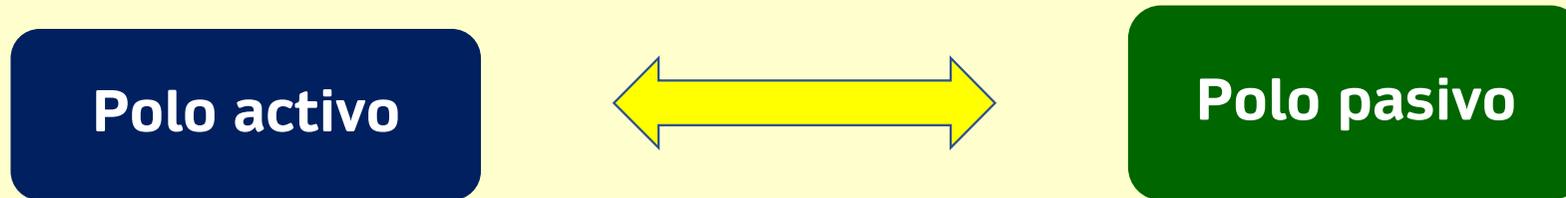
Conflictos básicos: OPD - 2

- Individuación vs. dependencia.
- Autosuficiencia vs. deseo de protección y cuidado.
- Control vs. sumisión.
- Conflicto de autovaloración
- Conflicto de culpa (a sí mismo vs. a otro).
- Conflicto edípico (reconocimiento como hombre/mujer dándose permiso para la satisfacción).
- Conflicto de identidad.



Los conflictos básicos

- Resultado de siete grandes polarizaciones.
- Los expresamos en forma de eje, con un polo activo y un polo pasivo.



- La forma adaptativa (y el objetivo terapéutico) de manejarse con los conflictos es poder moverse por el eje sin angustia, no intentar “evitarlos”.



Psicoterapia Breve Enfocada en el Conflicto (PBEC)



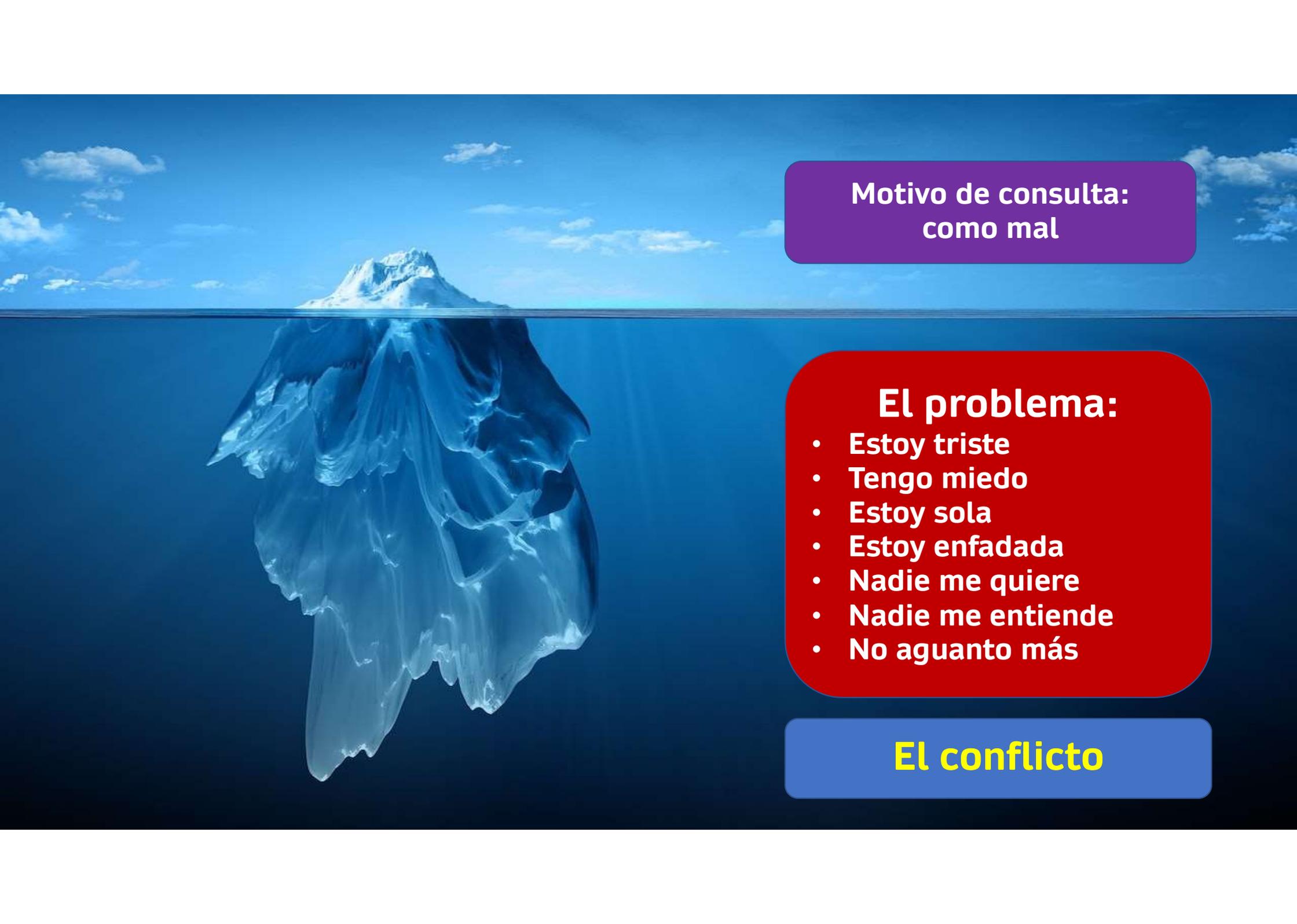
- Individuación forzada (aislamiento) frente a simbiosis
- La emoción dominante es la **angustia (el miedo)**



