

TRASTORNOS ALIMENTICIOS



TIPOS DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS

TIPOS DE FOBIAS

FOBIAS TANGIBLES

- Son fobias a objetos o situaciones que pueden provocar un daño físico o poner la vida del sujeto en peligro. Pueden ser a las jeringuillas, a los perros, a la autovía o a las alturas. Suele haber un acontecimiento traumático que las provoca.

FOBIAS INTANGIBLES

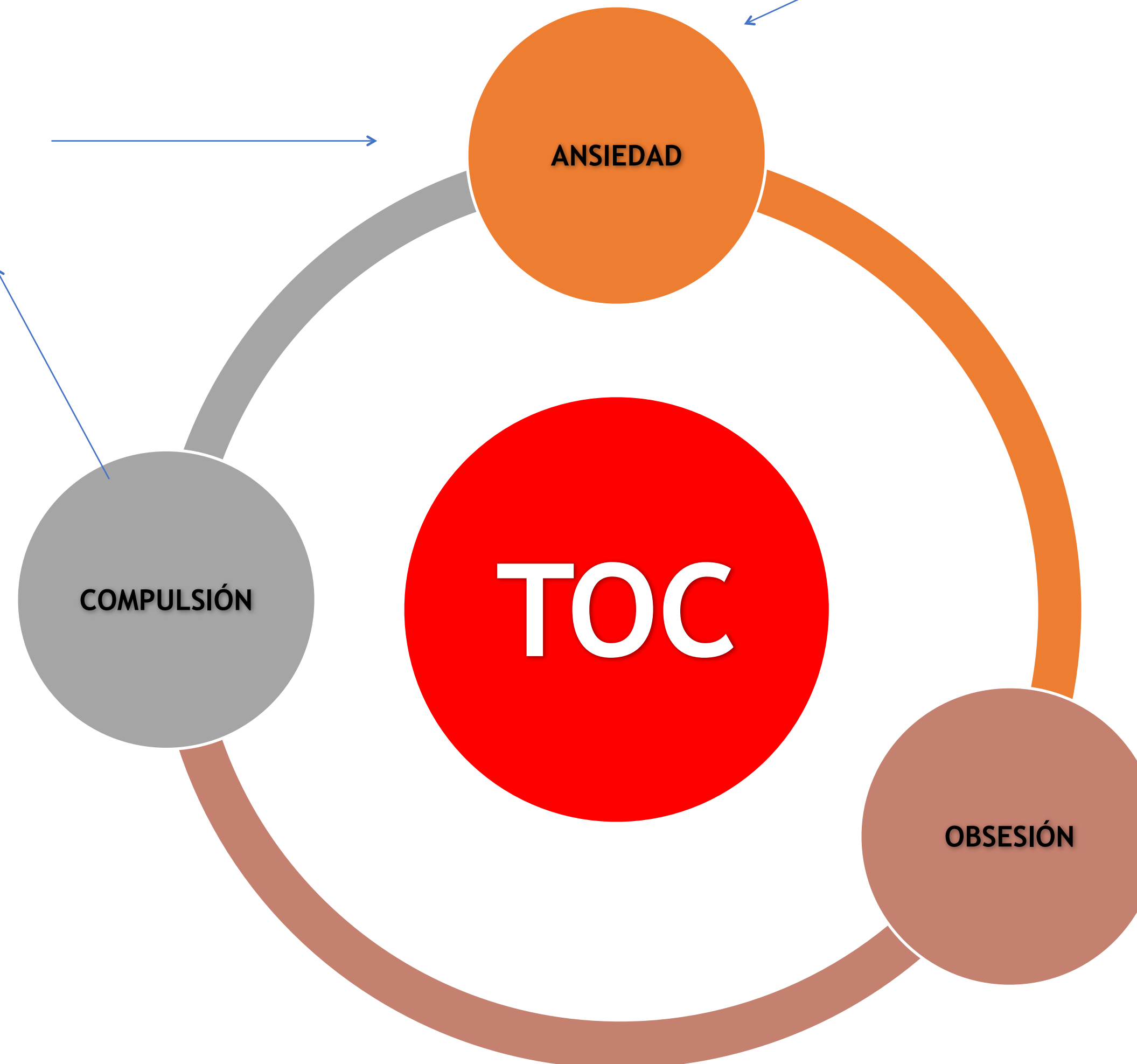
- Son fobias a situaciones interpersonales que en ningún caso pueden poner en peligro la salud o la vida de la persona en peligro. Son de tipo social o interpersonal. Están relacionadas con la vergüenza. No suele haber un acontecimiento traumático concreto que pueda explicarlas



TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS

ALGO PRODUCE MALESTAR

Y SI...???



ORGANIZACIÓN OBSESIVA

La organización obsesiva puede aparecer como un modo de:

- a. Organización Preferente : siendo elegida por su eficiencia en el manejo del control tanto del trastorno de alimentación como de otros espacios vitales.
- b. Organización Suplementaria: sumándose a otros elementos de tipo psicótico o impulsivo que estén sustentando el trastorno de alimentación.
- c. Organización Alternativa : se usa en ciertos contextos emocionales , pero puede ser suplantada por organizaciones más histéricas o narcisistas
- d. Organización Funcional : utilizada solo para el logro de la reducción de ingesta

Cerca de un 25% de las pacientes con trastorno de alimentación (Yager 2000) cumplirán con los criterios de síndrome obsesivo compulsivo según el DSM IV.

Es aquí donde podremos observar con mayor claridad el funcionamiento de un sistema obsesivo en el control de la ingesta . Asunto que aparece esencial en el trastorno de alimentación llamado restrictivo y que según hemos detallado corresponde con la esencia de la voluntad : el control.

Cuando el trastorno de alimentación se aloja en esta organización obsesiva hay mayores probabilidades que el dolor psíquico se fije dentro de una estructura rígida, dura, resistente, estable y obstinada

Llamaremos obsesiva la formulación de un pensamiento que se presenta de forma repetitiva y persiste, sin que el individuo pueda apartarlo de su mente. El pensamiento obsesivo puede adoptar diferentes formas:

- La duda y la ambivalencia: el péndulo La gran estrategia obsesiva para atenazar el impulso y el acto es la duda. ¿Soy flaca, soy gorda? ¿Cómo mucho o como poco? ¿Me aceptan o me rechazan? ¿soy buena, soy mala? Hay la búsqueda de un absoluto : Lo justo, lo hermoso, lo bueno. El razonar obsesivo es logocéntrico , categorial, jerarquizante, excluyente, discreto en el manejo de las palabras. El pendular del pensamiento que oscila entre dos opuestos: amor/ odio; ternura/ agresión ;vida / muerte ; gorda / flaca ; alimento permitido/ alimento prohibido. Este síntoma hizo nominarlo a Fabret “locura de duda”. La imposibilidad de elegir genera angustia y la angustia necesidad de adscribirse a un modelo en el cual no haya nada que elegir. Las dietas ordenan , aseguran y dejan sin posibilidad de elegir. Por eso una dieta será seguida con adhesión y religiosidad cuanto mas obsesiva sea la organización a la base .” así la parálisis de la decisión se difunde poco a poco por todo el obrar de un ser humano” (Freud 1908 Un caso de neurosis obsesiva pág 188).
- Como se trata de una lógica que intenta objetivar el valor de sí, los números cobran gran importancia de modo que la cantidad de calorías , gramos o trozos pueden hegemonizar la vida. Lo mismo sucede con el promedio de notas. Los números parecen evaluarla. ¿Cuán cerca o lejos se encuentra del ideal de si misma ? la duda se despeja con estos números y la duda se siembra, también cuando estos números deben hacerse presente: en el control de peso, en la evaluación escolar.
- La insistencia del “o” , la exclusión del “Y” como lógica. Las cosas son o no son. O soy flaca o soy gorda o soy buena o soy mala. La imposibilidad de aceptar la ambigüedad, la tendencia hacia, la fijan en el movimiento pendular infinito.
- Manejo del tiempo: hay una instalación del después como un aplazamiento , un mas allá que podría solucionar , distinguir, seleccionar. Posponer multiplica la cantidad de tiempo asignada a la decisión. La infinitud del tiempo se refleja por ejemplo en cómo el hombre de las ratas sigue presentando a su padre del cual nos enteramos después que está muerto. Un tiempo alargado que la anoréxica usa para saltarse comidas. “ha situado los castigos no sólo en la temporalidad, sino en la eternidad, en el mas allá”(Freud pág. 135 Un caso de neurosis obsesiva)
- Buscar coherencia: Ordenar a través de los principios del cogito y la moral. Principios que instalan la institucionalidad del ser. La restricción incluida en el discurso desde el inicio de la civilidad. La comida como vehículo de la relación fuera -dentro se acerca a lo prohibido cuando revierte el hambre en saciedad y la saciedad en angustia, la angustia de alejarse de la imagen ideal y quedar puesta en el vacío . Los principios morales pueden organizar rituales más allá de las comidas. La renuncia es un buen organizador conductual derivado de la evitación pulsional.
- Despojar el afecto. Otro modo de vaciar la vivencia y dejar la representación desleída de afecto. El afecto es lo que acerca a lo pulsional y éste es evitado por incontrolable. El control es esencial para sostener una integración del tipo obsesivo que desconectaría , desintegraría la experiencia . La anoréxica utiliza este mecanismo obsesivo como una defensa a la dependencia que significa la conexión emocional con su ambiente familiar que ha fallado en contenerla (Winnicott 1974)
- Lo mágico, animista ,infantil: Aspectos de omnipotencia , superstición y dudas. Creación de mitología supersticiosa en torno al comer y los alimentos; por ejemplo, no se puede dormir después de comer ; no se pueden juntar comidas; es imposible cambiar un alimento por otro en la dieta; de la carne se selecciona aquello que no tiene nervios. Los vegetales se comen con ciertas normas una parte primero otra después y otra se deja. Creencia en presagios y premoniciones que intentan controlar la ingesta. Crear compulsiones que anularían expectativas funestas (como subir de peso) y hacerla religión al asentarse en axiomas que parecen asegurar la inseguridad subjetiva.
- Repetir: pensamiento que crea cadenas de lógicas y cadenas de actos que pueden ponerse en escena sin necesidad de volver a concatenarlos cada vez, sino hacer uso de ellos automáticamente como sucede con los rituales de pensamientos “Soy gorda, asquerosa, nadie me va a querer , mejor me quedo en casa” o en los rituales para comer o asearse “No pude comer mas tarde porque había pasado la hora de almuerzo y ya no correspondía” **Mayor insistencia en el cambio , mayor resistencia.** (Firpo 2000). La paciente puede quedar prisionera de sus propios rituales-compulsiones de alimentación , siendo el propio ritual una resistencia a la sanidad. La compulsión es un acto que se realiza con frecuencia y de manera repetitiva, a modo de ritual, con el fin de reducir la tensión emocional y aliviar la ansiedad. En muchas ocasiones, los actos compulsivos son, en sí, actos normales y habituales, como el hecho de lavarse las manos o de colocar en orden los objetos que se hallan encima de una mesa, pero lo que los convierte en compulsión es el hecho de presentarse de forma reiterada, con una frecuencia anormal, y que sean vividos por el sujeto como algo cuya realización es ineludible.
- Los rituales serán utilizados como un modo de huir de la falta (falla, culpa por la falla) las críticas , la angustia, el vacío, la depresión, la confusión. Negarse a comer también puede transformarse en un rito que se repite para quedar a salvo de la culpa de comer. Dar vueltas sobre el mismo asunto: ¿cuántas calorías, cuánto peso hoy, cuántos abdominales alcancé a hacer? Termina siendo muy egodistónico y es reconocido como síntoma. Esta defensa contra lo pulsional evolucionará en la adolescencia “ Las funciones yoicas defensivas pueden con el tiempo perder su naturaleza defensiva y convertirse en valiosas partes integrantes del patrimonio del yo, cuya función es mas amplia que la defensiva original (Bloss 1996).

Trastornos alimenticios



Tabla Nº20. Criterios diagnósticos DSM-IV para el Trastorno de conducta alimentaria no especificado (APA, 1994)

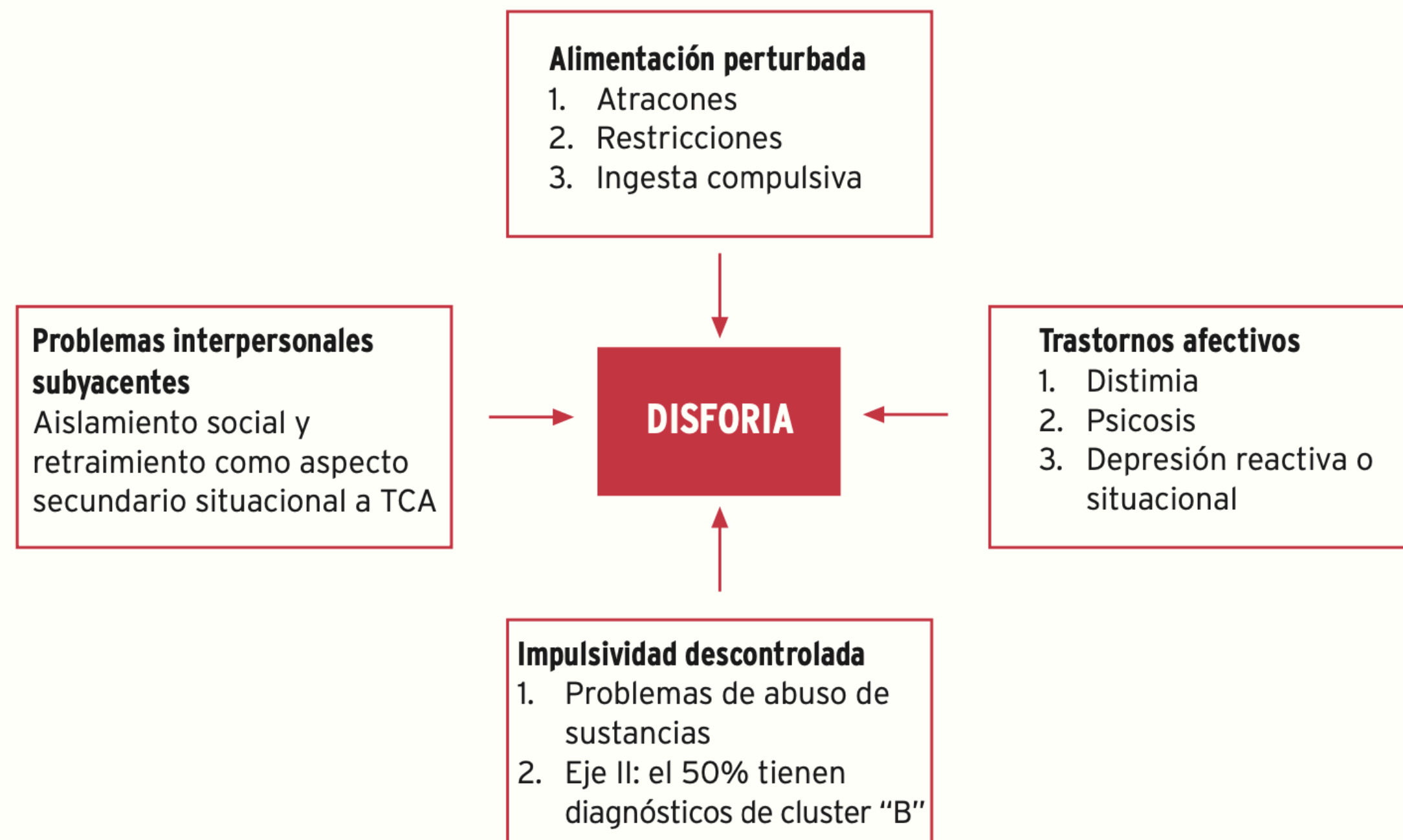
La categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado se refiere a los pacientes que, si bien presentan un trastorno de la conducta alimentaria, no cumplen todos y cada uno de los criterios necesarios para ser diagnosticados de un trastorno típico de la conducta alimentaria (anorexia y/o bulimia nerviosa). A continuación se describen algunos ejemplos:

- 1. En mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero que, sin embargo, presentan una menstruación regular.
- 2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso se encuentra dentro de los límites de la normalidad (por ej. pacientes obesos y que tras realizar dietas intensas han bajado marcadamente de peso).
- 3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
- 4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo que se encuentra en un peso normal (por ej., provocación del vómito después de haber comido tan sólo dos galletas).
- 5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes
- 6. Trastorno por ingesta compulsiva (denominados binge eating): se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Tabla Nº21. Criterios de la OMS para los Trastornos alimentarios atípicos (CIE-10, 1992)

- F50.1 Anorexia nerviosa atípica.**
Este término debería emplearse para referirse a aquellos individuos en los que faltan una o más características básicas de la anorexia nerviosa (F50.0), como la amenorrea o pérdida de peso importante, pero que, no obstante, presentan un cuadro clínico bastante típico. También pueden incluirse bajo este epígrafe los pacientes que tienen todos los síntomas básicos pero sólo en grado bajo.
- F50.3 Bulimia nerviosa atípica.**
Este término debería usarse para referirse a aquellos individuos en los que faltan una o más características básicas de la bulimia nerviosa (F50.2) pero que, no obstante, presentan un cuadro clínico bastante típico. Por lo general, es aplicable a personas con un peso normal o incluso excesivo pero con típicos periodos de sobrealimentación seguidos de vómitos o purgas. Tampoco son infrecuentes los síndromes parciales unidos a síntomas depresivos. Incluye la bulimia de peso normal.
- F50.4 Sobrealimentación asociada con otros desórdenes psicológicos.**
Deberían incluirse aquí los casos de sobrealimentación que han conducido al sobrepeso como reacción a acontecimientos angustiosos. Incluye la sobrealimentación psicogénica.
- F50.5 Vómitos asociados a otros desórdenes psicológicos.**
Aparte del vómito autoinducido de la bulimia nerviosa, los vómitos repetidos pueden darse en los desórdenes disociativos (F44), los desórdenes hipocondríacos (F45.2), en que los vómitos pueden ser uno de los diversos síntomas corporales, y en el embarazo, en que los factores emocionales pueden contribuir a producir náuseas y vómitos frecuentes. Incluye la hyperemesis gravidarum psicogénica y el vómito psicógeno.
- F50.8. Otros ED.**
Incluyen la malacia (o pica) de origen no orgánico en los adultos y la pérdida de apetito psicógeno.
- F50.9 TCA no especificado.**

Figura Nº 12. Origen de la disforia en pacientes con TCA.



Edelstein y Yager, 1992

Tabla Nº30. Trastorno de la personalidad según los criterios diagnósticos del DSM-III-R.

Grupo	Trastorno de Personalidad tipo:	Características
A. Sujetos extraños o extravagantes	paranoide de la personalidad esquizoide esquizotípico	Introvertidos Mal socializados Desajustados Emocionalmente independientes
B. Sujetos inmaduros	histriónico narcisista antisocial límite	Extrovertidos Mal socializados Desajustados Emocionalmente dependientes
C. Sujetos temerosos	por evitación por dependencia obsesivo compulsivo pasivo agresivo	Introvertidos Mal socializados Desajustados emocionalmente Dependientes.

Alvarez, 1997

La fisiopatología de la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) es poco conocida. La característica principal requerida para un diagnóstico DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales) de AN y BN es la alimentación patológica: AN debe restringir y perder peso, y BN debe atracarse y purgarse.

Los complejos síntomas del apetito mostrados por AN y BN son relativamente únicos y tienden a no compartirse con otros trastornos psiquiátricos.

La presentación estereotipada y la expresión implacable de estos comportamientos alimentarios respaldan la posibilidad de que reflejen alguna función aberrante de las vías del apetito. Además, muchas personas con trastornos alimentarios (DE) tienen:

- (1) Extremos de inhibición y desinhibición del comportamiento;
- (2) Ansiedad, depresión y obsesión; y
- (3) Síntomas desconcertantes como distorsión de la imagen corporal, perfeccionismo y anhedonia. Los datos apoyan la hipótesis de que estos comportamientos tienden a expresarse de manera juntos porque es probable que estén codificados en circuitos límbicos y cognitivos que se sabe que modulan e integran los procesos neuronales relacionados con el apetito, la emocionalidad y el control cognitivo.