El T.A. como motivo de consulta

- Sólo mostramos una parte pequeña de nosotros.
- Y todos **somos mucho más de lo que mostramos.**
- Un T.A. no es un problema con la comida, es un **problema que se refleja en la comida y en muchísimas otras situaciones.**
- Mirar, para ver.
- La queja recurrente de estas pacientes es **“no me entienden”**... y es verdad.



An iceberg floating in the ocean. The tip of the iceberg is visible above the water surface, while the much larger, jagged base is submerged underwater. The sky is blue with some clouds, and the water is a deep blue.

**Motivo de consulta:
como mal**

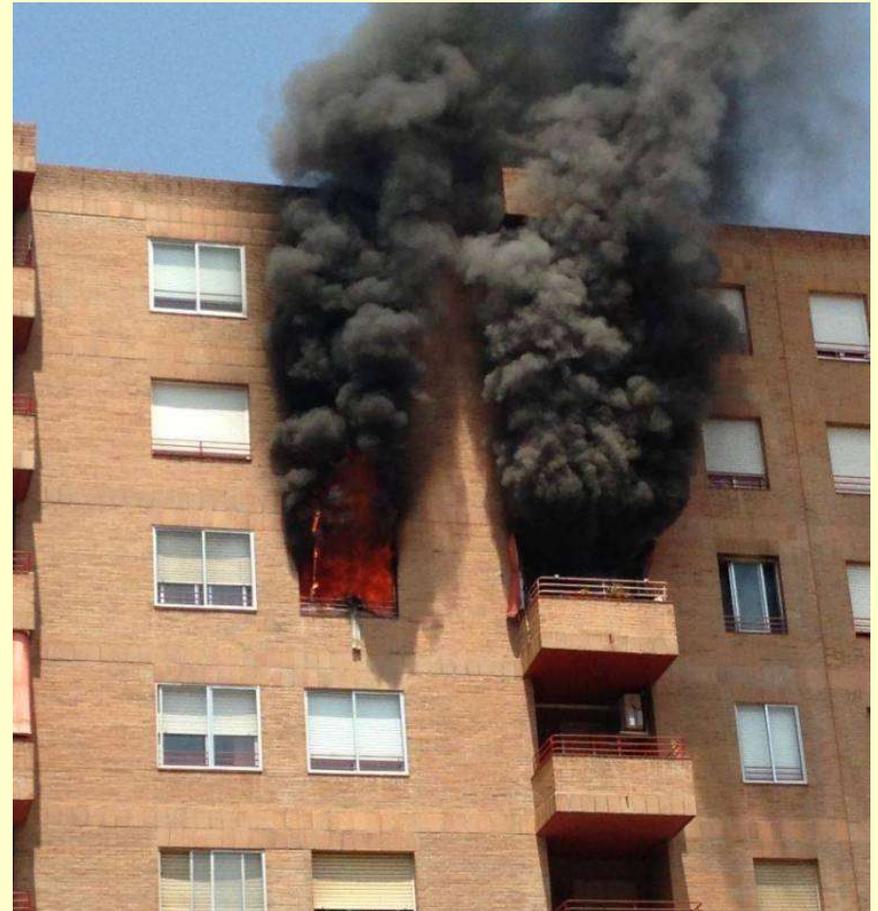
El problema:

- **Estoy triste**
- **Tengo miedo**
- **Estoy sola**
- **Estoy enfadada**
- **Nadie me quiere**
- **Nadie me entiende**
- **No aguanto más**