- El **TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL (TDC)**, que en ocasiones todavía se llama dismorfofobia, es un trastorno mental caracterizado por la idea obsesiva de que algún aspecto de la propia parte del cuerpo o apariencia tiene graves defectos y, por lo tanto, justifica medidas excepcionales para ocultarlo o corregirlo.] En la variante delirante de BDD, se imagina la falla.
- Si la falla es real, su importancia se exagera mucho. De cualquier manera, los pensamientos sobre él son omnipresentes e intrusivos, y pueden ocupar varias horas al día, causando una angustia severa y perjudicando las actividades normales.
- El DSM-5 clasifica el TDC en el espectro obsesivo-compulsivo y lo distingue de la anorexia nerviosa. Se estima que el TDC afecta del 0,7% al 2,4% de la población. Por lo general, comienza durante la adolescencia y afecta tanto a hombres como a mujeres.
- La dismorfia muscular del subtipo TDC, que percibe el cuerpo como demasiado pequeño, afecta principalmente a los hombres. Además de pensar en ello, uno revisa y compara repetidamente el defecto percibido y puede adoptar rutinas inusuales para evitar el contacto social que lo expone. Por temor al estigma de la vanidad, uno suele esconder la preocupación.
- Habitualmente insospechado incluso por los psiquiatras, el TDC ha sido infradiagnosticado.
- El TDC, que deteriora gravemente la calidad de vida a través de la disfunción educativa y ocupacional y el aislamiento social, tiene altas tasas de pensamientos e intentos de suicidio.



ANOREXIA

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN EL CIE-10

Pérdida significativa de peso, IMC* < 17.5). Prepúberes: no experimentar ganancia de peso propia del crecimiento.

Distorsión de la imagen corporal (pavor ante la gordura o eccidez corporales) el paciente se impone a sí mismo el permanecer ir debajo de un limite mínimo de peso corporal.

Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje potálamo-hipofisario-gonadal (en la mujer como amenorrea en el varón como una pérdida de la potencia y del interés xual).

Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa, o incluso ta se detiene.

La pérdida de peso está originada por el propio enfermo

- a) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de los siguientes síntomas:
- b) vómitos autoprovocados,
- c) purgas intestinales autoprovocadas,
- d) ejercicio excesivo y
- e) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

il índice de masa corporal (IMC; en sus siglas inglesas BMI) pretende determinar a partir de la estatura y el peso, el rango más saludable de peso para una sona. El IMC es igual al peso en kg dividido por el cuadrado de la estatura en metros.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN EL DSM-IV-TR

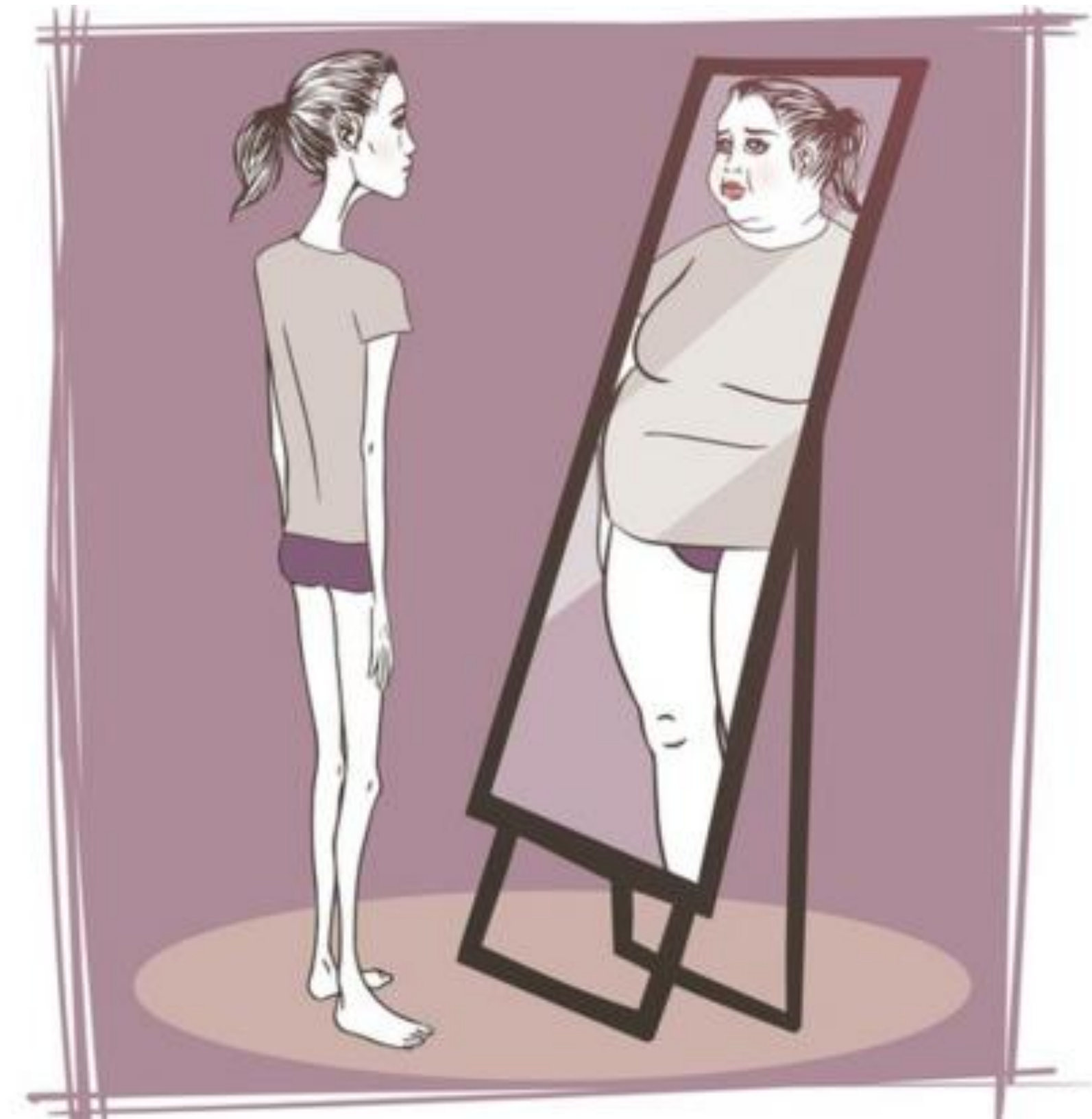
- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento (85% de lo esperable).
 - Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales.
 - En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos consecutivos.
 - Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- Dos Tipos:
- Tipo restrictivo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- Tipo purgativo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas.

OLAIA CARRERA
APEGO Y ANOREXIA

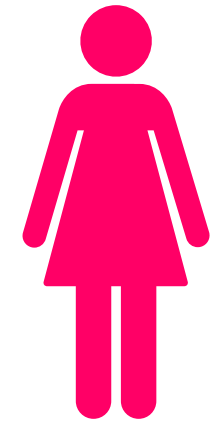
ANOREXIA

La anorexia nerviosa (AN) se caracteriza por una amplia gama de características que incluyen:

- Evitación determinada de alimentos,
- Miedo mórbido a la grasa,
- Preocupación por el peso y la forma,
- Imagen corporal distorsionada,
- Pérdida de peso marcada,
- Alteración del estado de ánimo, ansiedad intensa,
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Comportamiento emocional y procesamiento de información alterado de estímulos tanto externos como internos (p. ej., aumento del umbral del dolor, deterioro del gusto, anosagnosia, incapacidad para integrar pensamientos y sentimientos y altos niveles de auto-rechazo).



ANOREXIA



- **OBSESIÓN CON LA OPINIÓN AJENA**
 - **TOC COMIDA**
 - **¿TOC ACTIVIDAD FÍSICA?**
 - **ESTAR DELGADA**
 - **SER ATRACTIVA**
 - **NO TENER GRASA**



- **OBSESIÓN CON LA SALUD**
 - **TOC COMIDA**
 - **TOC ACTIVIDAD FÍSICA**
 - **REDUCIR GRASA**
 - **TENER MÚSCULOS**
 - **COMER SANO**

Epling define la anorexia por actividad como la disminución de la ingesta y la consiguiente pérdida de peso, que tiene lugar cuando la actividad física se incrementa de forma progresiva, ya que a medida que aumenta la actividad disminuye el interés por la comida. Según los autores, este círculo vicioso que conduce a una pérdida de peso considerable, y que en los animales acaba inexorablemente en la muerte, sería el responsable en una gran mayoría de casos de anorexia nerviosa en humanos. Este modelo de anorexia basada en la actividad es una propuesta que los autores extienden desde el laboratorio animal y que ha forzado a los clínicos a reconsiderar el papel de la hiperactividad en la génesis y mantenimiento del trastorno.



OLAIA CARRERA
APEGO Y ANOREXIA

Descubre más en:

www.psicologomanuelhernandez.es

ManuelHernández
GESTIÓN EMOCIONAL

1. Se produce un aumento de la actividad en la rueda. Se trata de una respuesta paradójica, ya que una vez que se inicia la restricción de comida el gasto energético se ve drásticamente incrementado, pudiendo pasar de 100 a 20.000 revoluciones diarias en una semana. Esta actividad excesiva supone una amenaza para la supervivencia de las ratas, que gastan más calorías de las que ingieren (Epling & Pierce, 1991). Otra característica de esta actividad es su naturaleza voluntaria, es decir, que se trata de una conducta no forzada que se produce sin ninguna presión externa por parte del experimentador.

2. Se produce una disminución de la ingesta de comida. A medida que la actividad en la rueda se va incrementando la ingesta de comida se va reduciendo hasta el extremo de que algunos animales pueden dejar completamente de comer. Así, es habitual observar que en ratas que han corrido 7 u 8 kilómetros, cuando se les cierra la rueda y se les sirve comida durante los 90 minutos programados, la eficiencia de la ingesta es muy pobre.

3. Pérdida de peso con consecuencias fatales. En este contexto de actividad y de alimentación insuficiente, la pérdida de peso avanza progresivamente, y si este proceso no se interrumpe la pérdida de peso corporal es tal que la mayoría los animales moriría irremediablemente de no ser retirados de la rueda de actividad



**OLAIA CARRERA
APEGO Y ANOREXIA**

ANOREXIA NERVIOSA

(proceso top-down)

- Resultado de la implacable persecución de la delgadez.
- Conducta intencional y propositiva

Cambio de personalidad, problemas psicológicos **PRECEDEN** a la anorexia nerviosa (Trastornos imagen corporal, fobias comida/grasa/peso, perfeccionismo, obsesividad)

HIPERACTIVIDAD
Estrategia de pérdida de peso
Rango secundario

ANOREXIA POR ACTIVIDAD

(proceso bottom-up)

- Resultado de la interacción dieta ejercicio.
- Conducta no-intencional

Cambio de personalidad, problemas psicológicos **CONSECUENCIA** de la pérdida de peso (Trastornos imagen corporal, fobias comida/grasa/peso, perfeccionismo, obsesividad)

HIPERACTIVIDAD
Característica clínica relevante
Síntoma clave

OLAIA CARRERA
APEGO Y ANOREXIA

BULIMIA

ESTUDIO DE MINESOTA

En este estudio participaron de forma voluntaria 36 hombres física y mentalmente sanos. Durante los 3 primeros meses los participantes comieron con normalidad y se tomaron medidas de personalidad, de alimentación y del comportamiento. Durante los 6 meses siguientes se redujo la ración de comida a la mitad, de modo que los hombres perdieron aproximadamente el 25% de su peso original. Finalmente, durante los últimos 3 meses del experimento los hombres fueron alimentados de nuevo con normalidad para su rehabilitación.

Una vez instaurada la restricción calórica, estos hombres sufrieron cambios físicos drásticos, además de cambios psicológicos y alteraciones en sus relaciones sociales. En general, se produjo una disminución de la necesidad de sueño, una disminución de la temperatura corporal acompañada de una mayor intolerancia al frío, y una disminución de la frecuencia cardíaca y respiratoria. Además, hicieron su aparición serias molestias gastrointestinales. Simultáneamente a esta serie de cambios físicos, los voluntarios mostraron un incremento de las preocupaciones relacionadas con la comida, llegando incluso a coleccionar utensilios y recetas de cocina. Paralelamente a estos cambios los participantes se volvieron más irritables, incrementándose la ansiedad y la depresión. En el terreno interpersonal, los voluntarios mostraron un creciente aislamiento social y desinterés por el sexo opuesto. El estudio muestra que la inanición en sí misma produce cambios de personalidad y de comportamiento que se asemejan a las manifestaciones psicopatológicas características de las pacientes con anorexia nerviosa.

OLAIA CARRERA
APEGO Y ANOREXIA

BULIMIA



LA BULIMIA ES UN TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN QUE SUELE IR ASOCIADO A UN APEGO ANSIOSO O DESORGANIZADO. LA COMIDA SIRVE PARA TRAGAR LO QUE NO SE PUEDE O QUIERE DECIR (SOMETE A LA PACIENTE A UN ESTADO DE TRANCE) Y EL VÓMITO ACTÚA COMO REGULADOR EMOCIONAL DEBIDO A LA SENSACIÓN DE BIENESTAR QUE PROVOCA. TANTO EN LA BULIMIA COMO EN LA ANOREXIA LA VERGÜENZA (SENSACIÓN DE POCA VALÍA O RECHAZO) SE CODIFICA EN EL CUERPO BIEN CON RECHAZO A UNA PARTE EN CONCRETO O BIEN A TODO EL CUERPO EN GENERAL. LAS PERSONAS CON BULIMIA SUELEN ACTUAR DE FORMA IMPULSIVA, TRATAN DE CONTROLAR PERO AL HACERLO PIERDEN EL CONTROL.

PERFILES DE LAS PERSONAS CON TRASTORNOS ALIMENTICIOS

ANOREXIA

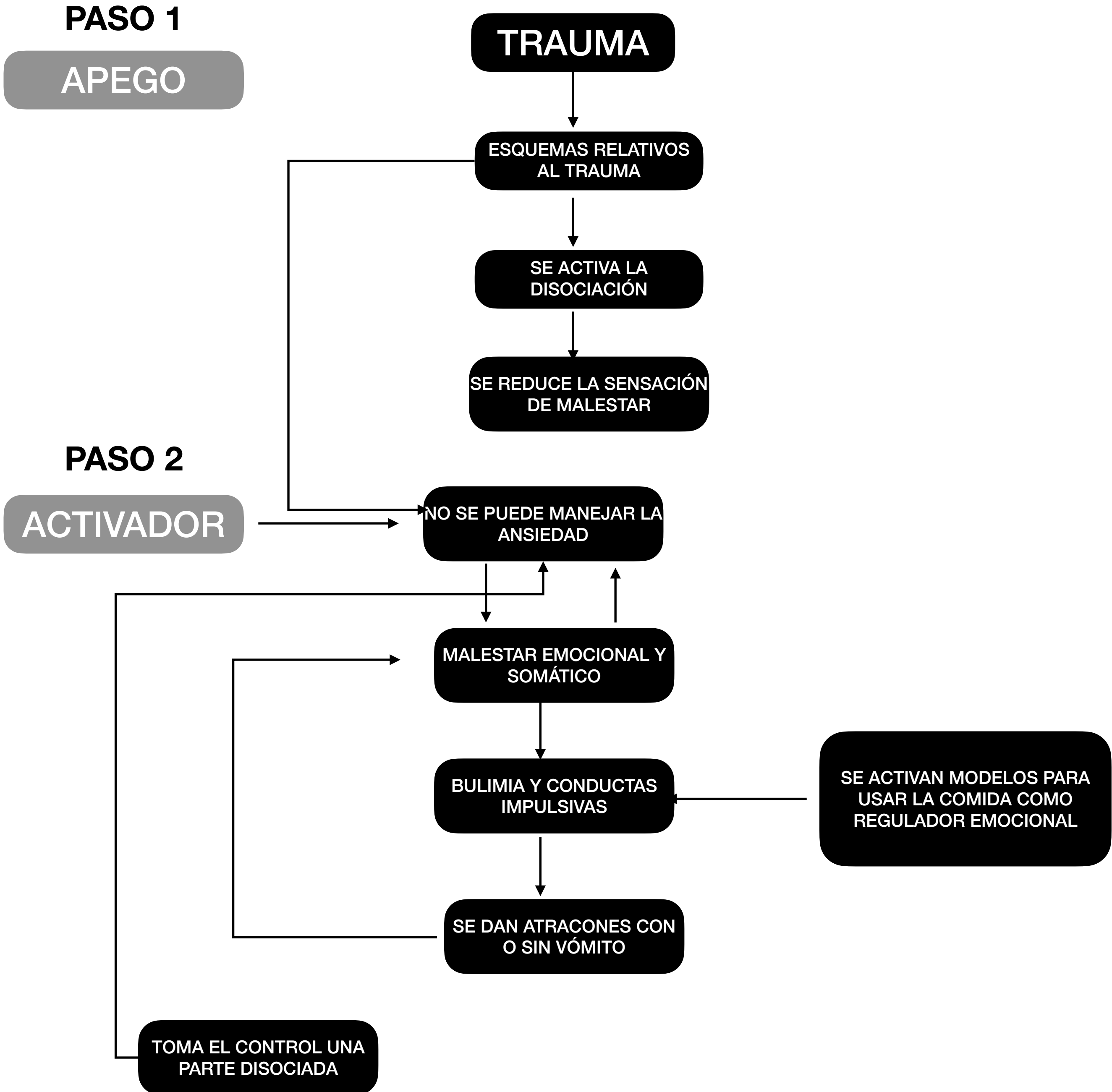
BAJA AUTOESTIMA
NARCISISMO/
CUIDADORES
PERFECCIONISMO
TOC
TENDENCIA AL TLP

Una característica correlativa que distingue a la BN de la AN es la impulsividad. La promiscuidad sexual, los intentos de suicidio, el abuso de drogas y el robo o hurto en tiendas se observan con frecuencia en pacientes con BN (por ejemplo, Matsunaga et al. 2000; Wiederman & Pryor 1996). De hecho, la impulsividad puede ser lo que convierte a un aspirante a anoréxico en bulímico; si una persona que intenta restringir su ingesta no puede resistir la comida en determinadas circunstancias, puede capitular ante la tentación, darse atracones y luego sentirse obligada a compensar. Este patrón parecería caracterizar tanto a los pacientes con BN como a los pacientes con AN de tipo bulímico, siendo la única diferencia el nivel de peso alrededor del cual fluctúan.

BULIMIA

BAJA AUTOESTIMA
NARCISISMO/
CUIDADORES
INDOLENCIA
TOC
PROCRASTINACIÓN
TENDENCIA AL TLP

MODELO DE LA BULIMIA

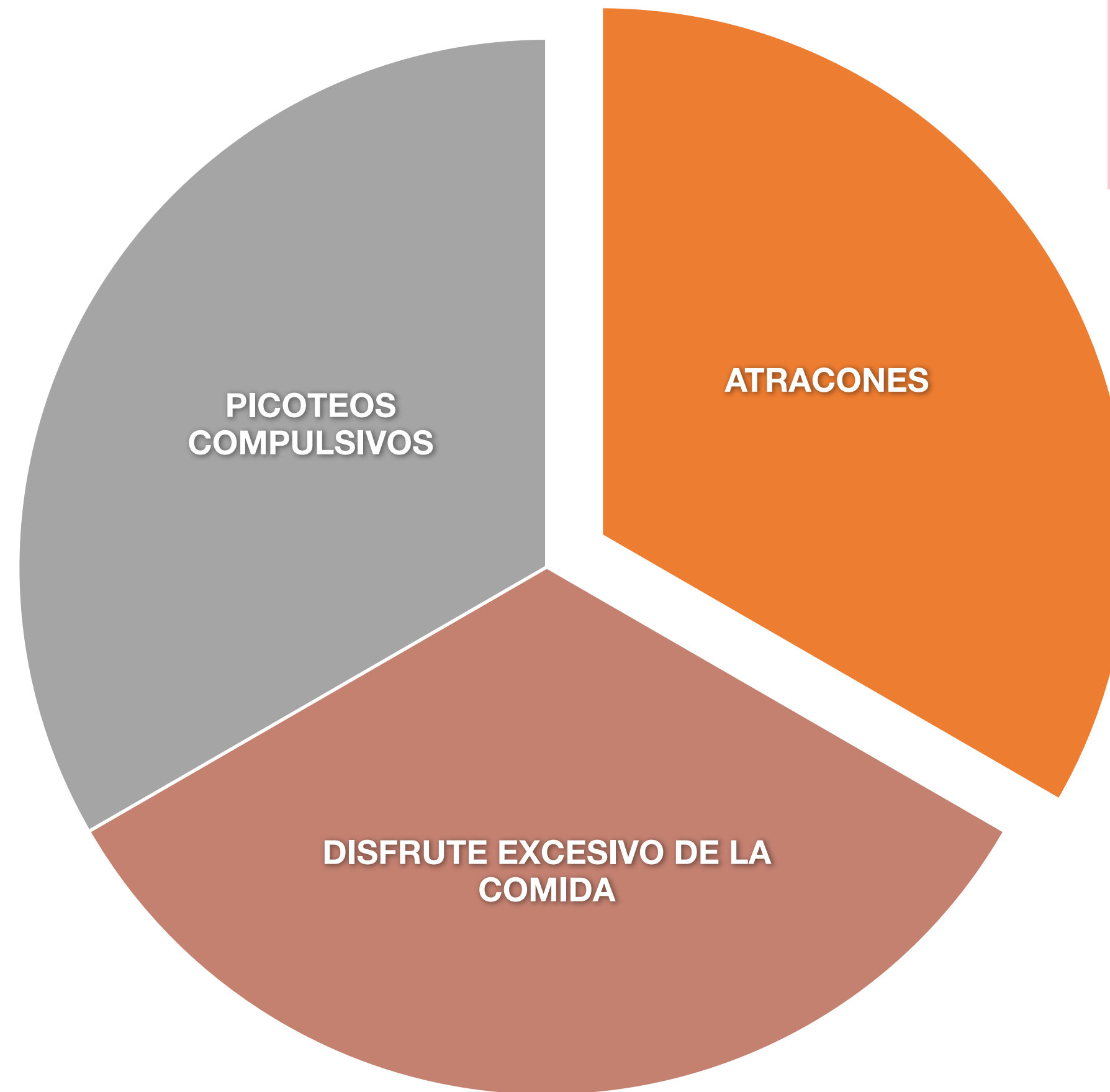


ATRACONES

Tabla N°19. Criterios propuestos para el Trastorno de Ingesta según el DSM-IV (APA, 1994)

- a)** Episodios recurrentes de voracidad. Un episodio de voracidad se caracteriza por:
 - 1. Comer en un período concreto de tiempo (por ejemplo dos horas) una cantidad de comida que es mucho más de lo que la mayoría de la gente podría comer en el mismo tiempo y en circunstancias parecidas.
 - 2. Sentimiento de pérdida de control durante este episodio (por ejemplo sentimiento de que no puede parar de comer o de no poder controlar qué es lo que come o qué cantidad de lo que uno come).
- b)** Los episodios de voracidad están asociados por lo menos a tres de las condiciones siguientes:
 - 1. Comer mucho más rápido de lo normal.
 - 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 - 3. Comer mucho a pesar de no sentirse hambriento.
 - 4. Comer solo porque le avergüenza cuánto come.
 - 5. Sentirse a disgusto, deprimido o muy culpabilizado después de comer.
- c)** Marcado malestar respecto a sus “atracones”.
- d)** Los episodios de ingesta aparecen, como media, por lo menos dos veces a la semana y durante seis meses.
- e)** El trastorno no aparece durante anorexia o bulimia nerviosas.

OBESIDAD



**EL SOBREPESO ES UNA
FORMA DE PROTECCIÓN O
BIEN UNA FORMA DE PODER
RELLENAR LA SENSACIÓN DE
VACIO**

**EN TODOS LOS CASOS SUBYACE UNA DEPRESIÓN QUE IMPIDE
EL AUTOCUIDADO, SUELE ESCONDER UN APEGO ANSIOSO O DESORGANIZADO**

- **Sentimientos:** Los primeros momentos de un atracón pueden ser placenteros. Parecen disfrutar intensamente del sabor y la textura de la comida. Sin embargo, este tipo de sentimientos no suelen permanecer por mucho tiempo. Pronto se reemplazan por sentimientos de disgusto cuando la persona consume más y más comida. Muchas personas presentan repulsión sobre lo que están haciendo pero son incapaces de parar.
- **Rapidez en la Ingesta:** Es una característica típica de los atracones donde la persona come rápidamente. Investigaciones llevadas a cabo en la Universidad de Columbia demuestran como las mujeres con BN comen 2 veces más rápidamente que las mujeres sin trastornos de la conducta alimentaria, es decir: 81,5 calorías por minuto frente a 38,4 calorías por minuto. Muchas llenan su boca de comida de forma mecánica y la engullen sin apenas masticala. Otras personas también beben grandes cantidades de líquido para ayudar así a tragar la comida. Ello conduce a sentimientos de hinchazón y plenitud. Esto facilita a que algunas personas tras la ingesta vomiten.
- **Agitación:** Muchas personas mientras realizan los atracones, se pasean de un lado a otro o caminan, con desesperación. Sienten debilidad por la comida como una intensa fuerza que les conduce a seguir comiendo. Por eso se utiliza a menudo el término de conducta compulsiva. Obtener comida adquiere una importancia extrema. Para conseguir grandes cantidades de comida la cogen de otras personas, roban en centros comerciales o incluso llegan a ingerir comida en mal estado. La mayoría consideran estas conductas como vergonzosas, repugnantes y degradantes.
- **Sentimientos de Alteración de la Conciencia:** Las personas con TIC a menudo describen sentimientos como si estuvieran en trance durante el atracón. Realizan conductas tan automáticas que no les parece ser ellos quienes están comiendo.
- **Confidencialidad:** Una característica del atracón es que se realiza en secreto. Las personas que cometen atracones de comida se avergüenzan tanto que realizan un gran esfuerzo para disimular su comportamiento alimentario, incluso lo esconden durante muchos años. Comen de forma normal en presencia de otras personas, o bien utilizan evasivas para comer con otros. Tras una comida normal, reemprenden la ingesta con las sobras. Otros sujetos se llevan comida a la habitación o al cuarto de baño para comer sin miedo a ser descubiertos.
- **Pérdida de Control:** Es el eje central de los atracones pero varía significativamente según los individuos. Muchas personas sienten durante mucho tiempo antes de la ingesta el sentimiento de pérdida de control. Para otras, va aumentando la pérdida de control de forma progresiva mientras van comiendo. O bien aparece de repente cuando se dan cuenta que han comido demasiado. Todos concluyen que es imposible parar de comer una vez han comenzado



EL AMANTE SECRETO

Para ti el atracón es el mayor placer, ¿no es cierto? Por lo tanto es una cosa a la que es difícil renunciar porque es el placer más intenso, es como un amante secreto. Cada vez que comes y vomitas es como si encontraras un amante secreto, muy discreto, siempre disponible...

Y con este tono se prosigue durante toda la sesión. En la mayoría de los casos, en el momento en que el terapeuta logra sintonizarse con su lenguaje, las mismas pacientes vomitadoras describen claramente y sin ningún pudor cómo su ritual es efectivamente lo más agradable que existe, y refieren que en ocasiones se sienten como si fueran poseídas por un “demonio agradable”. Pero si la joven es una transgresora inconsciente, es decir, no acepta en absoluto la idea del ritual como amante secreto, esto permitirá al terapeuta aprovechar precisamente de ese aspecto como resorte para el cambio en el estadio sucesivo.



TCI “NOCTURNO” O SÍNDROME DEL COMER NOCTURNO

El síndrome del comedor nocturno o síndrome de alimentación nocturna, es un trastorno alimenticio, psicológico y del sueño, que consiste en un desarreglo en la pauta temporal de la ingesta de alimentos, asociándose principalmente a la depresión, baja autoestima, ansiedad y desequilibrios hormonales.

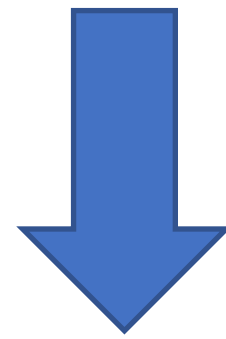
“Se caracteriza por una hiperfagia nocturna, se llega a ingerir más del 35% de las calorías totales después de la cena. El horario de esta conducta es variable y puede extenderse hasta las dos y tres de la mañana con una frecuencia de tres y cuatro veces por semana. Existe una fuerte necesidad de comer y por otra parte, lo consideran necesario para poder conciliar el sueño”

Fuente: Emol.com - <https://www.emol.com/noticias/Tendencias/2014/03/31/740142/Sindrome-del-comedor-nocturno-un-mal-silencioso.html>



NEUROBIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

**DESVIACIONES DE LA
CONDUCTA O EMOCIONES**



APEGO INSEGURO



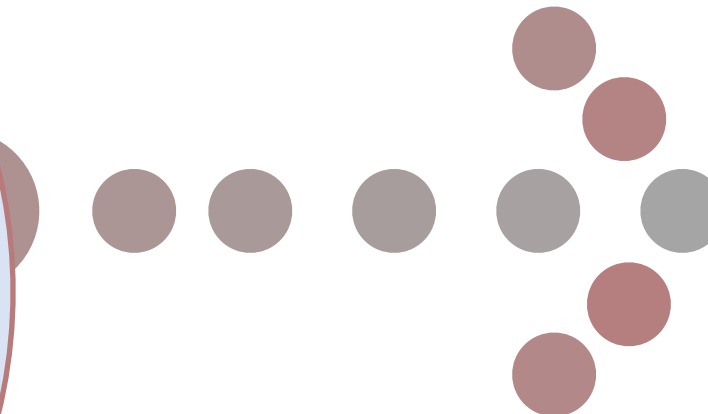
**NO HAY FIGURAS
DE RESILIENCIA**



**SENSACIONES DE
CULPA Y VERGÜENZA**



**ESTRATEGIAS
DE
CONTROL**

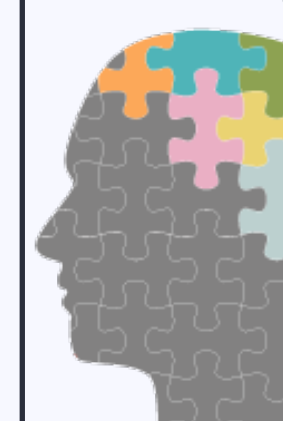
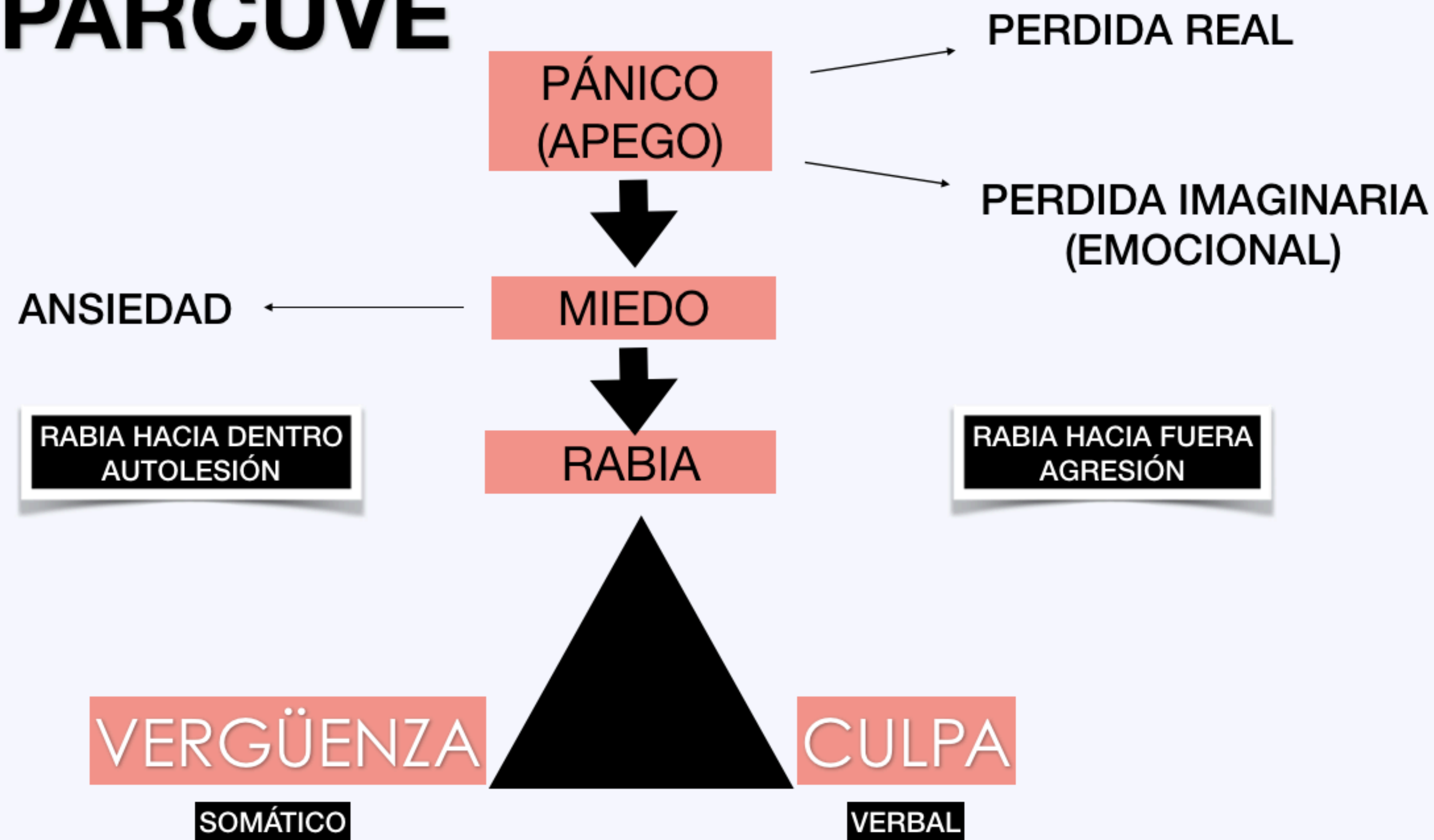


PSICOPATOLOGÍA

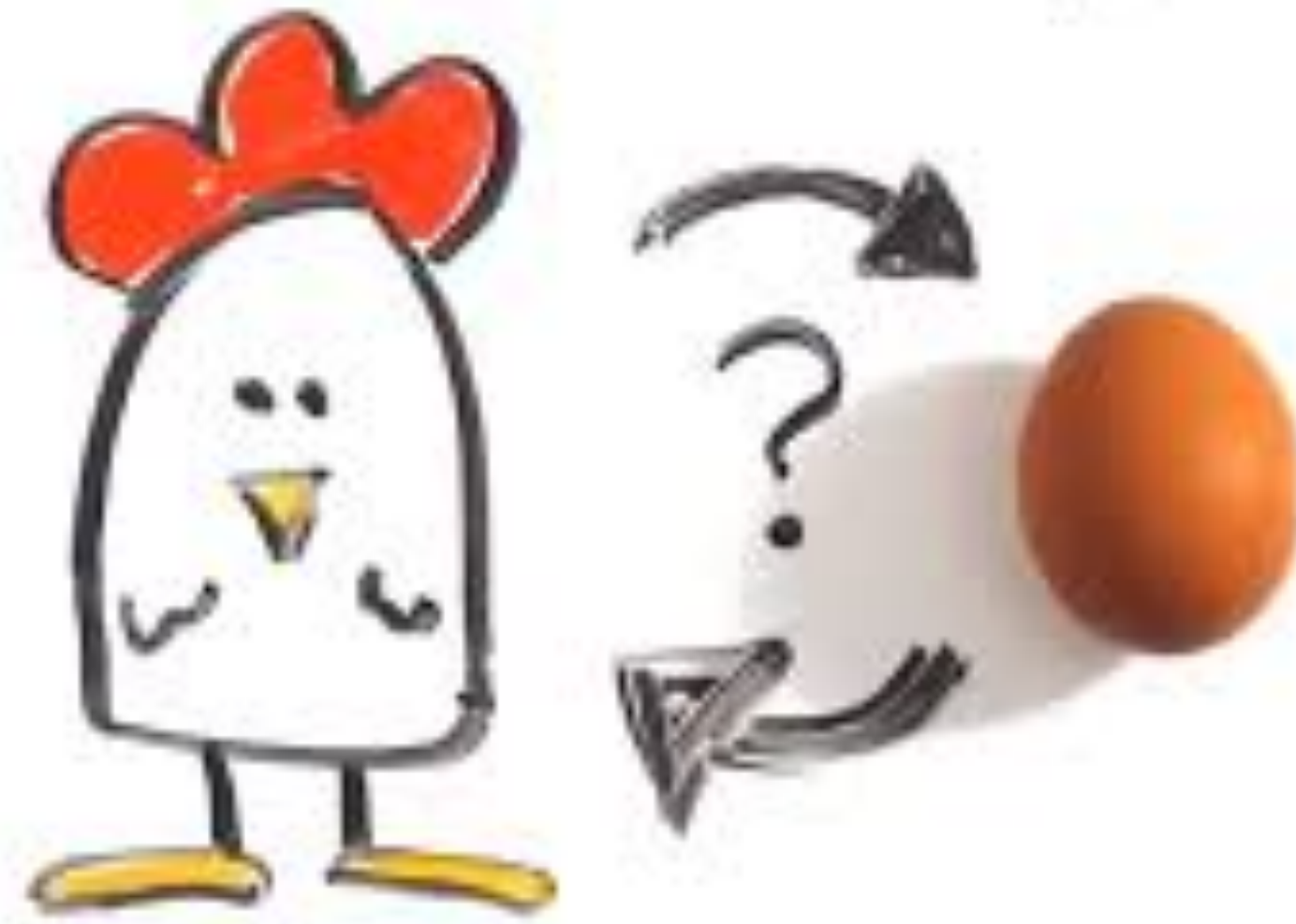




PARCUVE



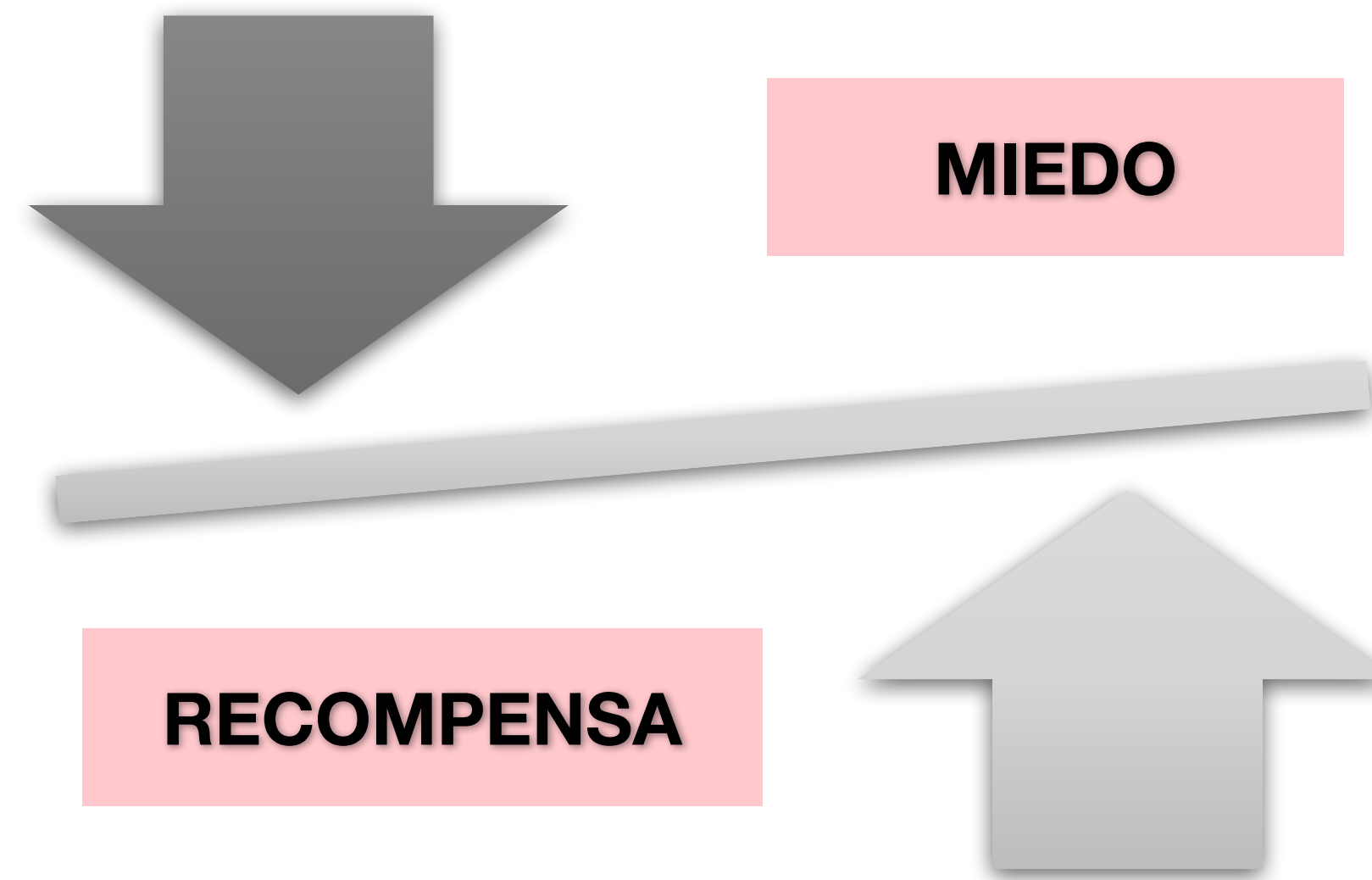
¿EL HUEVO O LA GALLINA?