El conflicto

El síntoma y el conflicto

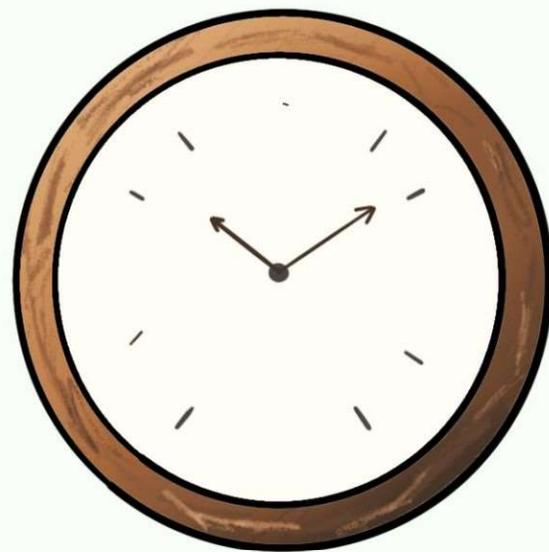
Algunos
tratamientos
actuales: grandes
ventiladores para
disipar el humo



Escuchando ¿al síntoma o a la persona?

- El ser humano está enfermo por falta de vocabulario.
- Los síntomas son un lenguaje de signos que hay que descriptar.
- No es tan difícil: sólo hay que querer mirar y escuchar...
- Más allá de la biología molecular y de la conducta expresada.





**NO NECESITAS
MÁS TIEMPO**



**NECESITAS MÁS
CONCENTRACIÓN**



- No hay paciente sin historia y esta es, siempre, relevante.
- Hay que aprender a preguntar: nadie nos ha enseñado.
- El problema de preguntar es que, a veces, te responden: la negación organizada.
- Cada vez que se pierde la oportunidad, se re-traumatiza.
- Para empezar: ¿qué te ha pasado? Las experiencias traumáticas silenciadas.



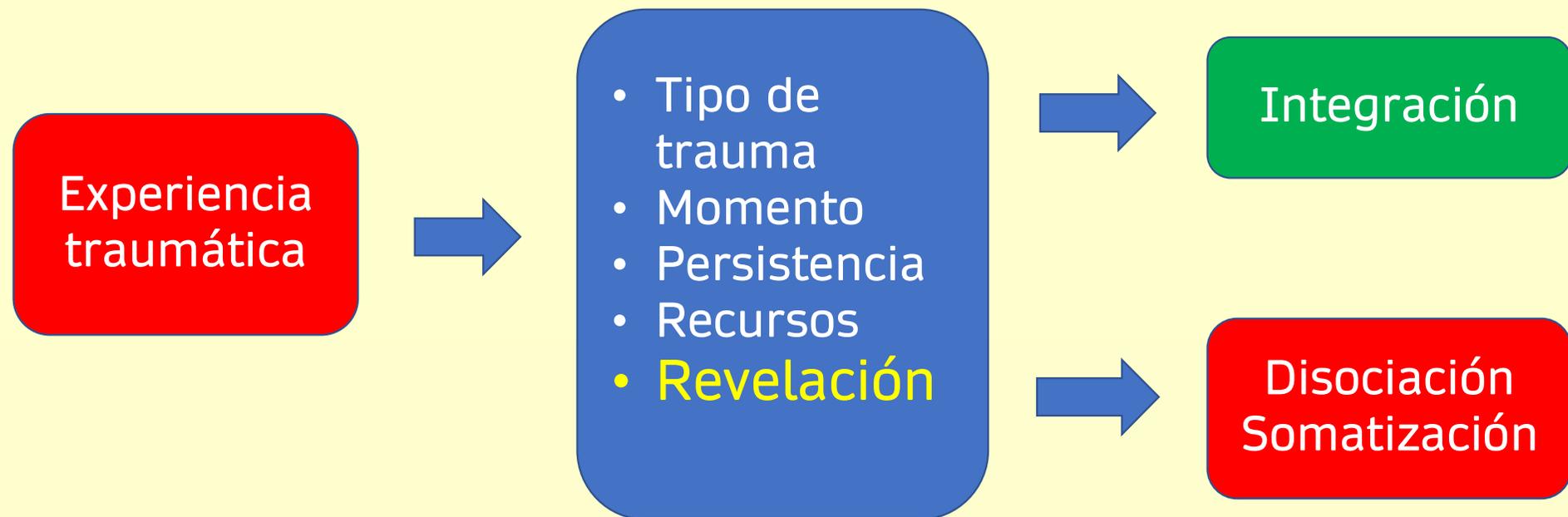
La historia compartida

- Trauma relacional temprano, trauma de apego.
- Falta de sintonía: la falta básica.
- Necesidad de mantener vinculación.
- Creencias negativas (adaptativas): “*no estoy bien como soy*”, “*no soy querible*”.
- Juicio de valor explícito asociado a la comida o al peso: el empujón.



Trauma, disociación y somatización

- Las manifestaciones alimentarias, por exceso o por defecto, y la “extrañeza” por lo corporal, son respuestas disociativas.



Cuando la voz es silenciada...



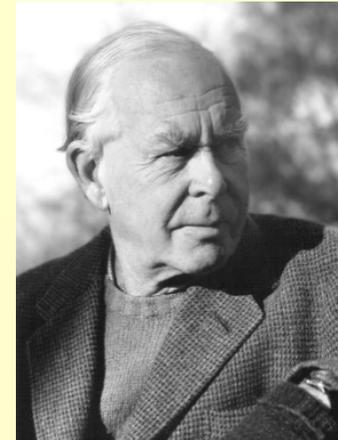
La sabiduría popular

- “Lo que no decimos se nos acumula en el cuerpo, se convierte en insomnio, en nudos en la garganta, en nostalgia, en dolor, en duda, en tristeza...”
- Lo que no decimos no se muere, **lo que no decimos nos mata”**



Apego y psicoterapia

- *“Todos los trastornos mentales muestran alteración de la capacidad de vinculación afectiva, que con frecuencia es tan grave como persistente”*
- *“El papel del terapeuta es análogo al de una madre que ofrece a su hijo una base segura desde la que podrá explorar el mundo*
- **John Bowlby** (Londres, 26/2/1907,
- Isla de Skye, 2/9 1990)



SOLO QUERÍA
UN ABRAZO



El “trauma relacional temprano”

Allan Schore

- El trauma relacional temprano está causado por una madre o un padre (o cuidador primario) atemorizado, atemorizante, negligente o incapaz de ofrecer protección a su hijo.
- Es decir, por la ausencia de la disponibilidad emocional de los progenitores.



- No es sólo el abuso y la violencia lo que puede truncar el desarrollo normal del bebé; el trauma temprano viene provocado por los sentimientos de miedo, desprotección, abandono, desconfianza, ausencia de mirada... sentimientos que provienen de la persona que debía ofrecerle protección y amor.
- Es una forma de trauma de apego.



La falta básica

- Por diferentes motivos, nuestro paciente siente (consciente e inconscientemente) una **carencia, un vacío** difícil de identificar.
- Muy antiguo.
- **Que necesita rellenar, y lo reivindica en bucle.**
- El síntoma es su manera de expresar el sufrimiento.
- Dar otra voz al sufrimiento es la manera de limitar el síntoma y poder integrar una narrativa sanadora: psicoterapia



Lo sabido impensado

(Ch. Bolas)

- A.S.I.: entre el 30 y el 80 %
- Sobre exigencia parental: el drama del niño dotado.
- La gestión de las necesidades.
- Sin adultos en casa.
- Mírame mamá/papá (por las buenas... o por las malas)
- El trauma sin voz: la negación cultural sistemática.



Los “TA” y los terapeutas

- Las reacciones de algunos terapeutas ante estos pacientes: contratransferencia, ¿qué les pasa?
- Necesidad de disponer de una teoría de la mente, función reflexiva, para poder entender, y atender, a estas personas.
- La “anorexia” y el ejercicio sádico del poder.
- Equipos multidisciplinares, ¿necesarios para quien?
- ¿Por qué dan tanto miedo?
 -
- El “Factor T” en psicoterapia.