¿GENÉTICA O AMBIENTE?

La evitación como factor clave de permanencia de la patología

LOS PROCESOS EN LOS QUE SE PRODUCE UNA EVITACIÓN DE UN MALESTAR QUEDAN CODIFICADOS A NIVEL INCONSCIENTE CON UNA VALENCIA EMOCIONAL PARECIDA A LA OBTENCIÓN DE UN PLACER. EL MIEDO A ALGO CASI SIEMPRE SUPERA LA RECOMPENSA QUE SE PUEDA OBTENER



Se ha teorizado que la 5-HT (serotonina) es el sustrato crucial de un sistema motivacional aversivo que podría oponerse a un sistema apetitivo relacionado con la DA (dopamina). Es decir, la 5-HT tiene un papel crítico en la adaptación. de animales a eventos aversivos y puede mediar una señal de error de predicción negativa para amenazas y castigos futuros.

Si bien la DA se ha asociado con la expresión de un sistema de recompensa apetitiva, es plausible que funcione en oposición mutua con un sistema que señala la predicción del castigo en lugar de la recompensa. Desde otra perspectiva, los estudios sugieren que el 5-HT tiene un papel en la elección de la acción al controlar la escala de tiempo de las recompensas retrasadas a través de efectos diferenciales en los circuitos estriatales ventral y dorsal. Presumimos (Figura 2) que los individuos con AN tienen un temperamento sesgado hacia una respuesta aversiva o inhibitoria, más que hacia la recompensa y la motivación. Es importante señalar que los sistemas neuronales 5-HT y DA son complejos. Por ejemplo, el sistema 5-HT tiene 14 o más receptores y muchos otros componentes que modulan el metabolismo, la velocidad de disparo, las cascadas neuronales, etc. Aún así, existe evidencia que respalda la posibilidad de que las interacciones entre 5-HT y DA contribuyan al temperamento en la AN.

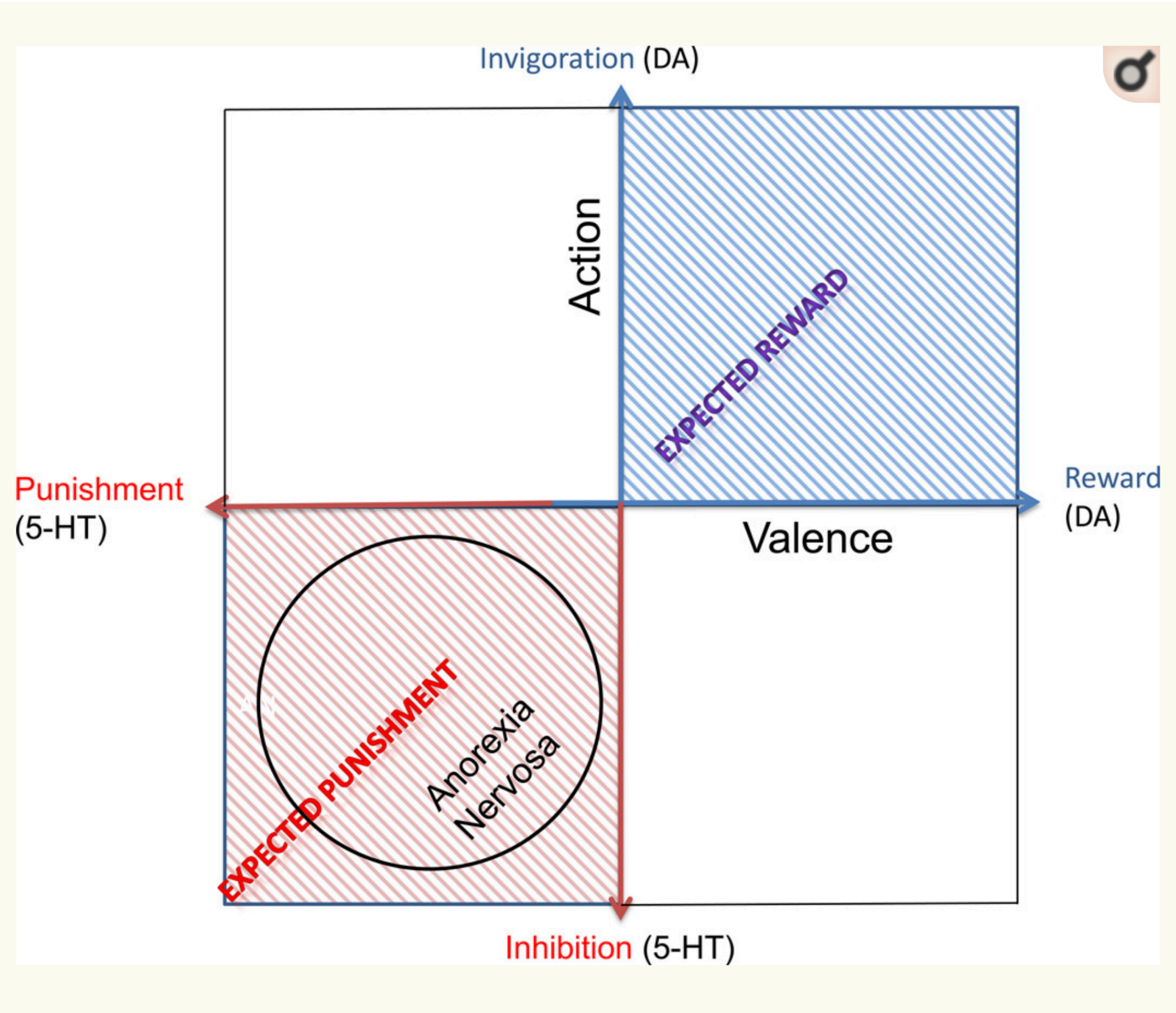
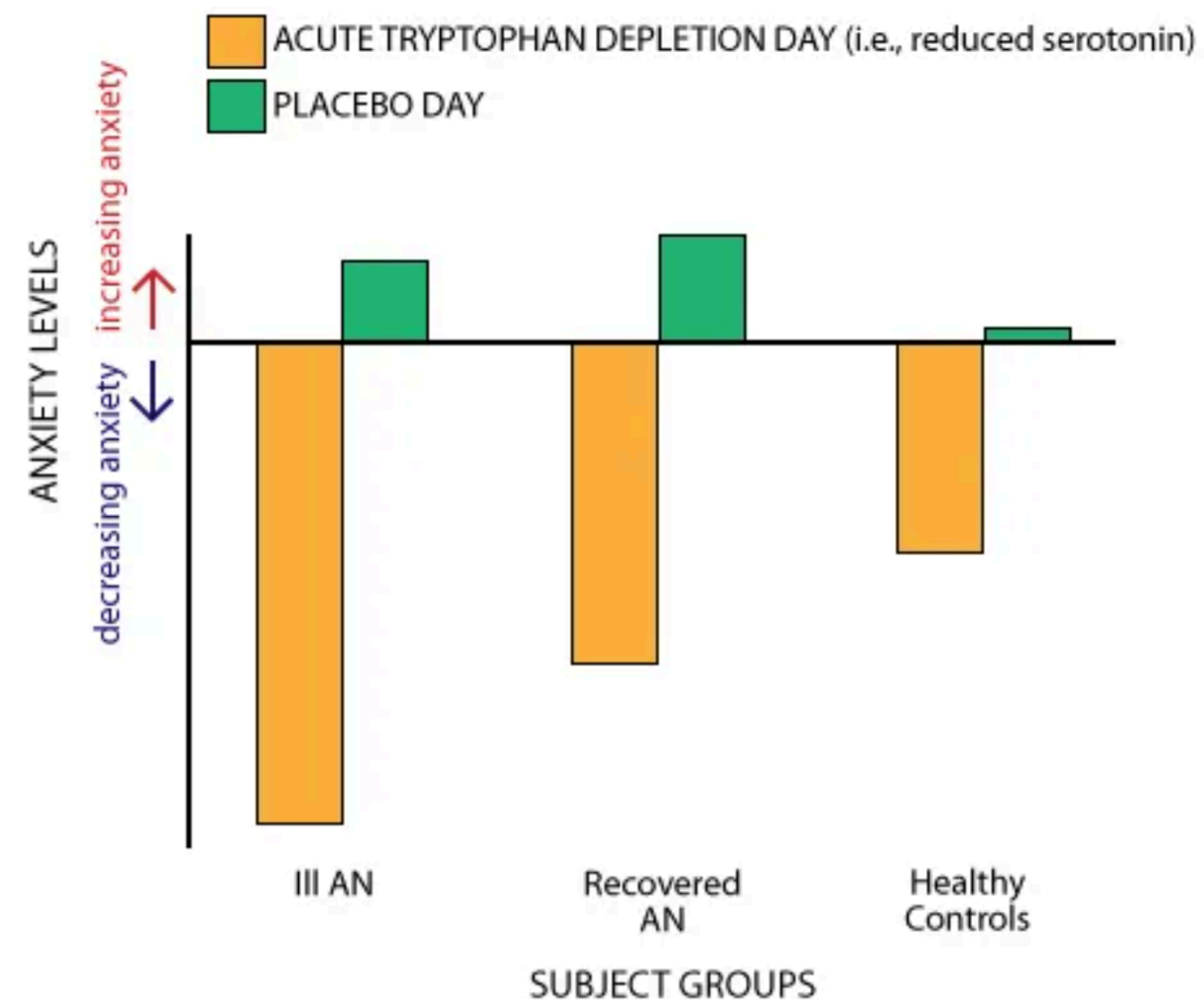


Figure 1. Comparison of changes in anxiety levels during acute tryptophan depletion in ill AN, recovered AN, and healthy control groups.

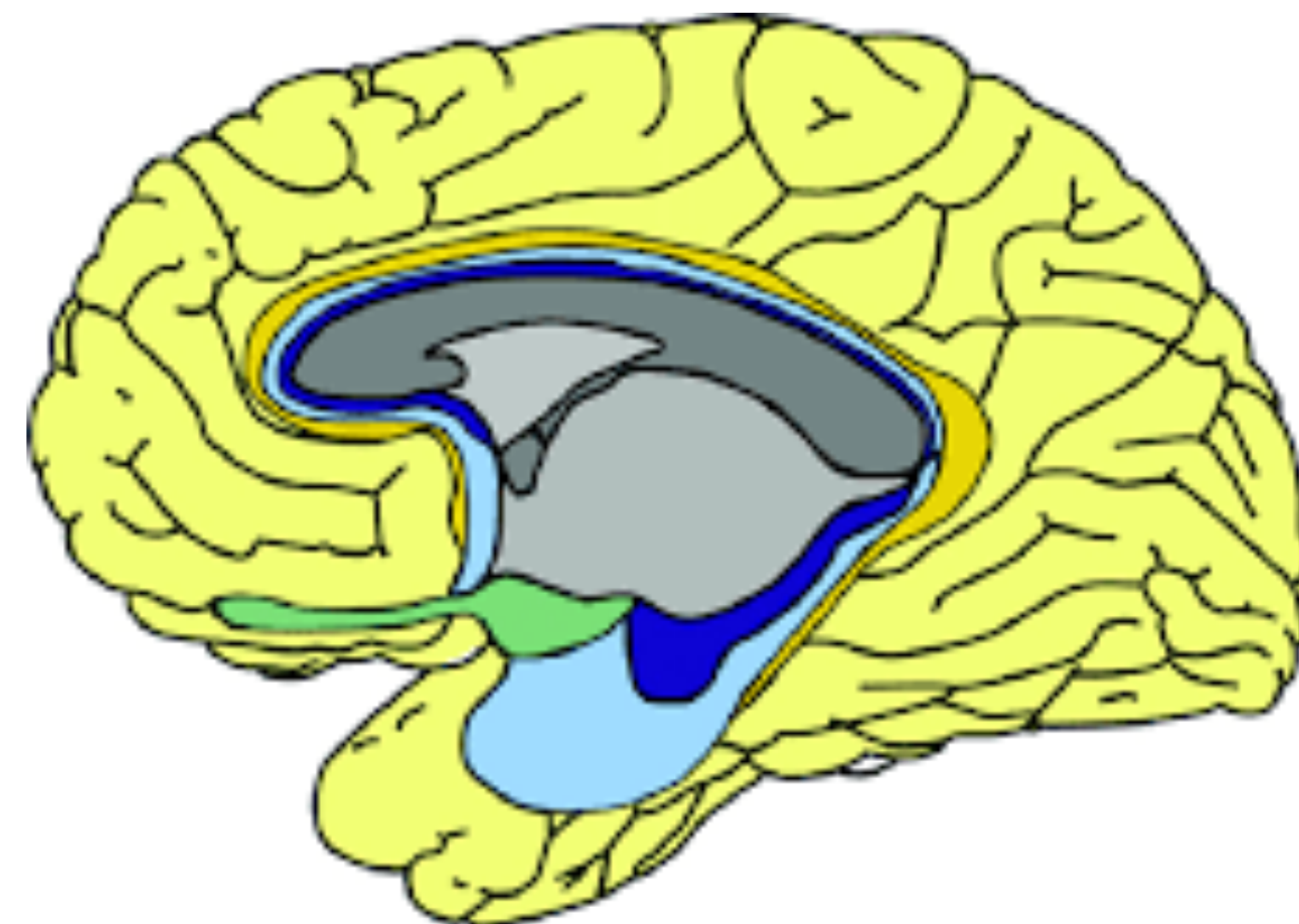


**CUANDO DISMINUYE EL TRIPTÓFANO,
PRECURSOR DE LA
SEROTONINA DISMINUYE LA ANSIEDAD**

CUALQUIER SECTOR DE LA NEOCORTEZA TIENE UN ORIGEN DUAL:

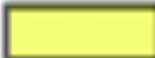
POR UN LADO ARQUICORTICAL O HIPOCAMPAL. ¿DÓNDE?

POR OTRO LADO PALEOCORTICAL U OLFATORIO ¿QUÉ?



 paleocortex

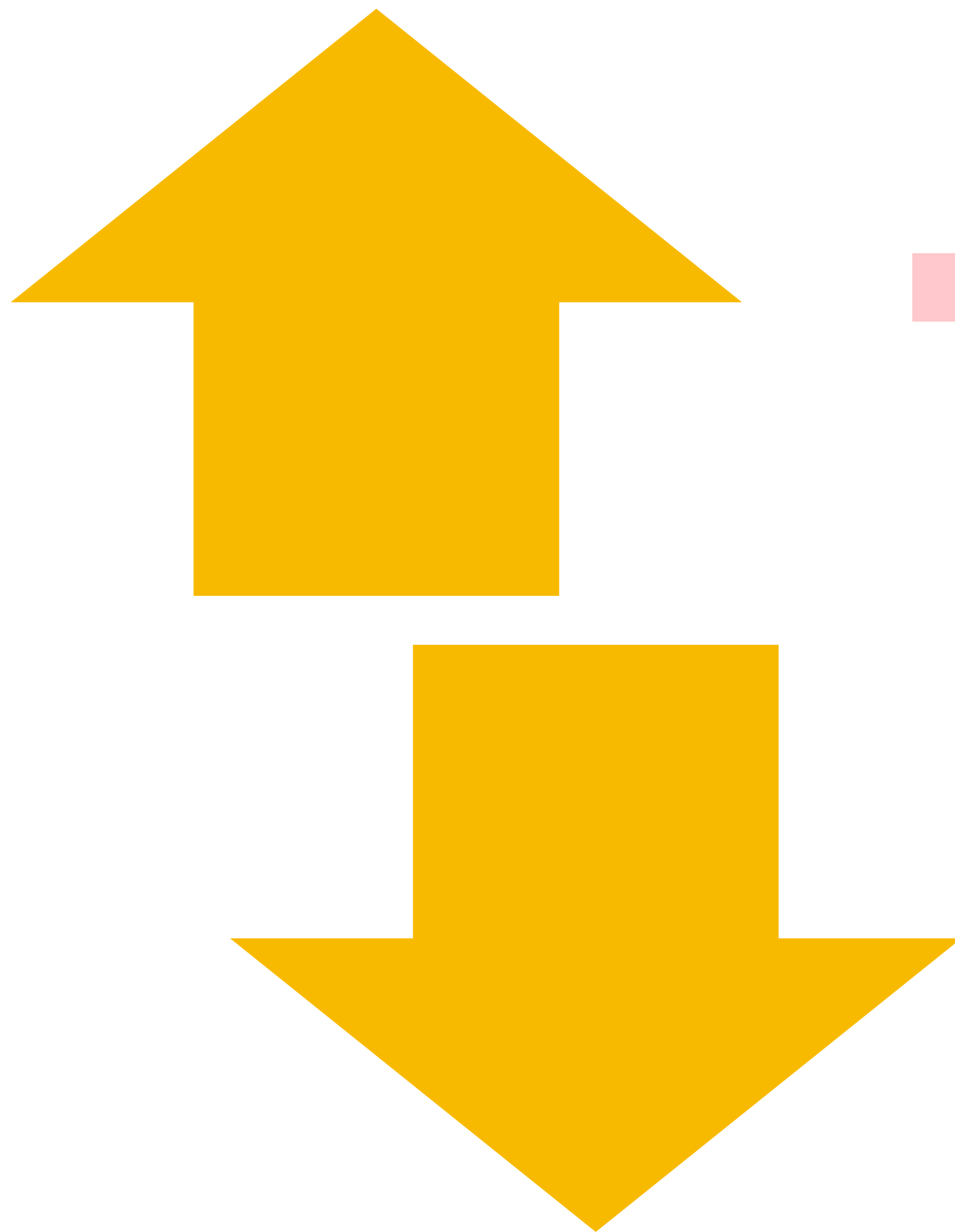
 archicortex

 isocortex

 periarchicortex

 proisocortex

FACTORES de RECOMPENSA



REFUERZO POSITIVO

REFUERZO NEGATIVO

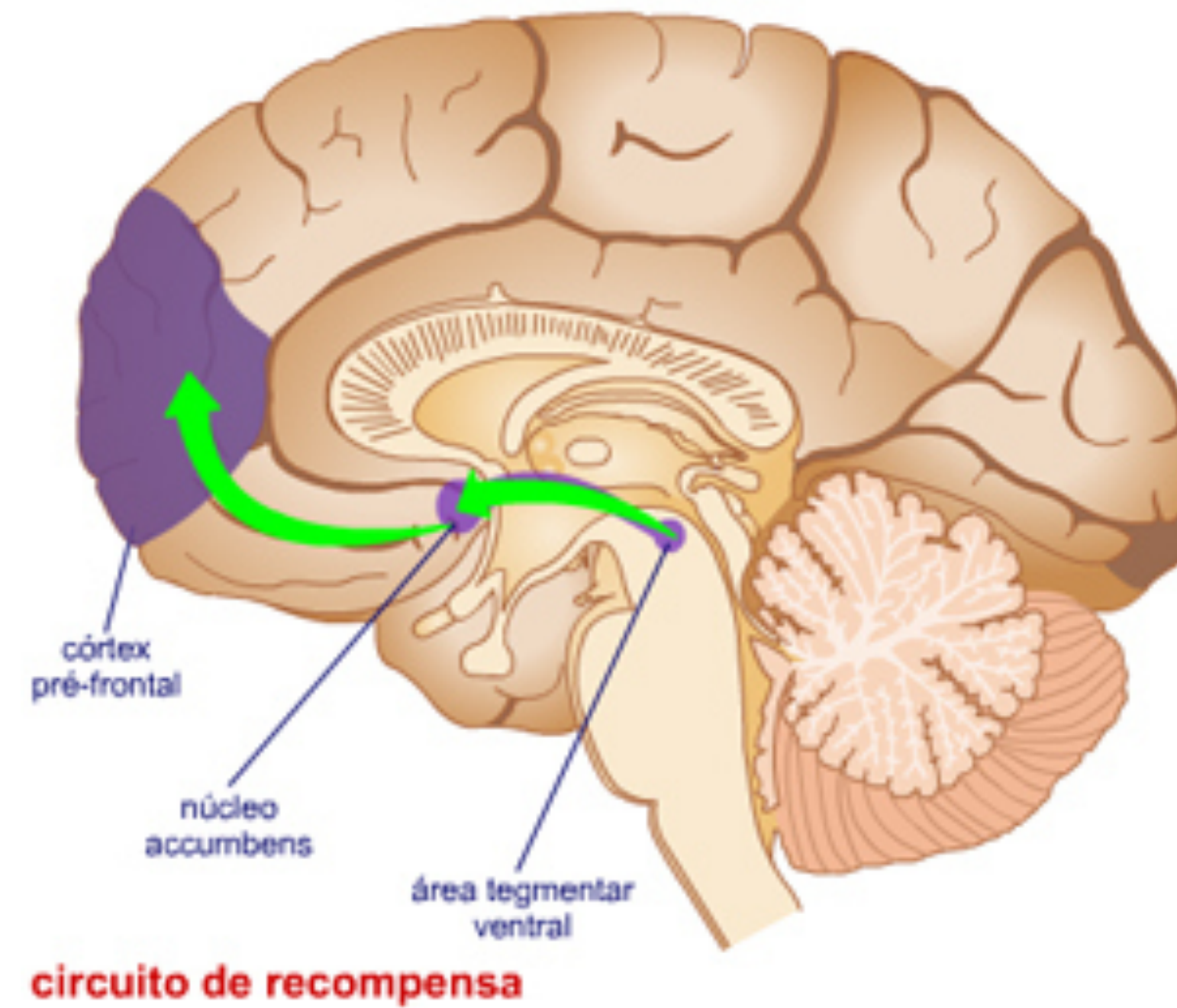
Varios estudios con en personas con anorexia mostraron hipoperfusión de las regiones frontal, temporal, parietal y occipital, así como de activación de la corteza cingulada frontal y anterior (ACC), en respuesta a imágenes. de la comida , lo que sugiere alteraciones de los circuitos neuronales cognitivos y límbicos.