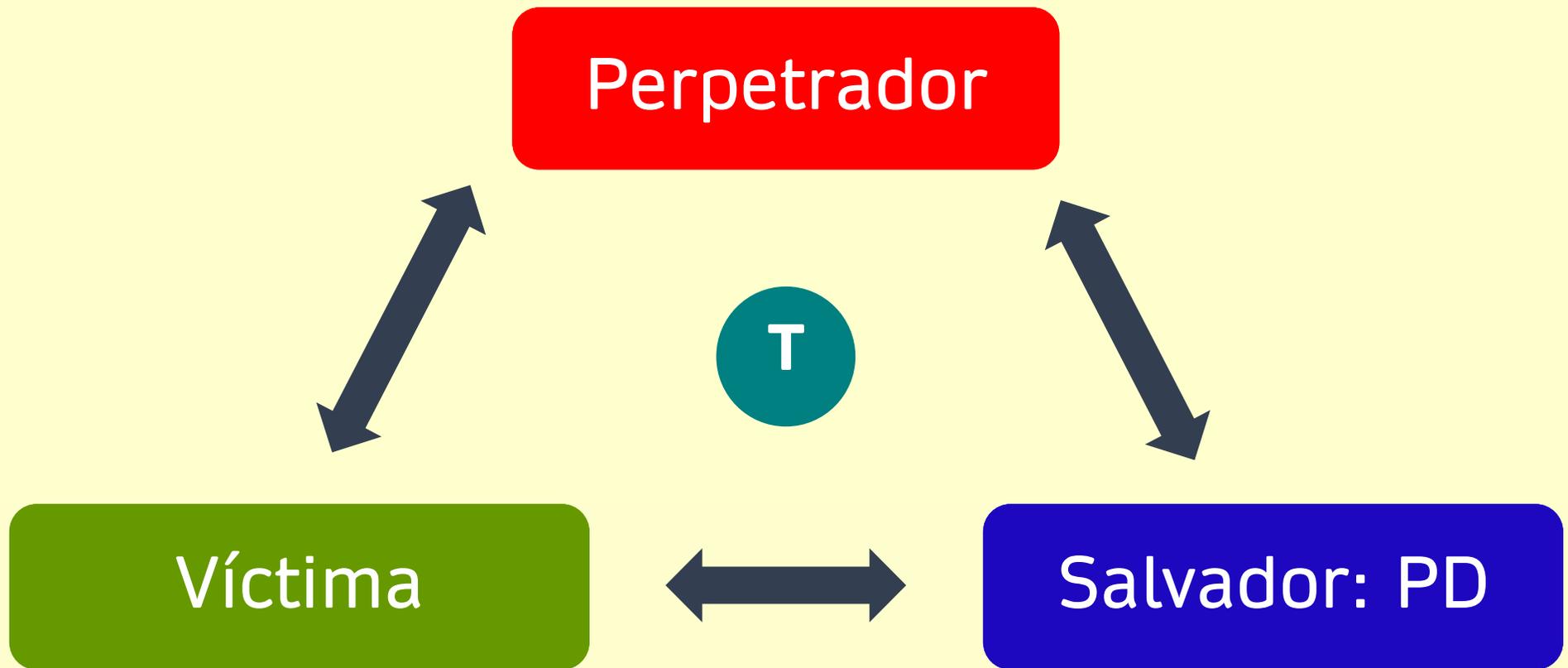


Opiniones sobre anoréxicas

- *“Unas histéricas manipuladoras”*
- *“Solo quieren llamar la atención”*
- *“Hay que ver el daño que hacen a sus familiares”*
- *“No ponen ningún interés”*
- *“Siempre están de mal humor”*
- *“Son muy mentirosas”*
- ...



Las posiciones: el triángulo dramático



Crear una sólida alianza terapéutica

- **Componentes:**
 - Acuerdo en los objetivos de la terapia
 - Acuerdo en las tareas
 - Vínculo positivo: “lo que cura es el vínculo” (Y. Yalom)
- **Convertirse en Base Segura:**
 - Coherente
 - Fiable
 - Responsivo
 - Proximidad no invasiva
 - Límites claros



Los 3 pilares de la psicopatología

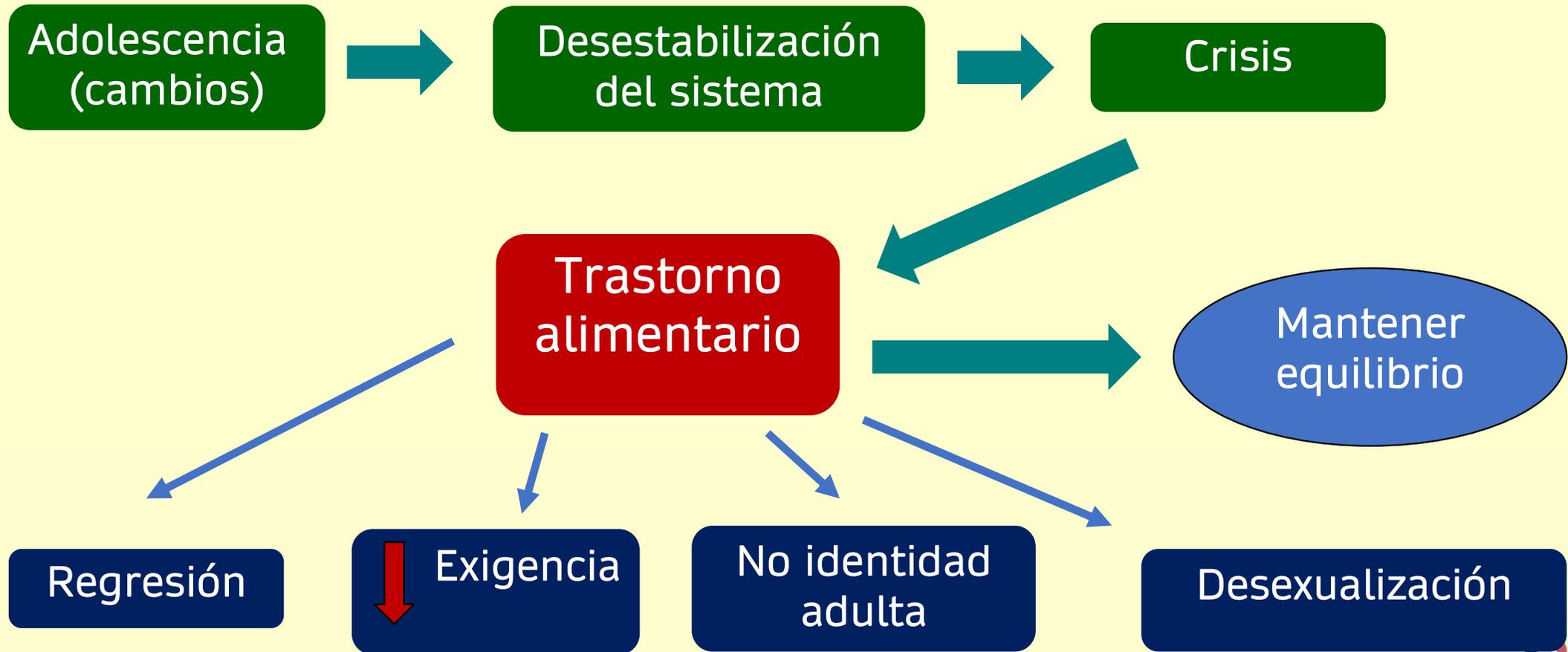
- La teoría del apego (y del aprendizaje)
- La neurobiología del trauma: “¿qué te ha pasado?” (Marco PAS)
- Las leyes de los sistemas