Muchos estudios sugieren que las alteraciones de las redes neuronales cognitivas y límbicas ocurren en una variedad de trastornos psiquiátricos, como depresión mayor, trastornos de ansiedad y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

Específicamente, un **neurocircuito ventral**, que incluye la amígdala, la ínsula, el estriado ventral y las regiones ventrales del ACC y la corteza prefrontal (PFC), es necesario para identificar el significado emocional de los estímulos y para generar respuestas afectivas. a estos estímulos. Estas regiones también son importantes para la regulación automática y la mediación de respuestas autónomas a los estímulos emocionales y contextos que acompañan a la producción de estados afectivos.

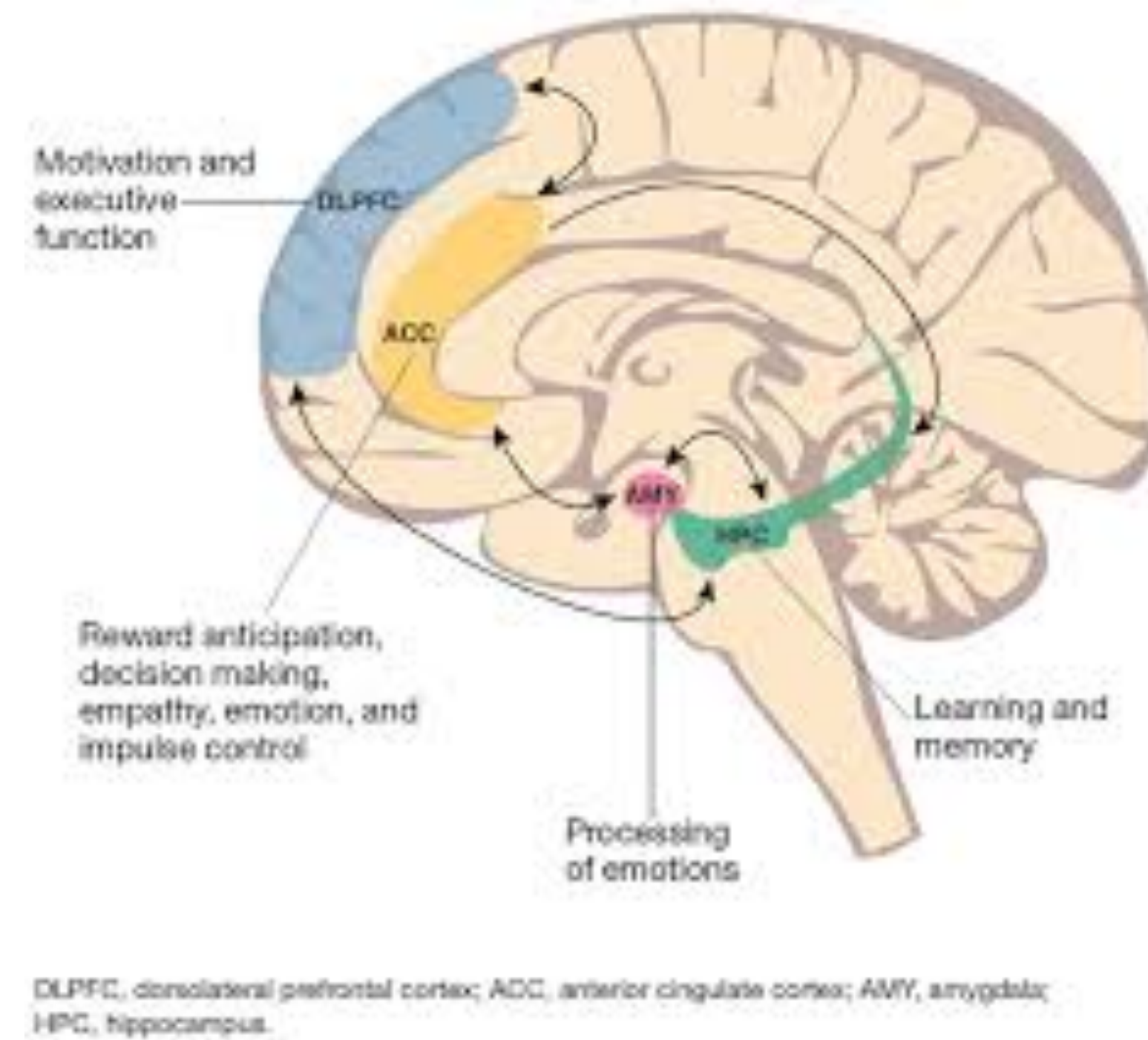
En comparación, se cree que un **neurocircuito de función ejecutiva dorsal**, que incluye el hipocampo, las regiones dorsales del caudado, la corteza prefrontal dorsolateral (DLPFC), la corteza parietal y otras regiones, modula la atención selectiva, la planificación y la regulación con esfuerzo de los estados afectivos.

CIRCUITO VENTRAL

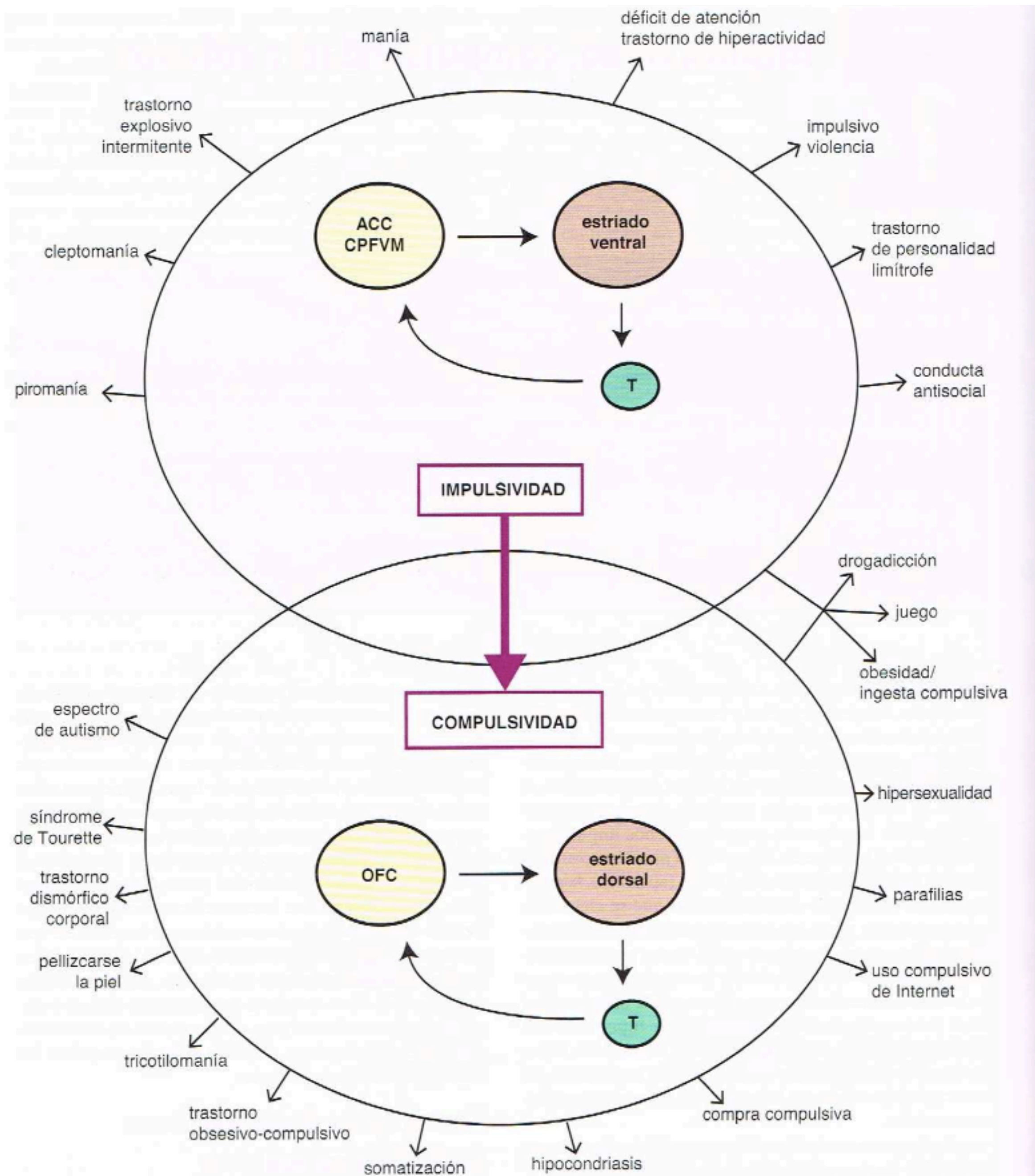


Un neurocircuito ventral (Phillips et al. 2003), que incluye la amígdala, la ínsula, el estriado ventral y las regiones ventrales del ACC y la corteza prefrontal (PFC), es necesario para identificar el significado emocional de los estímulos y para generar respuestas afectivas a estos estímulos. Estas regiones también son importantes para la regulación automática y la mediación de respuestas autónomas a los estímulos emocionales y contextos que acompañan a la producción de estados afectivos.

CIRCUITO DORSAL



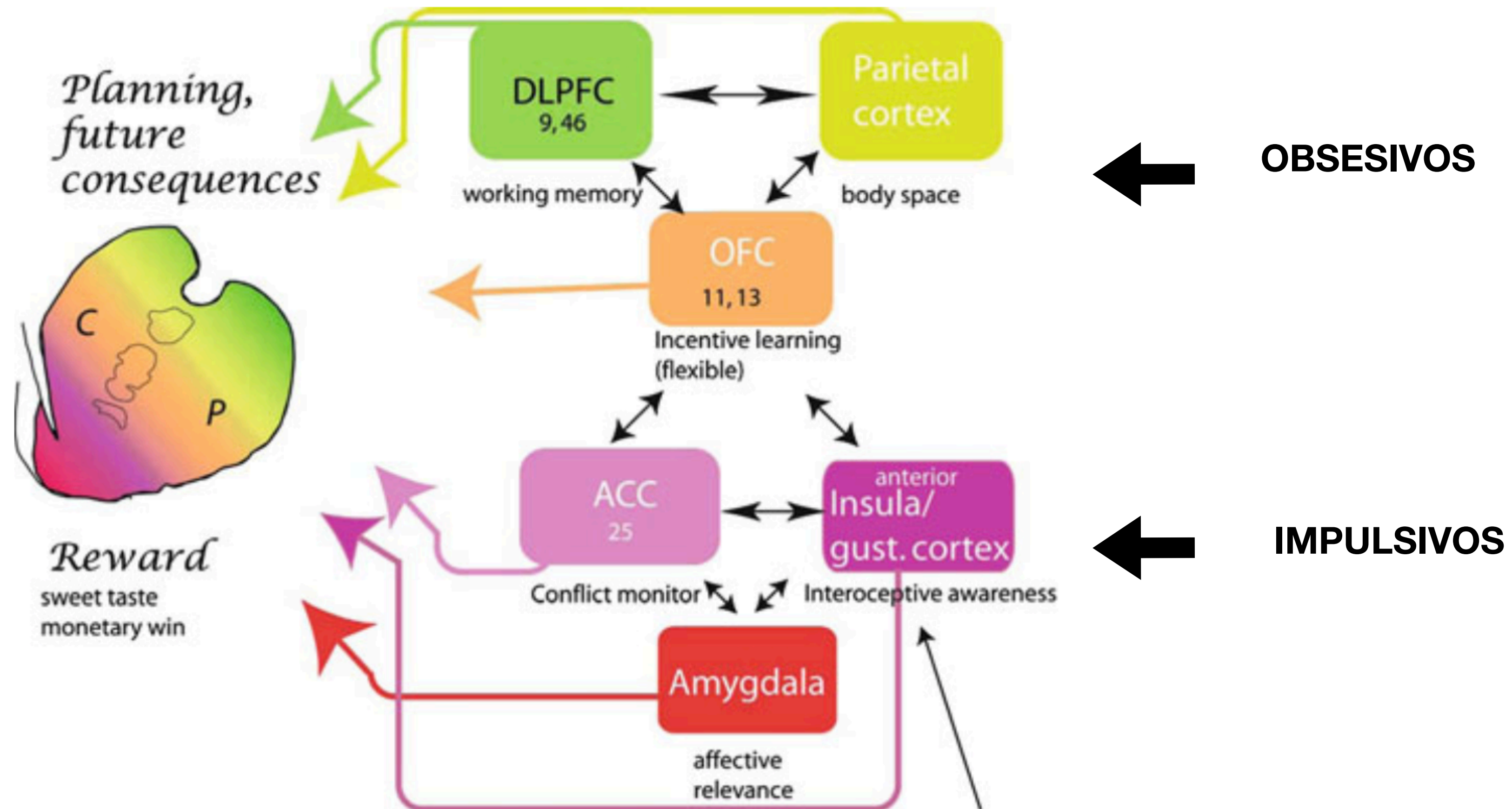
Se cree que un neurocircuito de función ejecutiva dorsal, que incluye el hipocampo, las regiones dorsales del caudado, la corteza prefrontal dorsolateral (DLPFC), la corteza parietal y otras regiones, modula la atención selectiva, la planificación y la regulación con esfuerzo de los estados afectivos. Es posible que la regulación emocional o cognición alterada que se encuentra en los síndromes alimenticios implique una función aberrante de estos circuitos,



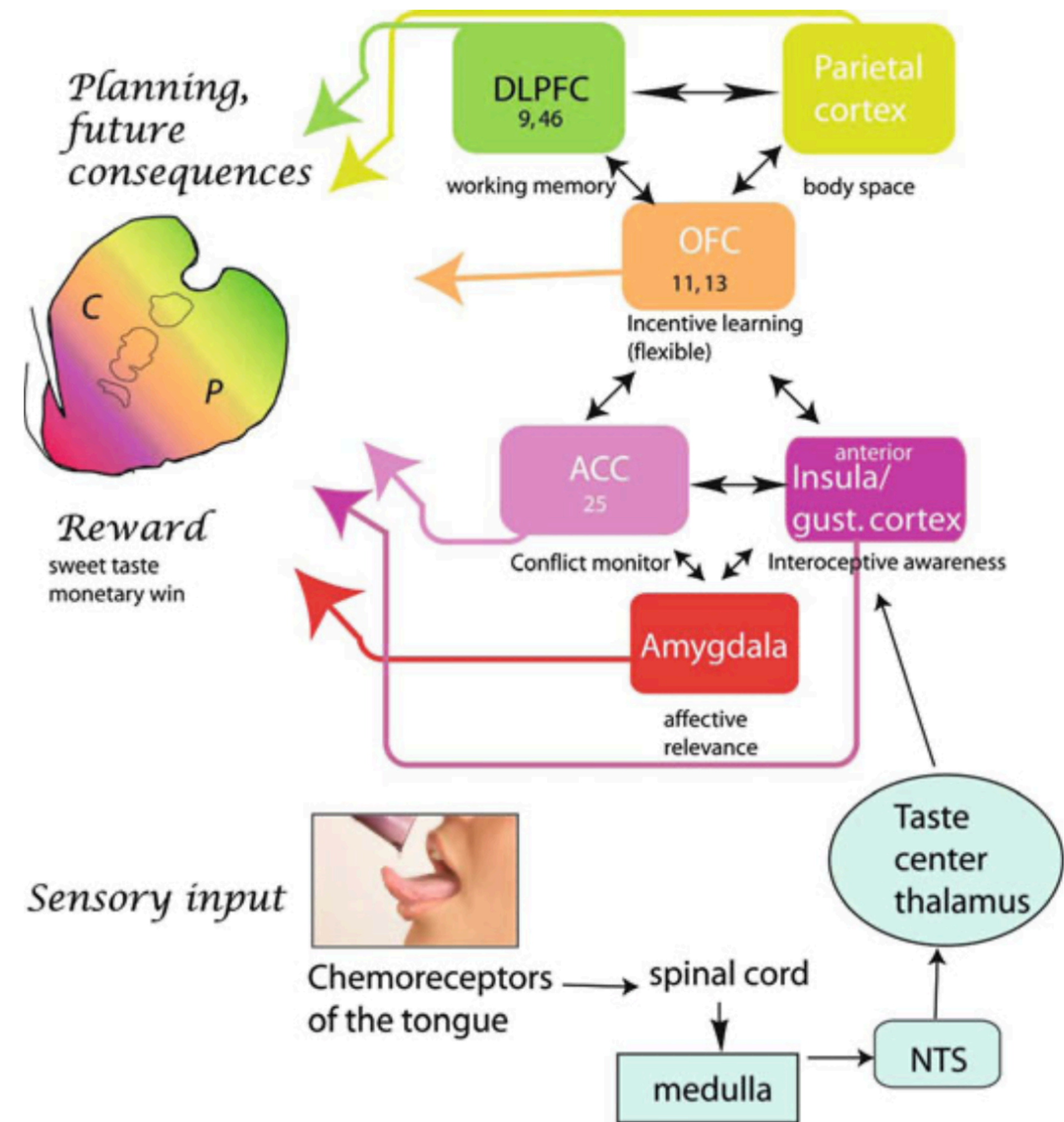
La impulsividad puede ser definida como la incapacidad de detener el inicio de acciones e implica a un circuito centrado en el **estriado ventral**, relacionado con el tálamo. El córtex **ventromedial y el cíngulo anterior**.

La compulsividad puede ser definida como la incapacidad de terminar acciones que ya están en marcha e hipotéticamente está centrada en un circuito cerebral diferente, concretamente **el estriado dorsal**, tálamo y el **córtex orbitofrontal**.

Las acciones impulsivas como el consumo de sustancias, juego, atracones puede llegar a ser compulsivo debido a cambios neuroplásticos que implican al sistema de hábito dorsal y teóricamente causa impulsos en el circuito ventral que se desplazan al circuito dorsal.