- Un modelo psicoterapéutico eficaz, y eficiente, debe incluir estos elementos: esta es la mejor herramienta



La adolescencia y la crisis: la desvinculación



Vamos a ver al “paciente”: consideraciones generales

- ¿Es menor de edad?:
 - Requisitos legales
 - Primero, los padres:
 - Convertirles en aliados
 - Explorar su historia
 - No culpabilizar, responsabilizar
 - Pedir su colaboración
 - Después, el paciente designado
- ¿Es mayor de edad?



- Cuidado con la culpabilización: uno hace en cada momento de su vida solamente aquello que puede hacer.
- Ayuda a los padres: son responsables pero querrían hacerlo mejor... si supieran y pudieran.
- No existe la terapia individual. Tampoco el hambre o el esquema corporal aislado.
- **Terapia de la relación** padres-hijos.



El paciente y su circunstancia

“Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo”

José Ortega y Gasset, 1883-1955

- Realmente, ¿hay terapia individual?



El paciente designado

- *El paciente, antes que un objeto a cambiar, es una persona a aceptar” (Ronald Laing)*
- El motivo de consulta nunca es el problema
- El trastorno alimentario es un síntoma, un idioma del malestar, del sufrimiento.
- Preséntalo así:
 - ✓ ¿Por qué crees que estás aquí?
 - ✓ Explícaselo: el peso no es el problema
 - ✓ Reconoce su sufrimiento no entendido



¿Por qué estás aquí?

- *“Porque este libro (mostrar el DSM-5) dice que estás enferma (luego lo quemamos) pero yo creo que no, creo que nada más (¡y nada menos!) estás sufriendo mucho para adaptarte a cosas que no te gustan y, seguramente, desde hace tiempo...”*
- *“creo que la comida y el peso no son realmente el problema, y creo que tú lo sabes también”*
- *“Vamos a hablar de ello”*



- La primera entrevista, la toma de contacto, puede definir el resto de la relación.
- Actitud diatrófica: primero cuidar; después, curar.
- Crea una sólida alianza terapéutica pero, ¡cuidado!: las lealtades y los celos.
- Si sientes que tu historia cuenta, podrás contar tu historia (L. López).



Mírame entera

Lucía López

Si sientes que tu
historia cuenta,
podrás contar tu historia.



- Ha vivido, o está viviendo, una historia traumática, seguro (y lo sabe): escúchala, más allá del DSM-5.
- ¿Miente, oculta, manipula? Claro. Gánate su confianza:
 - ✓ Demuestra tus prioridades
 - ✓ No juzgues
 - ✓ No des pautas
 - ✓ Estate presente
 - ✓ Maneja tu contratransferencia