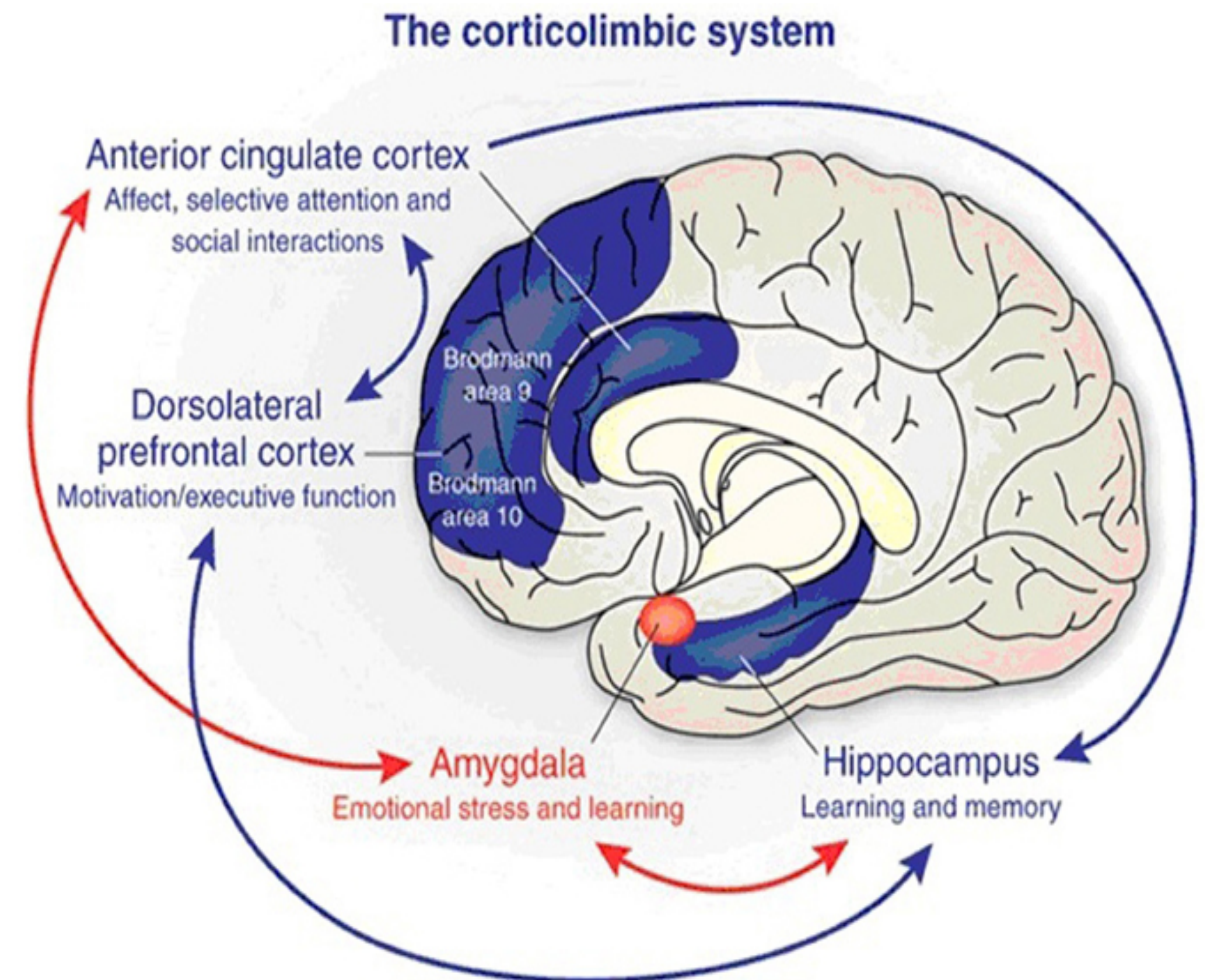


Los quimiorreceptores en la lengua detectan un sabor dulce. Luego, la señal se transmite a través de los centros del gusto talámico y del tronco encefálico hasta la corteza gustativa primaria, que se encuentra adyacente y está densamente interconectada con la ínsula anterior (AI). La IA es una parte integral del "neurocircuito ventral (límbico)" a través de sus conexiones con la amígdala, la corteza cingulada anterior y la corteza orbitofrontal. Las afferencias de las estructuras corticales implicadas en el neurocircuito ventral (AI y cortezas límbicas interconectadas) se dirigen al estriado ventral, mientras que las estructuras corticales implicadas en estrategias cognitivas (los neurocircuitos dorsales) envían entradas al estriado dorsolateral. Por tanto, los aspectos sensoriales del gusto son principalmente un fenómeno de la ínsula, mientras que las áreas corticales superiores modulan el placer, la motivación y los aspectos cognitivos del gusto. Luego, estos aspectos se integran, lo que da como resultado una decisión de "comer" o "no comer". La codificación de la conciencia de la sensación placentera a partir de la experiencia gustativa a través de la IA podría alterarse en los pacientes con AN, alejando el equilibrio de los procesos estriatales de las respuestas de recompensa normales y automáticas mediadas por el estriado ventral y hacia un enfoque más "estratégico" mediado por el dorso estriado. La figura vincula cada estructura cortical con flechas de colores similares, lo que indica que todas las estructuras corticales se proyectan al cuerpo estriado de manera topográfica. Corteza cingulada anterior ACC; Corteza prefrontal dorsolateral DLPFC; NTS núcleo tractus solitario; Corteza orbitofrontal OFC

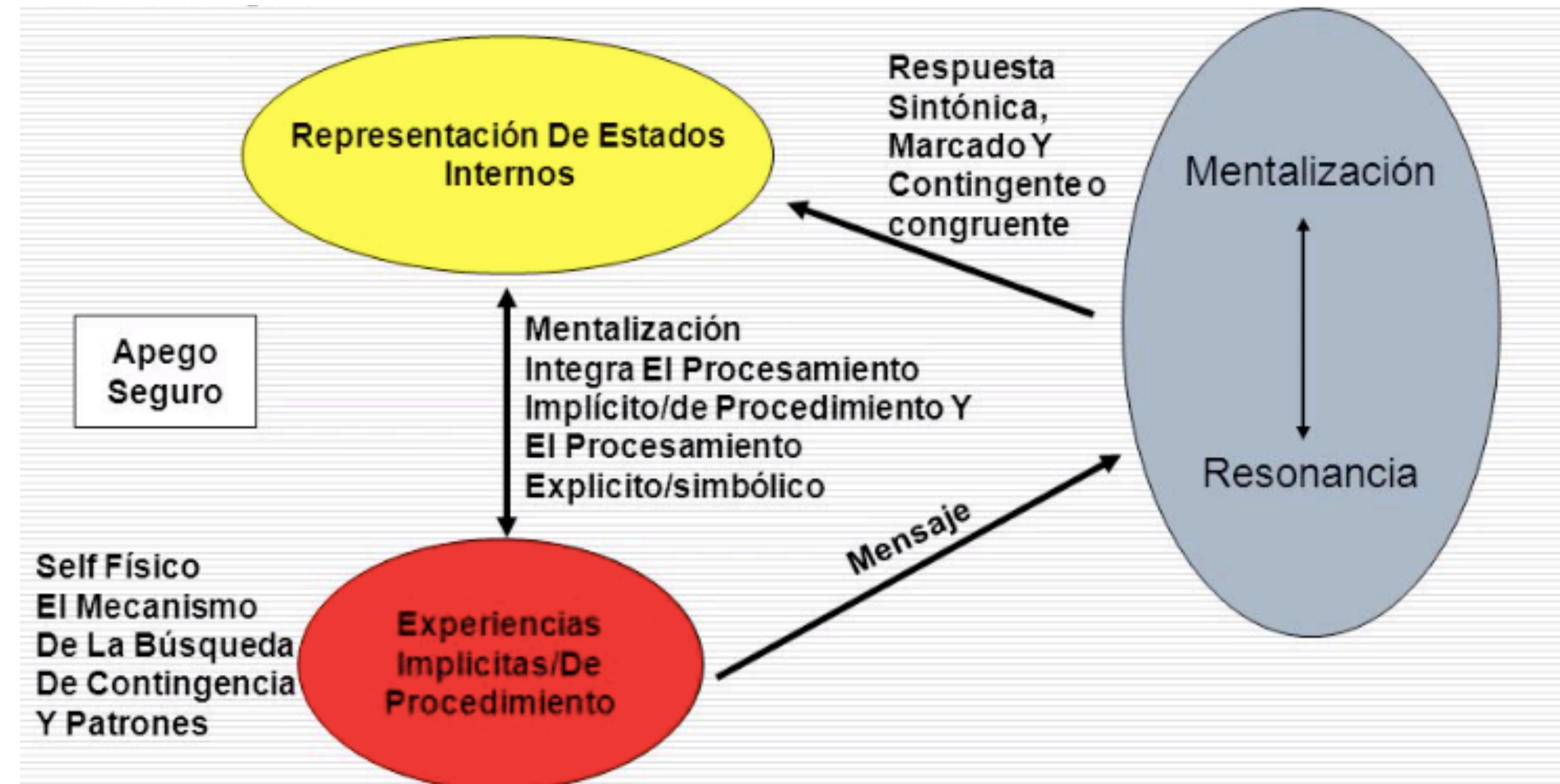


Trastorno límite de personalidad

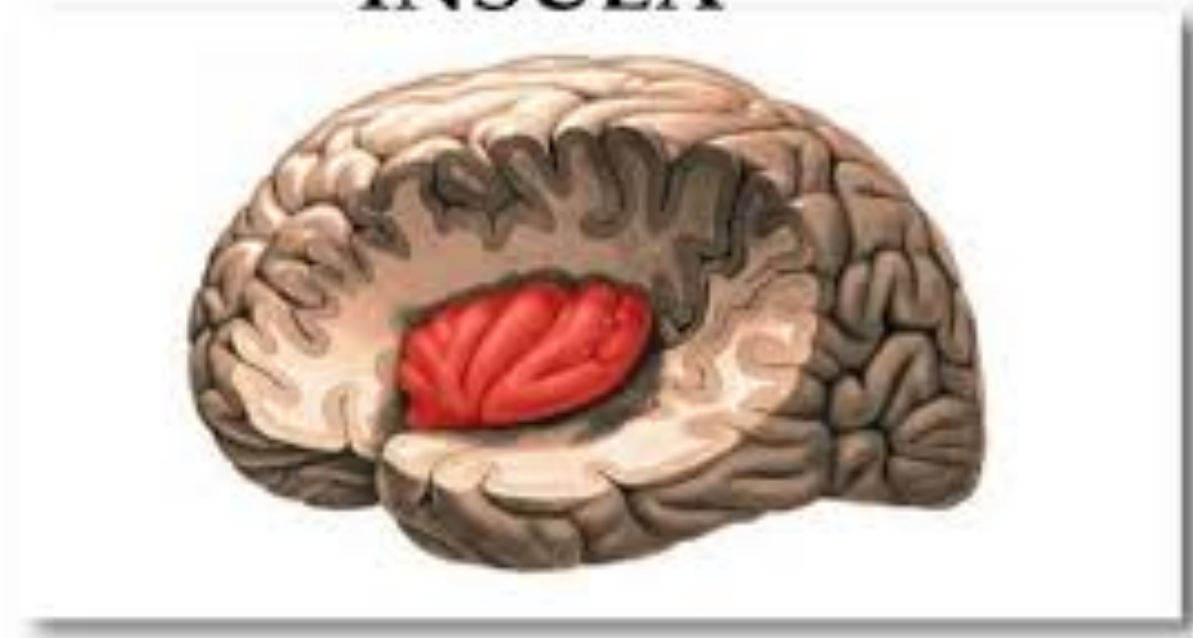
La actividad anormal de la corteza orbitofrontal y del hipocampo de los pacientes borderline es incapaz de regular los automatismos del sistema límbico y la tendencia a almacenar sus impresiones como memoria procedimental. Estos resultados sugieren la aplicación de un encuadre técnico en el que predomine lo procedimental, como vía de comunicación con un tipo de paciente en el que las funciones yoicas están tan comprometidas.



Varias estructuras cerebrales están implicadas en los fenómenos clínicos y las anomalías neurobiológicas subyacentes. Las estructuras corticales incluyen los lóbulos frontales (déficits en el funcionamiento ejecutivo y coherencia central), la corteza somato-sensorial (imagen corporal distorsionada), la corteza parietal (déficits visuo-espaciales) y la región temporal medial (hipoperfusión). Las estructuras subcorticales implicadas incluyen la amígdala (ansiedad) y el cuerpo estriado (comportamiento obsesivo-compulsivo)



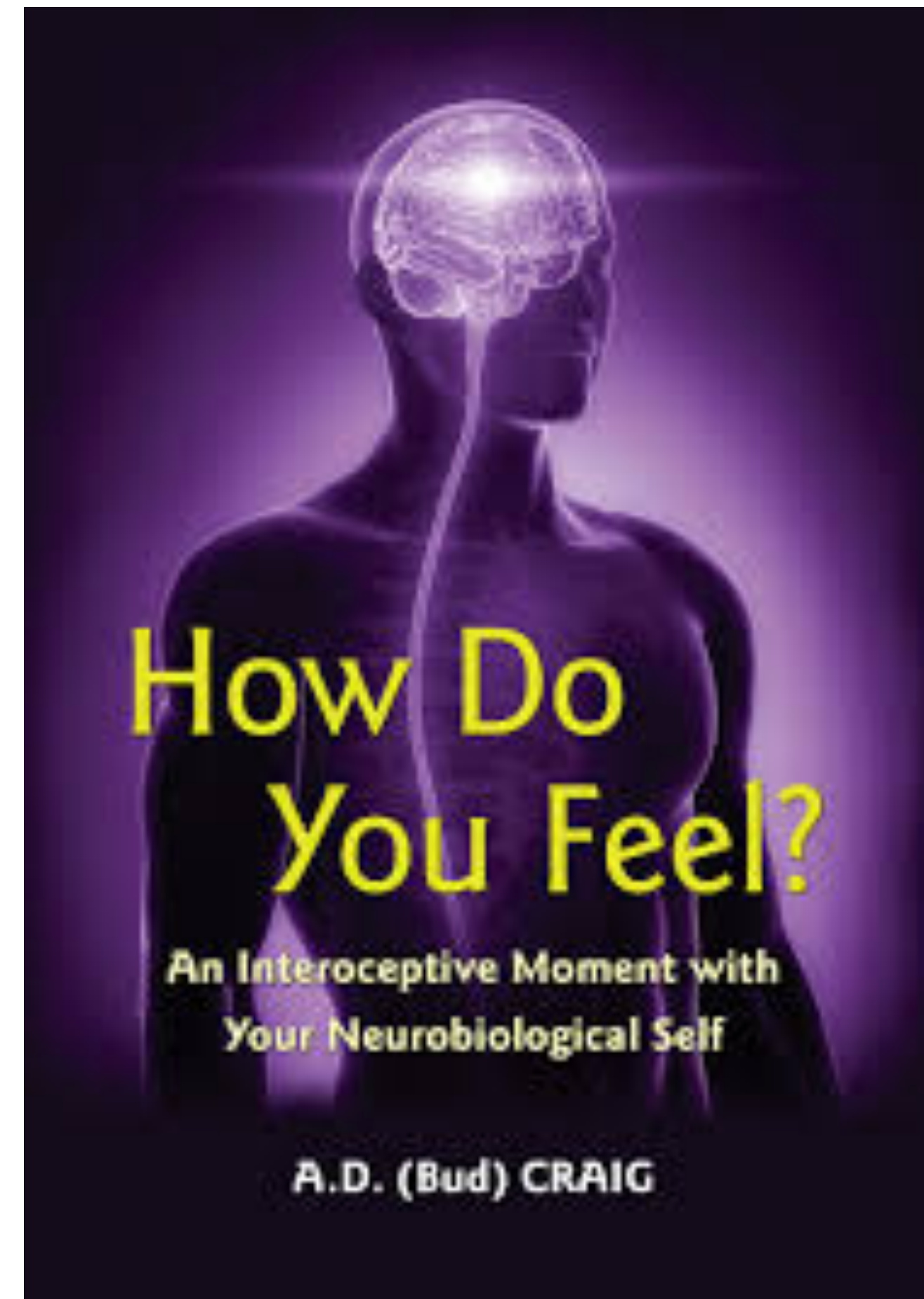
INSULA



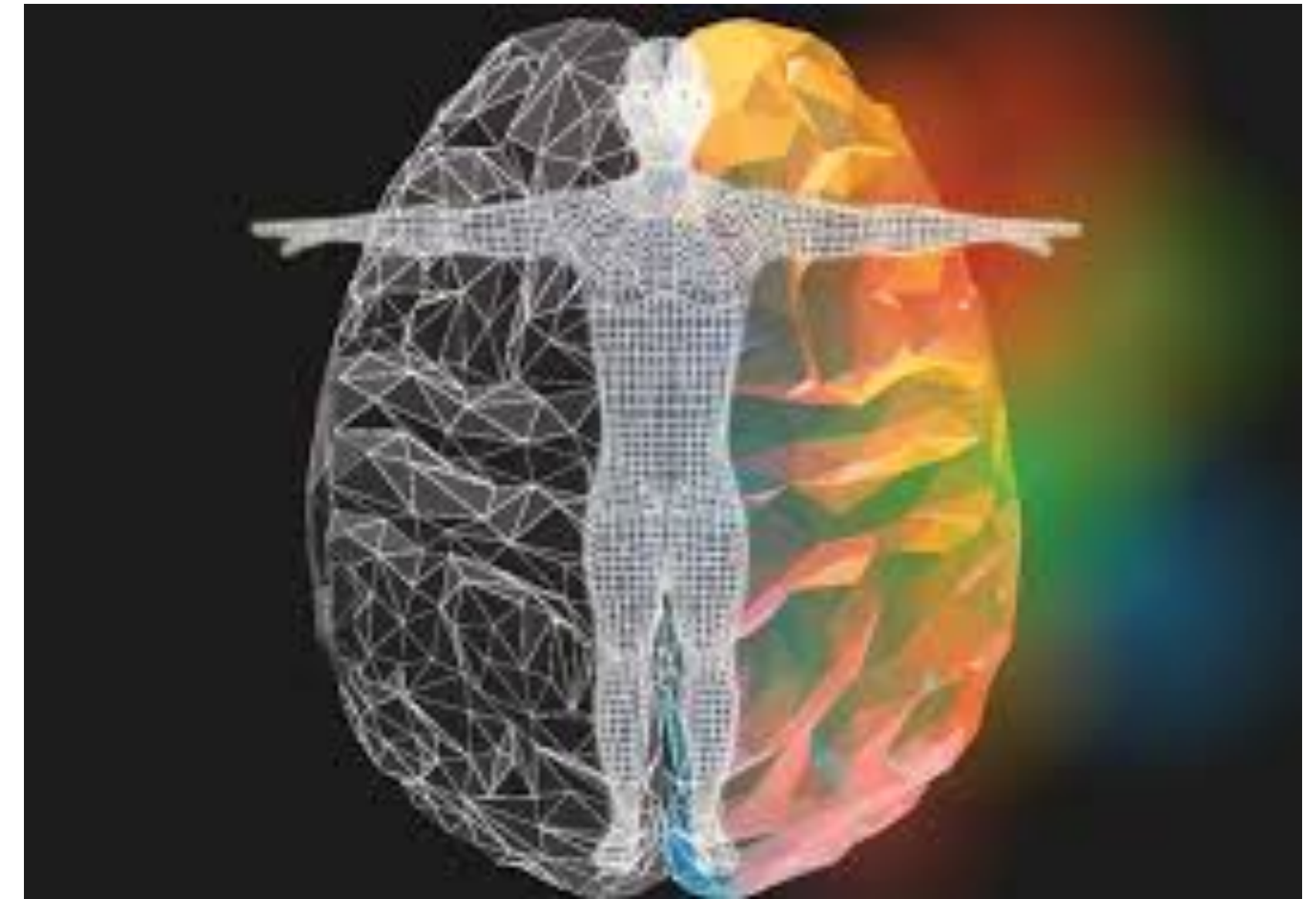
Así como las conexiones de la ínsula son muy complejas, también lo son sus funciones. Es un puente entre los lados derecho e izquierdo del cerebro, entre el cerebro sensible y el cerebro pensante y entre la expresión y recepción del habla y las emociones . La ínsula se puede comparar con un servidor de Internet, que tiene el potencial de facilitar la comunicación entre millones de personas. Del mismo modo, la ínsula facilita y regula la comunicación entre miles de millones de neuronas en las diversas estructuras a las que está conectada. Entre sus funciones se incluyen las siguientes.