Estate presente: mira y escucha

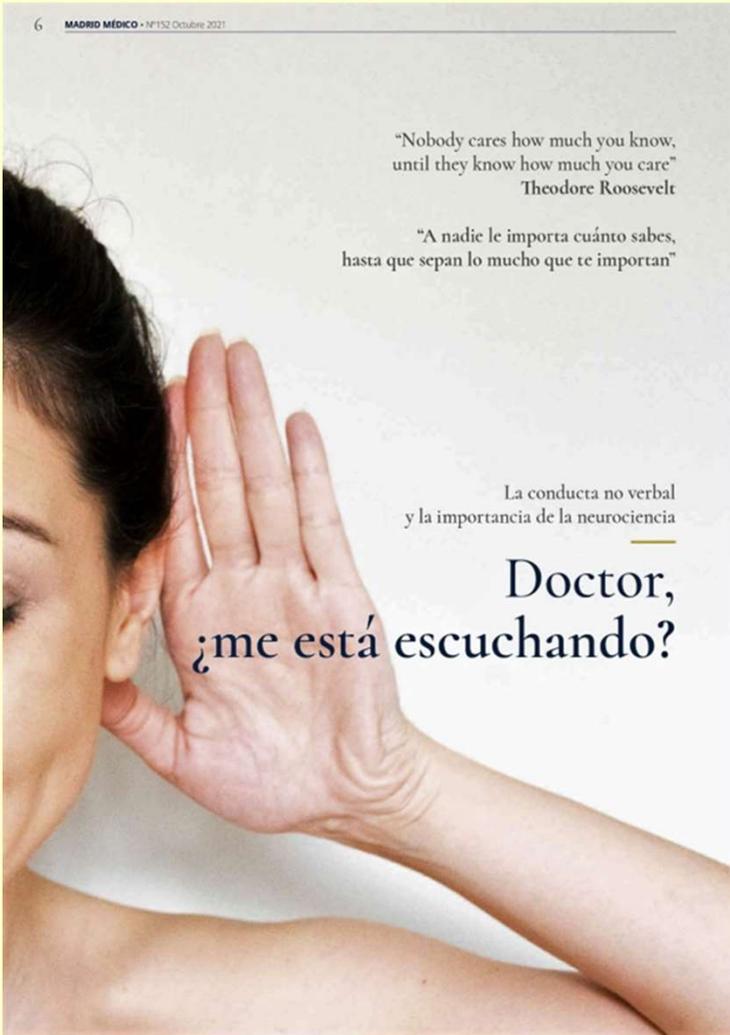
MADRID MÉDICO • Nº152 Octubre 2021

"Nobody cares how much you know,
until they know how much you care"
Theodore Roosevelt

"A nadie le importa cuánto sabes,
hasta que sepan lo mucho que te importan"

La conducta no verbal
y la importancia de la neurociencia

Doctor,
¿me está escuchando?

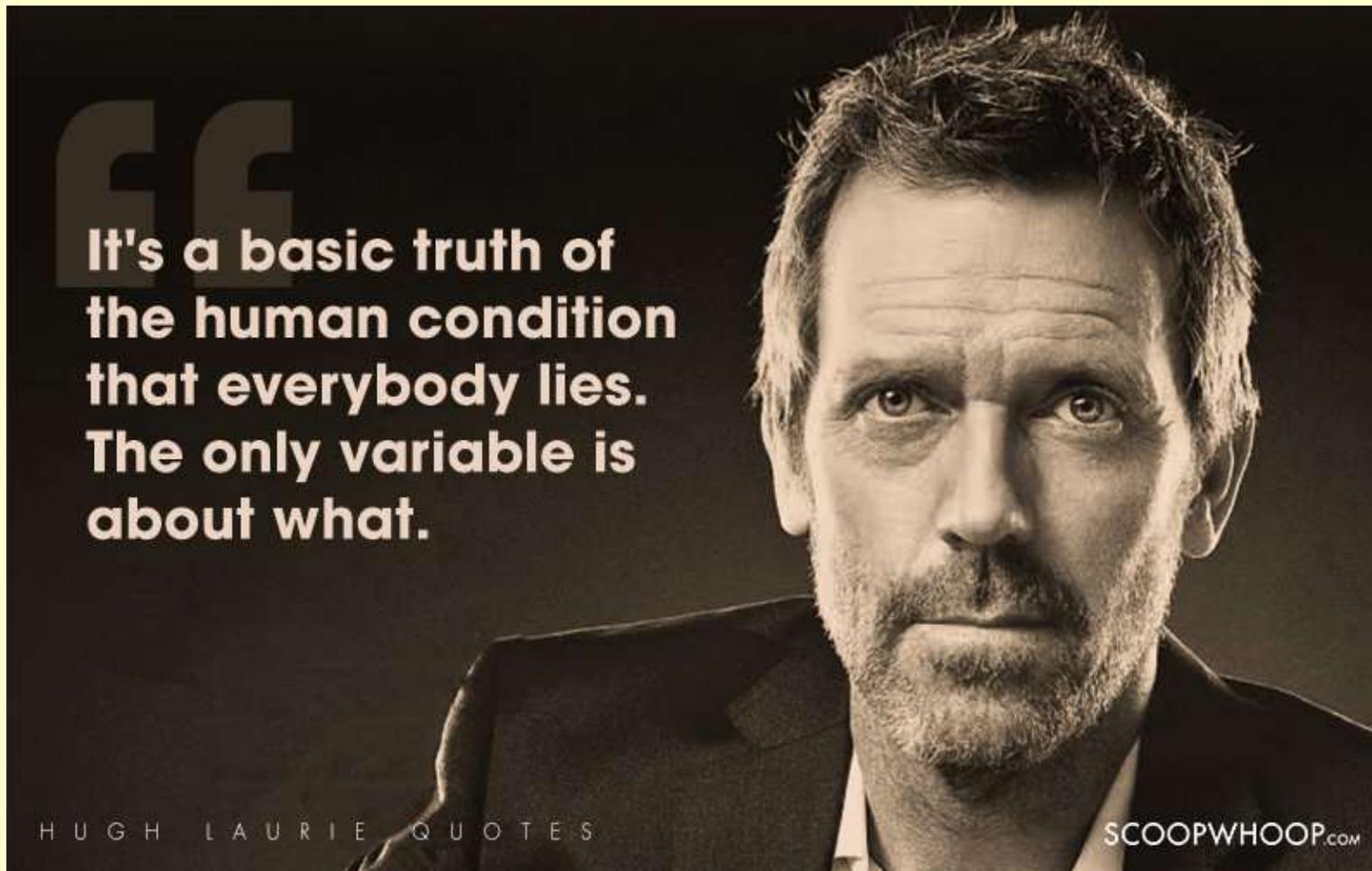


Objetivos de la primera entrevista

- Que haya una segunda
- Aplacar miedos básicos: contener
- Demostrar capacidad y control
- Explicar nuestro modelo y hacer una propuesta de trabajo
- Comenzar la exploración del “motivo de consulta”
- Contando con que....



Everybody lies



¿Cómo “mienten” los pacientes?

- Por acción.
- Por omisión: Disociación como defensa ante el trauma.
- La ocultación como proceso adaptativo: **la mentira es relacional.**
- Con la colaboración (inadvertida) del terapeuta.



Estrategia para que hable cuando no quiere, o no puede, o no sabe...

- La evaluación: una propuesta razonable. Duración limitada. *Seguramente no quieres estar aquí, yo tampoco querría. Te pido un favor: dame un poco de tu tiempo y una oportunidad*
- Si no hay patología, se lo vas a decir.



- Vamos a repasar su vida sin juicios ni necesidad de cambiar de forma inmediata.
- Que perciba que estás de su lado, no eres cómplice del sistema (como otros terapeutas).
- Considera la posibilidad de utilizar el DSM-5 para calzar una mesa.



- Cuanto más complejas sean las ideas y el lenguaje que usas en terapia, **y cuantas más órdenes dictes**, tanto más probable será que estimules las defensas de intelectualización del paciente.
- Recuerda que la “técnica” de la intervención supone solamente un 5-10 % del éxito del proceso en psicoterapia.



- La regla KISS (*keep it simple, stupid*), “no lo compliques, imbécil” la inventaron los ingenieros, pero nos la podríamos aplicar.
- El principio KISS establece que la mayoría de los sistemas funcionan mejor si se mantienen simples que si se hacen complejos.
- Marina de los Estados Unidos en 1960, atribuido a Kelly Johnson, ingeniero jefe en Lockheed Skunk Works.



Algunos apuntes para la intervención

- **Sintonizar:** narrar las experiencias traumáticas puede ser doloroso.
- Pero es imprescindible para conseguir la integración.
- Contener las ansiedades del paciente (y las propias).
- Crear una buena alianza terapéutica.
- Estar presente.

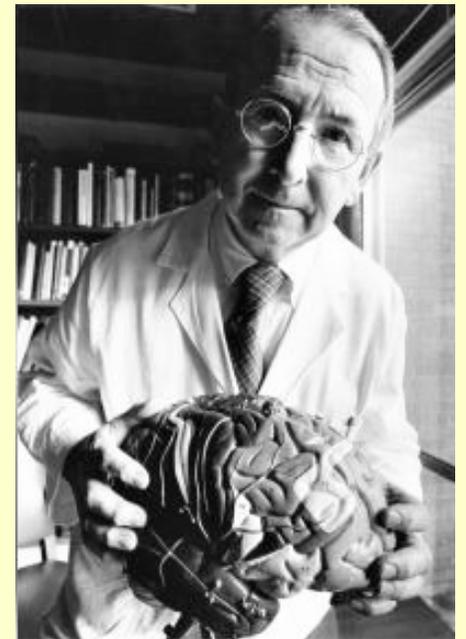


- Aproximación entre la actitud diatrófica y la actitud científica. Cambiar la mirada.
- Modelo de **atención clínica centrado en el paciente (y no en la enfermedad)**, que implica reconocer que ellos traen sus propias historias: lo sabido impensado.
- Preguntar al síntoma: ¿Al servicio de qué está?
- Medicina narrativa: **¿Qué te ha pasado?**
- **Legitimar la voz del sufrimiento.**
- La integración de recursos terapéuticos.

La psicoterapia debe ser emocionante

- No somos seres racionales; somos seres emocionales que razonan
- *“Cuando un psicoanalista le dice al paciente que se tienda en el diván, un cocodrilo y un caballo se tumbarán al mismo tiempo que el paciente en su diván.”*

(Paul D. MacLean, 1913-2007)



Firmar la paz en el cerebro...



Los Psicocafés de SEMPYP,

en Instagram
[@sempyp](https://www.instagram.com/sempyp)



Muchas gracias por
vuestra atención

www.psicociencias.com

@sempyp