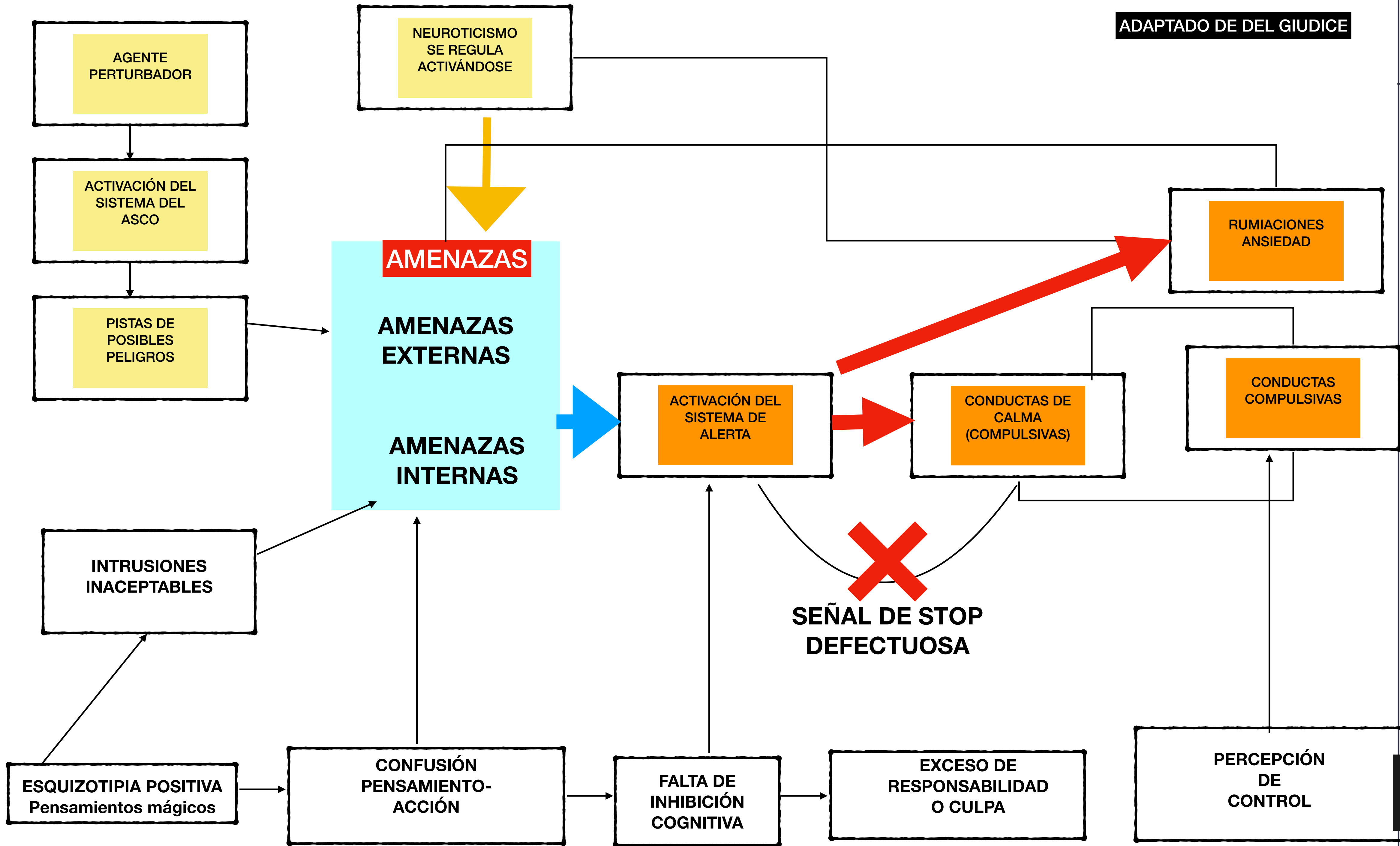
En condiciones normales, cuando se tiene hambre y antes de comer, aumenta la actividad de la ínsula. Esto disminuye después de comer, lo que refleja su papel central en la comunicación sobre el apetito entre los lóbulos frontales y el hipotálamo. La disfunción de la ínsula podría provocar una falla en este proceso con la ausencia de señales de hambre, como lo experimentan algunos pacientes.

Monitorización del estado corporal Como puente entre los lóbulos frontales, la corteza somatosensorial y el sistema de retroalimentación visceral de los órganos internos, la ínsula anterior proporciona una experiencia de `` cómo es mi cuerpo '', un sentido integrado de la condición fisiológica de todo el cuerpo. La actividad reducida de la ínsula disminuiría la precisión de esta percepción y podría explicar la distorsión de la imagen corporal.

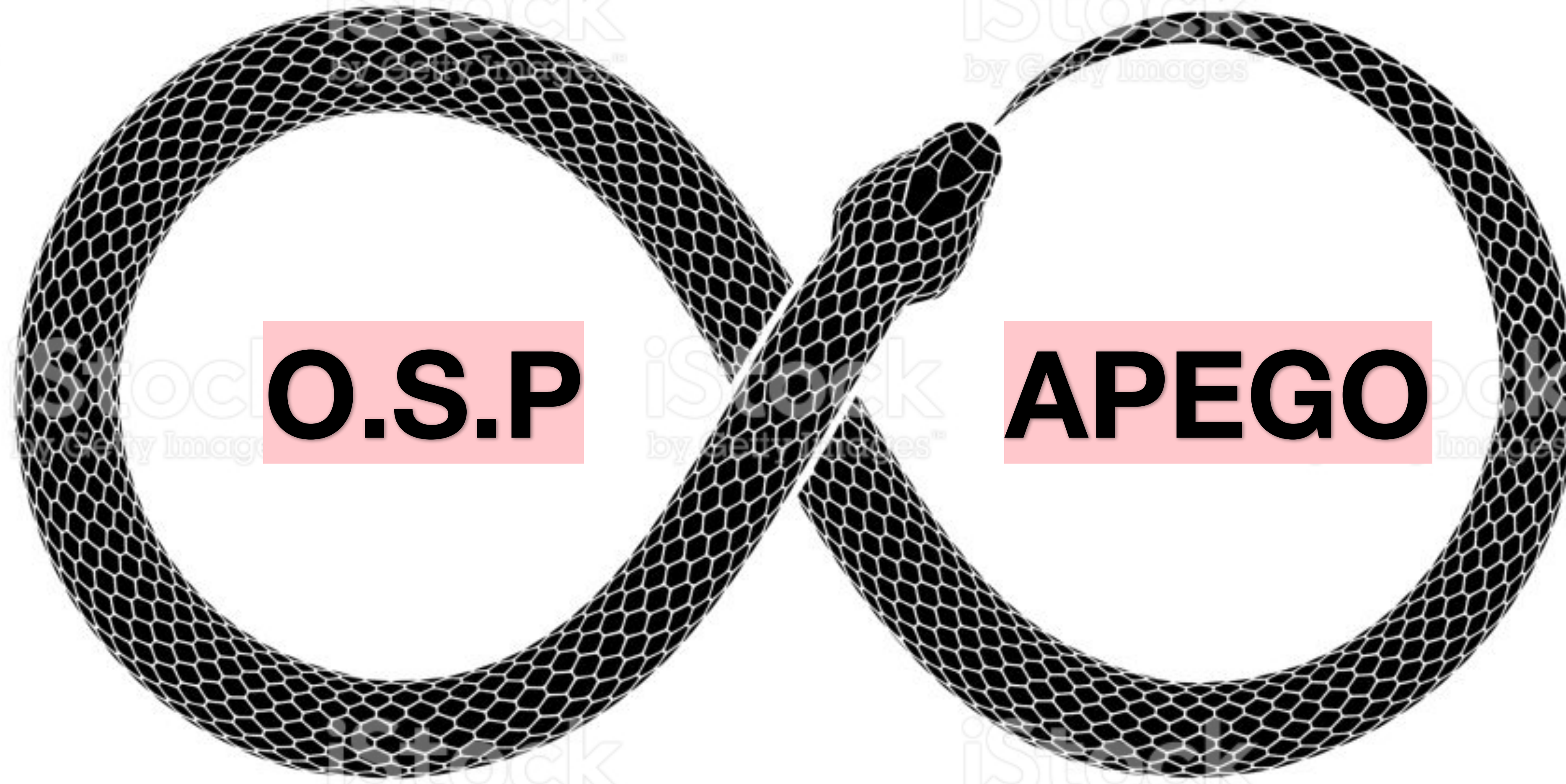


- La interocepción involucra el sentido consciente e inconsciente del estado interno del cuerpo y tiene un papel importante en la homeostasis y la regulación de las emociones. Aparte de la disfunción fisiológica notable, los déficits interoceptivos también inducen a las personas con anorexia a concentrarse en percepciones distorsionadas de múltiples elementos de su imagen corporal. [
- Esto existe tanto en personas con anorexia como en individuos sanos debido al deterioro de la sensibilidad interoceptiva y la conciencia interoceptiva.
- Además del aumento de peso y la apariencia externa, las personas con anorexia también informan funciones corporales anormales, como una sensación de saciedad poco clara.
- Esto proporciona un ejemplo de falta de comunicación entre las señales internas del cuerpo y el cerebro. Debido a la alteración de la sensibilidad interoceptiva, se pueden detectar señales poderosas de plenitud de manera prematura en personas muy sensibles, lo que puede resultar en una disminución del consumo de calorías y generar ansiedad en torno a la ingesta de alimentos en pacientes con anorexia.
- Las personas con anorexia también informan dificultades para identificar y describir sus sentimientos emocionales y la incapacidad de distinguir las emociones de las sensaciones corporales en general, lo que se denomina alexitimia.
- La conciencia interoceptiva y la emoción están profundamente entrelazadas y podrían impactarse mutuamente en anomalías.
- Los pacientes con anorexia también presentan dificultades de regulación emocional que desencadenan conductas alimentarias motivadas por las emociones, como la restricción de alimentos o el ejercicio excesivo.
- La sensibilidad interoceptiva y la conciencia interoceptiva deficientes pueden llevar a los pacientes con anorexia a adaptar interpretaciones distorsionadas del aumento de peso que son indicadas por sensaciones físicas relacionadas con la digestión (p. Ej., Plenitud).
- Combinados, estos elementos interoceptivos y emocionales juntos podrían desencadenar respuestas conductuales desadaptativas y reforzadas negativamente que ayudan a mantener la anorexia.
- Además de la metacognición, las personas con anorexia también tienen dificultades con la cognición social, incluida la interpretación de las emociones de los demás y la demostración de empatía.
- La conciencia interoceptiva anormal y la sensibilidad interoceptiva mostrada a través de todos estos ejemplos se han observado con tanta frecuencia en la anorexia que se han convertido en características clave de la enfermedad.





ORGANIZACION DE SIGNIFICADO PERSONAL



O.S.P

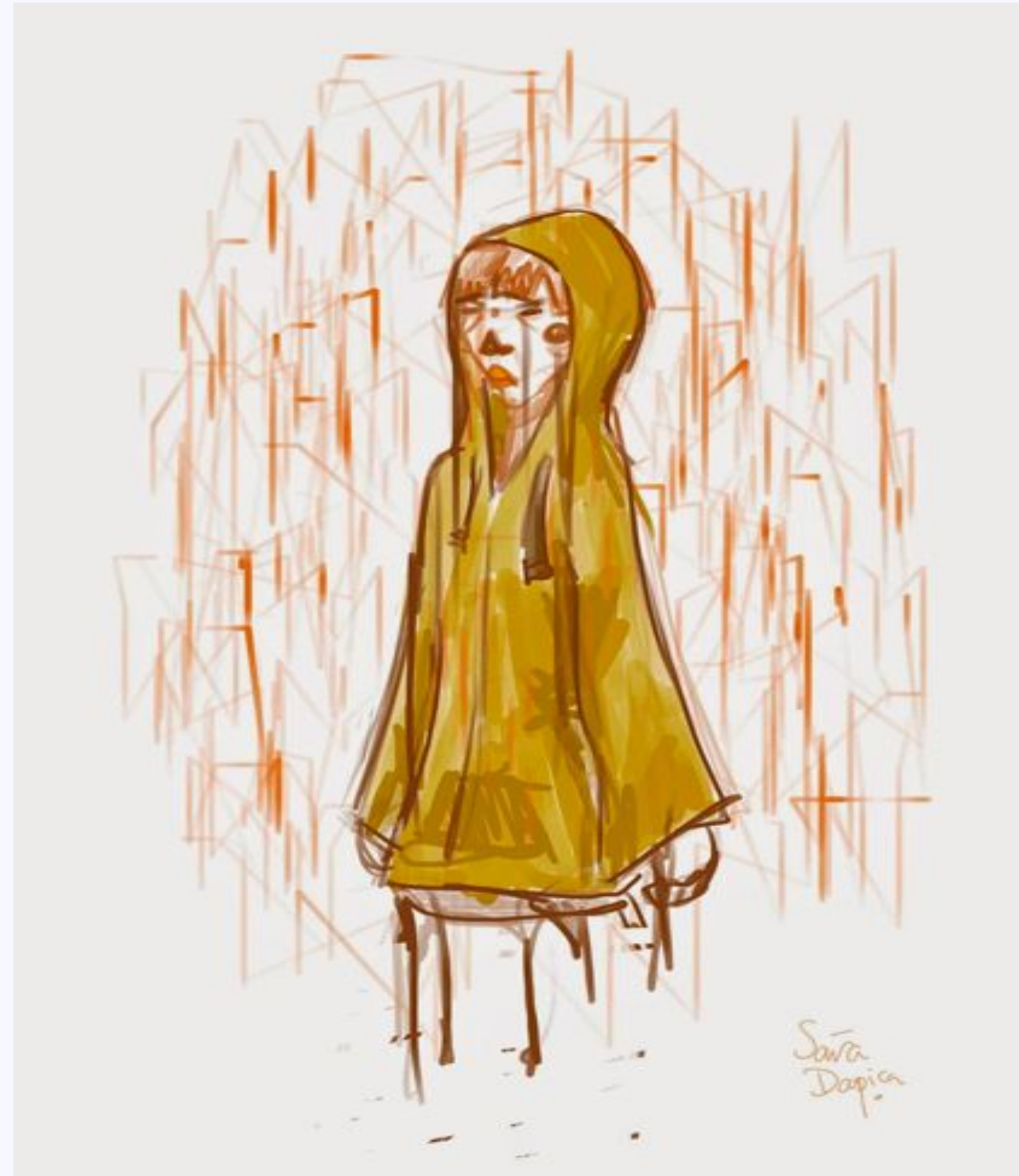
APEGO



Todas las posibles presiones que emergen para el cambio, como consecuencia de la asimilación de experiencias en curso, están subordinadas a la mantención de la identidad personal - la invariante auto-organizativa fundamental. Aunque uno experimenta cambios en sus "partes" a través de la vida, el individuo como un todo mantiene su identidad percibida a través del tiempo. La mantención ocurre a través de la "actividad autopoiética" del individuo - un concepto derivado de autopoiesis, un término Griego que significa auto-producción o auto-renovación (Varela, 1979; Zeleny, 1981).



ORGANIZACIÓN DE SIGNIFICADO PERSONAL DAPICA

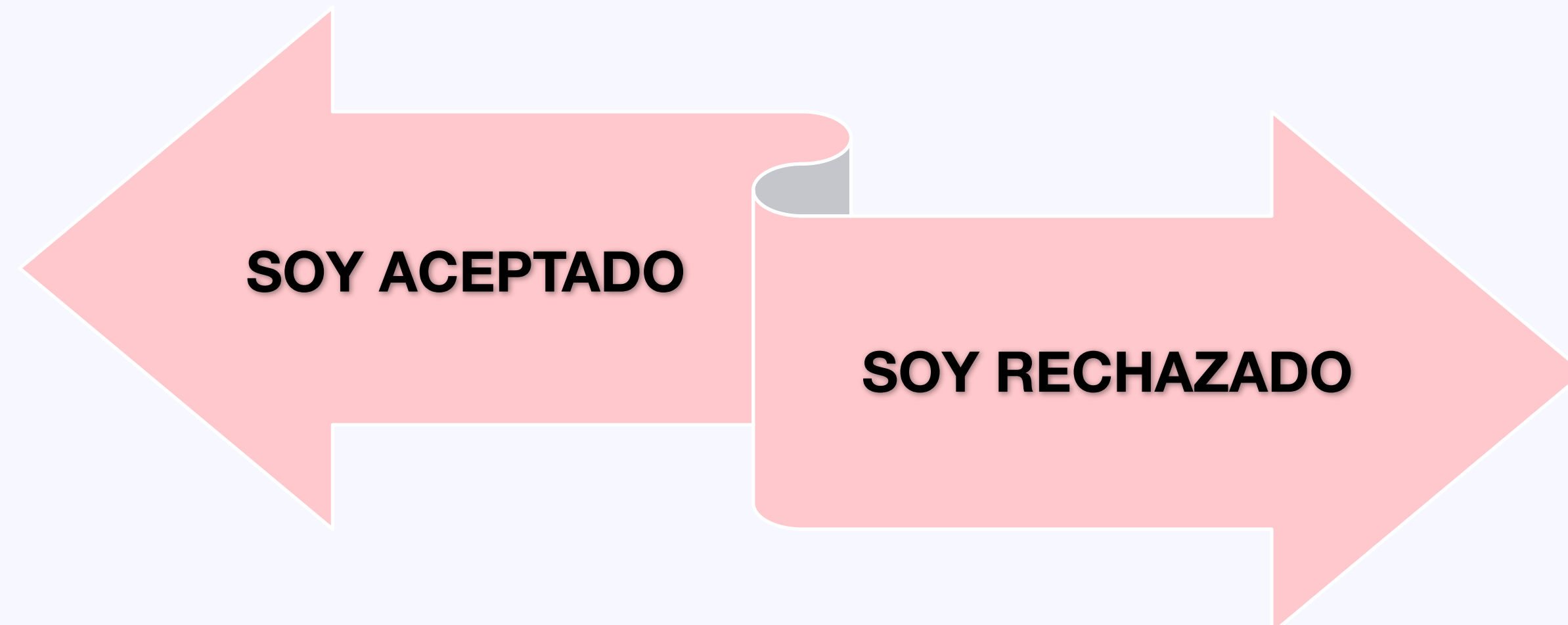


O. S. P. DÁPICA

La O.S.P Dápica se da en individuos cuyo sentido de sí mismo es difuso y oscilante, y la manera en que pueden estabilizar este sentido de sí mismos es a través de criterios externos.

Podemos decir que un individuo dápico es alguien que tiene una experiencia inmediata difusa de sí mismo, la cual logra estabilizar, junto a la imagen consciente de sí, solamente a través de criterios externos, que son el juicio y las expectativas de los otros. En cada instante, el individuo dápico, se forma una imagen precisa y definida de sí mismo de acuerdo a las conductas y actitudes de los otros hacia él.

Nunca estas personas pueden definir sus estados internos o la imagen de sí mismos por criterios que puedan encontrar en ellas mismas



LO IMPORTANTE ES LO QUE VEN LOS DEMÁS EN MÍ

**NO ES IMPORTANTE LO QUE
SIENTAS SI NO QUE LOS DEMÁS
NO LO SEPAN**

**VALEMOS POR LO QUE DECIMOS
NO POR LO QUE HACEMOS**

**LOS LÍMITES INTERNOS ESTÁN
DIFUSOS VARIANDO EN
FUNCIÓN DEL JUICIO DE LOS
DEMÁS**



O. S. P. DÁPICA

En la estructura familiar de las organizaciones de los desórdenes alimentarios psicogénicos (DAP), el énfasis es puesto en la imagen de sí mismo y en el juicio de los otros. La familia debe ser perfecta. La comunicación es indirecta, ambigua y falsa. No se expresa lo que sucede, se ocultan los aspectos problemáticos de la vida. Aún cuando el infante percibe en la realidad un conflicto, luego se le es negado. De este modo, el niño nunca se encuentra seguro de lo que experimenta, siente o percibe, necesitando constantemente la confirmación de los otros que le exigen redefinir sus emociones.

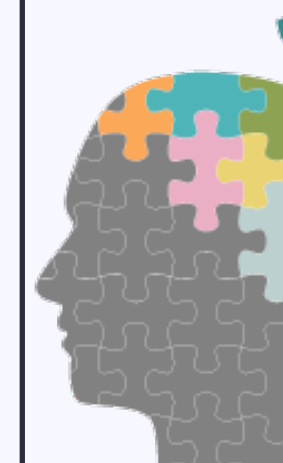
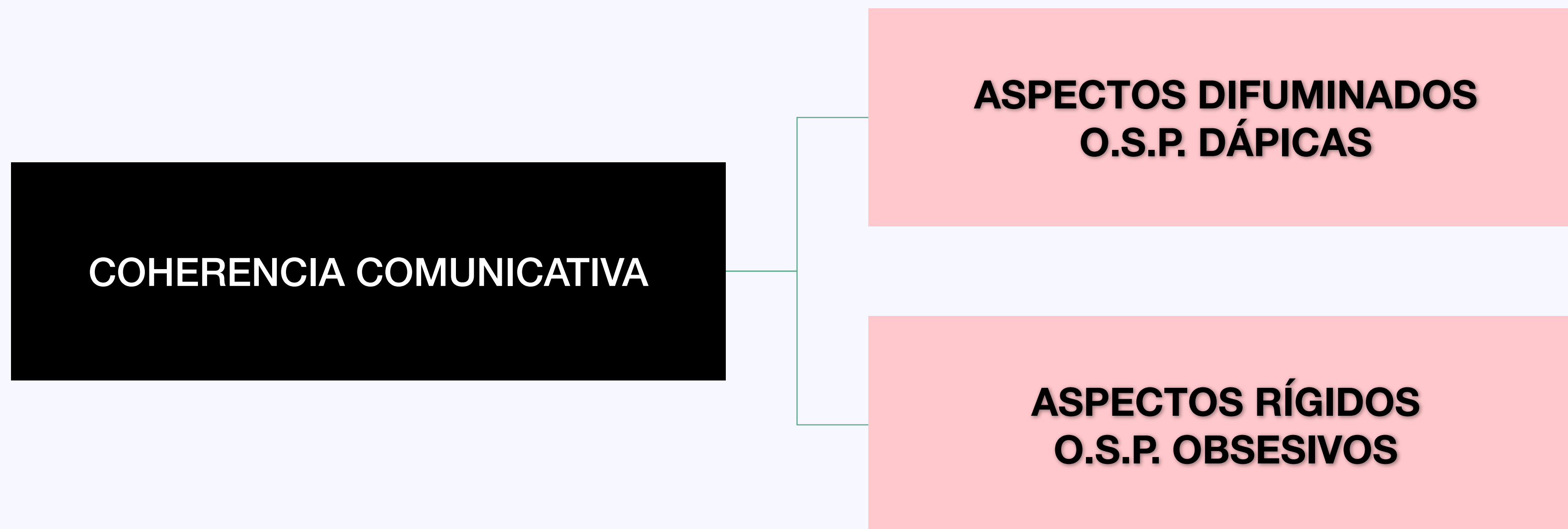
Otro aspecto importante, es la continua invasión e intrusión del espacio privado del niño, que es acompañado de un alto nivel de desconfirmación. La familia prioriza la imagen y no a la persona, y no considera lo que el niño piensa o cómo se siente. Siempre se le anticipa cómo tiene que pensar y sentir.

1.-Se muestran como niños perfectos y complacen a sus padres. Poseen una edad emocional inferior a la de sus coetáneos, y evita el contacto con éstos por temor a enfrentarse a ellos. Principalmente, se apega a los adultos.

2.- En la adolescencia el sentido de su sí mismo siempre es construido sobre criterios externos, no sobre criterios interiores, para cumplir con las expectativas de los otros. Las polaridades que se encuentran en esta organización son la necesidad de aprobación vs el temor al rechazo y el temor de exposición vs la sensibilidad al juicio ajeno. Tendrán prioritariamente trastornos con la alimentación preocupados siempre por su aspecto físico.

3.- En la edad adulta pueden dar lugar bien a criterios de anorexia, logrando un control absoluto o bien con atracones negando para sí cualquier posibilidad de controlar nada.





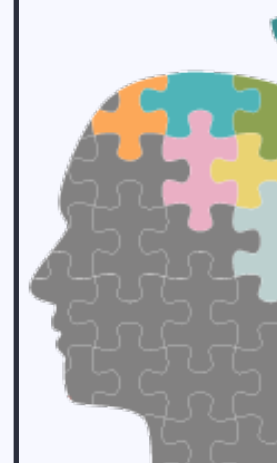
Estilo de personalidad DAP (desordenes alimentarios psicogenos)

**Sentido de si mismo basado en
corresponder a un marco de referencia
externo**

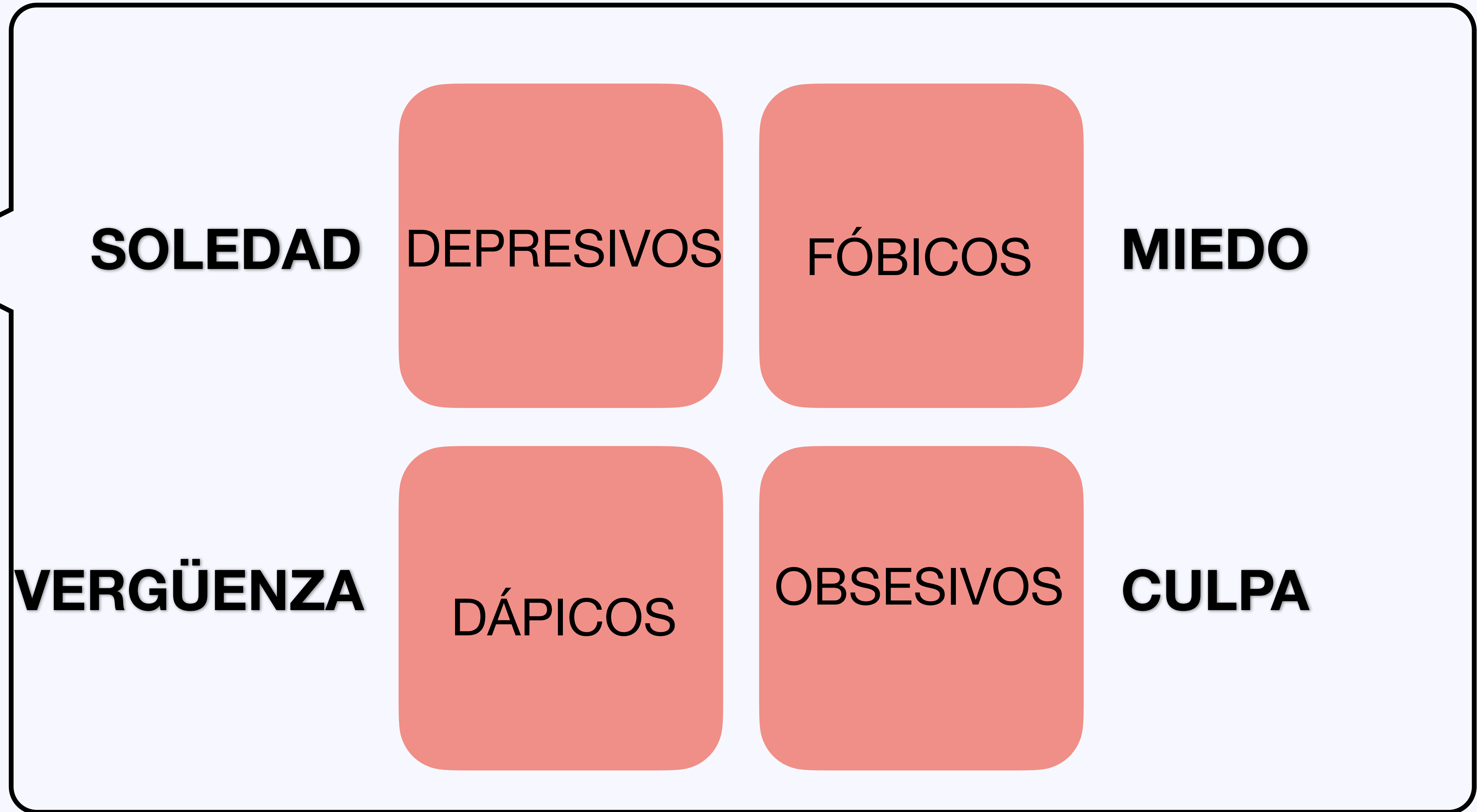
- No correspondencia: culpa/vergüenza,
inadecuación
- Correspondencia : autoestima/satisfacción
- Ausencia de un polo de referencia externo: vacío
- Definición totalmente externa de si : anulación

Regulación emocional y estilo de personalidad DAP

- culpa/vergüenza: cambio de la validación
del contexto
- culpa/vergüenza: búsqueda de una
referencia externa diferente/confirmación
externa
- anulación: oposiciónismo/ruptura relacional
- vacío: búsqueda de un polo de referencia
externo
- Contexto de vida : regula la confrontación/exposición
Aumento de la distancia respecto del otro



RABIA



TRASTORNOS ALIMENTICIOS Y DISOCIACIÓN

T

**TRAUMAS EN LO QUE HA ESTADO
LA VIDA O SE HA SENTIDO QUE HA
ESTADO EN PELIGRO**



J

**TRAUMAS SIN IMPORTANCIA PERO
QUE SUMADOS HACEN QUE LA
PERSONA SE SIENTA MUY INFELIZ**



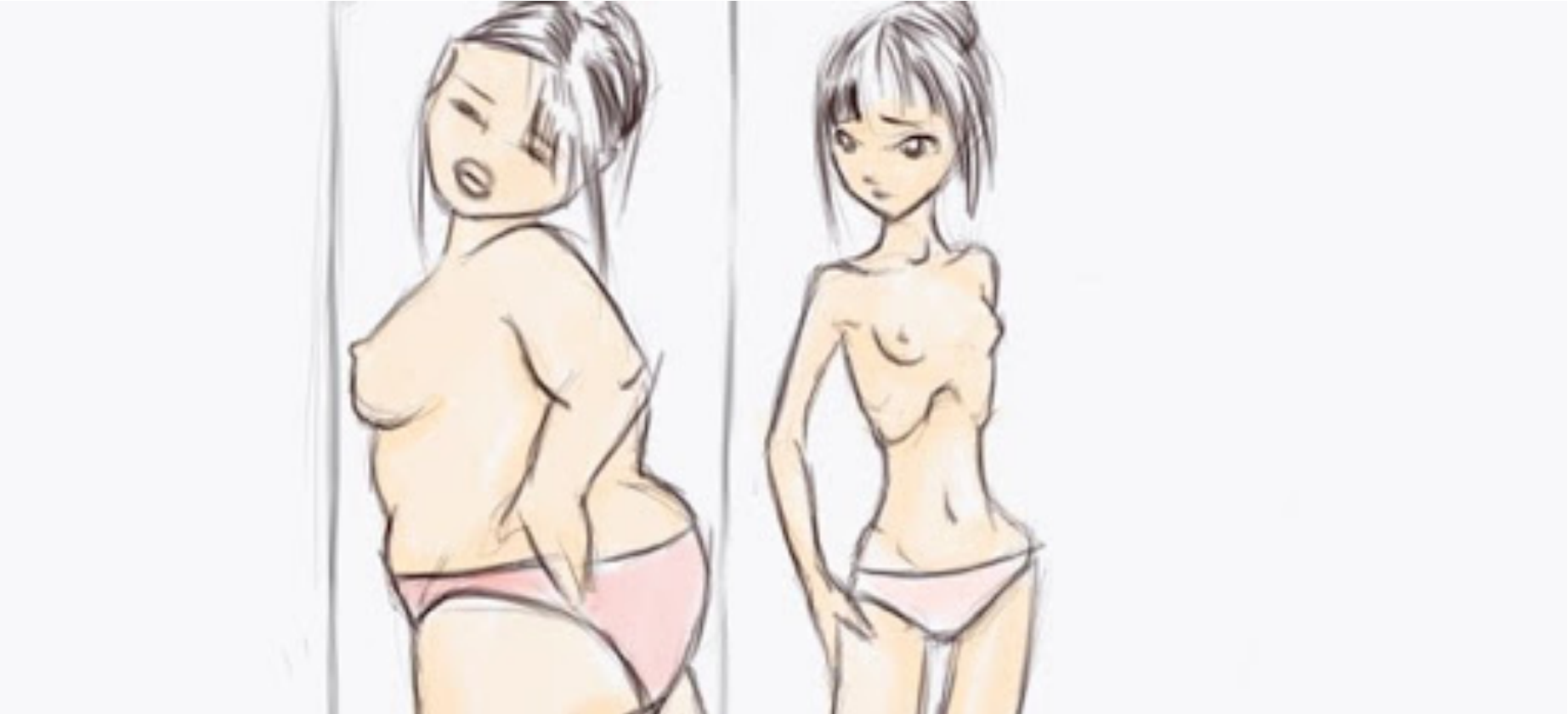
Disociación somática: Es el tipo de disociación más frecuente en los trastornos alimentarios. El cuerpo es percibido como extraño, no sentido como propio. En cambio, es percibido como un enemigo contra el que hay que luchar o como partes anestesiadas que pueden ser percibidas en estados no propios a nivel biológico

Fantasía disociativa: Es un tipo de disociación muy habitual en los trastornos alimentarios. En muchos casos pasa desapercibida debido a la falta de conciencia por parte de las pacientes. Es una defensa utilizada desde la infancia como lugar seguro cuando el mundo real ha dejado de serlo.

Distorsión de la imagen corporal: Esta es una disociación psicoforme, es decir, de naturaleza mental. La paciente percibe su cuerpo en unas dimensiones que no son las reales e idealiza un cuerpo con el que fantasea y que normalmente no suele corresponder con el real. Este tipo de disociación está asociado a la parte del yo rechazado.

Alexitimia: Las dificultades relacionadas con este tipo de disociación se centran en discriminar y expresar sentimientos, así como en diferenciar estados emocionales. Las pacientes tienen problemas a la hora de describir sus sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales.

Disociación somatoforme: Esta se diferencia de la disociación somática en que no presenta una percepción distorsionada del cuerpo. En este tipo de disociación la paciente proyecta su malestar en múltiples síntomas a nivel físico que generan una mala calidad de vida. Ejemplos de estos síntomas serían: dolor abdominal, náusea, dismenorrea, irregularidades menstruales, etc.



Descubre más en:
www.psicologomanuelhernandez.es

Manuel Hernández
GESTIÓN EMOCIONAL

La niña que nunca lo fue es la parte más dañada y la que más defensas suele generar. Es la parte que tiene como creencia “no acepto más límites que los míos”. La que contiene el dolor y la frustración de haber tenido que aprender a hacer las cosas sola.

La niña que no pudo crecer es la parte que no pudo hacer un desarrollo madurativo adecuado y la que muestra comportamientos poco apropiados a la edad de la paciente. A través del TA ha encontrado la atención que no recibió y a través de la comida un modo de que se la vea

La crítica patológica es la parte que se comunica a través de las críticas continuas. Es la crítica interna que juzga y bloquea la autoestima de la paciente. Esta parte filtra la realidad desde lo negativo

El yo rechazado es la parte que contiene la distorsión de la imagen corporal. Esta parte rechaza otra parte del pasado que representa un disparador para el rechazo. El espejo le devuelve la imagen de esta otra parte del pasado y es de esta manera como la persona continúa viéndose en el presente, aunque el cuerpo ya no sea el mismo cuerpo. Dependiendo de la paciente, esto puede mostrarse en diferentes niveles: desde una imagen corporal negativa que afecte al funcionamiento normal en la vida diaria de la persona, una distorsión de la imagen corporal en donde se pierde la perspectiva de las dimensiones corporales de tamaño y forma, hasta un trastorno dismórico corporal en donde la paciente está completamente limitada por el cuerpo o una parte del mismo que considera defectuosa.

El yo escondido es una parte muy frecuente en los TA que se desarrolla a temprana edad y está asociado a la creencia de “no me puedo mostrar ni destacar porque si lo hago me harán daño”. Es una parte que protege el mundo disociativo interno escondiéndose, no exponiéndose ni mostrándose.



SÍNTOMAS DISOCIATIVOS

DESPERSONALIZACIÓN

DESREALIZACIÓN

CONFUSIÓN DE IDENTIDAD

ALTERACIÓN DE IDENTIDAD

AMNESIA

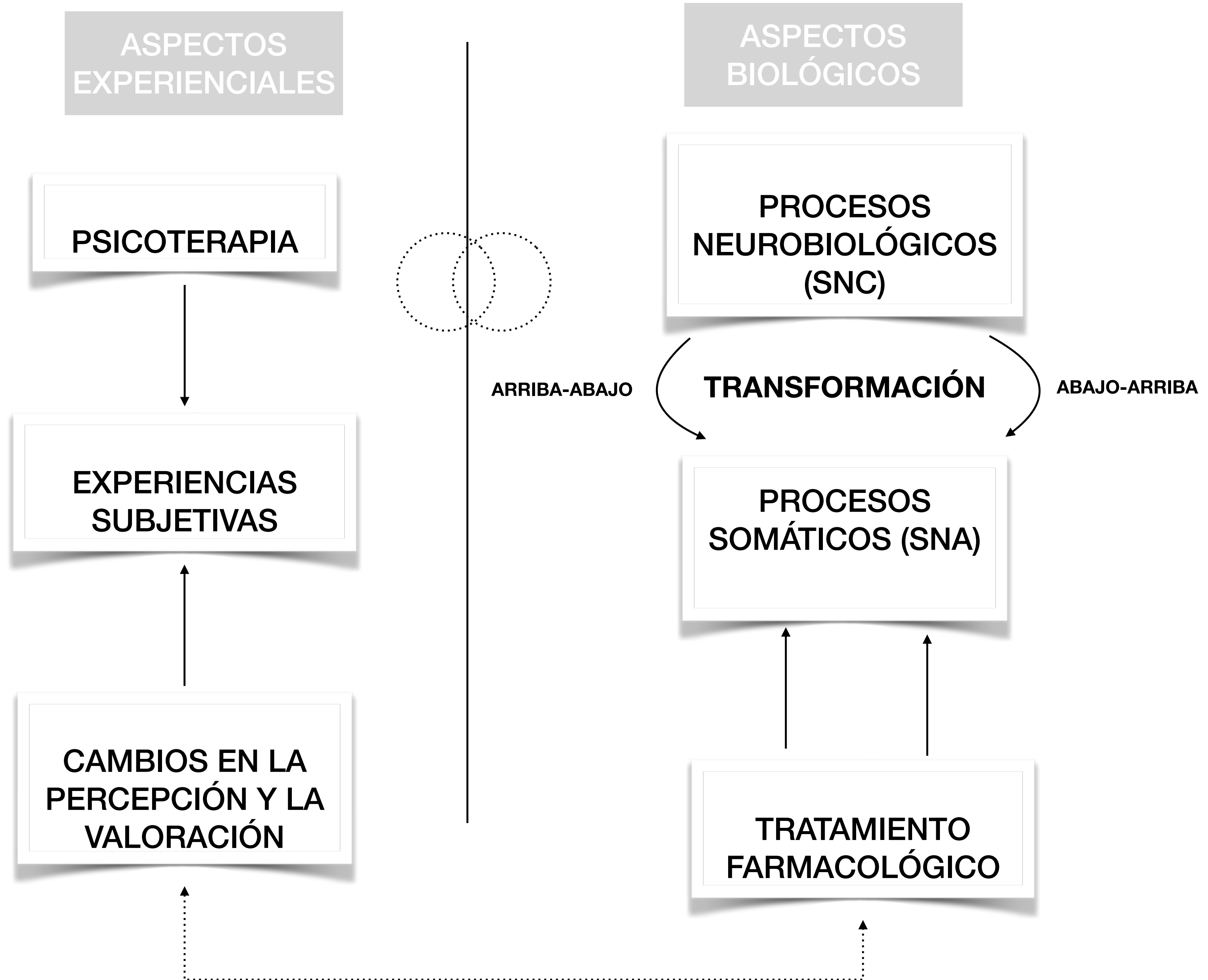


Continuó describiendo a cinco personas cuya identidad había adquirido en varias ocasiones:

- K: Este es el yo habitual de la paciente, descrito como gordo, feo, con baja autoestima, generalmente fuera de control y sin asertividad.
- S: Este individuo fue descrito como hostil, agresivo, vengativo, decidido a destruir a K. Ella fue considerada responsable de todo el comportamiento autodestructivo. Su objetivo era disciplinar a K por su mal comportamiento. Se decía que tenía 30 años y había estado presente durante tres años.
- G: Se la describe como una persona emocionalmente lábil, propensa a la culpa, que llora con facilidad y expresa mejor sus sentimientos por escrito.
- M: Es probable que este individuo, descrito como seductor, domine cuando K está en compañía de hombres. Tiene 30 años y apareció por primera vez en la menarquia de K a los diez años.
- L fue descrita como bulímica, con tendencia a acumular comida y exhibir un comportamiento de atracones-purga. Se decía que dominaba durante los períodos de depresión, soledad y aislamiento de K.



INTERVENCIÓN CON EL MODELO PARCUVE



TESTIMONIO DE UNA PERSONA ANORÉXICA

- Desde pequeña me ponía, o más bien no sé cómo, aprendí a ponerme un “casco” de moto o “auriculares”, para no escuchar nada y aislarme de todos y todas las cosas que me rodeaban porque no podía soportarlas más.

Ya era imposible aguantarlas más, y por no saltar con gritos o pataletas, así conseguía aislarme del mundo en general y de la gente que me rodeaba porque sino iba a explotar mi cabeza con tantas ordenes de todos lados (familia, amigos...).

A veces lo conseguía y bien, estaba muy relajada y tranquila, hacia las cosas a mi aire y mi ritmo sin que me presionaran diciéndome “esto es así o no lo es”.

Para cuando no daba resultado y no me dejaban a mi aire relajarme de todo (a mi modo), era peor, porque el rebote era más grande (la ira incontrolada, la furia, el odio, la venganza, reacción espontánea...), y no sabía que iba a hacer con todo eso, ni con lo primero (el casco), ni con lo segundo (quitármelo y estallar por ello).

Así seguí durante la mayor parte de mi infancia, adolescencia y vida adulta. No tenía intimidad, no controlaba nada en mi vida, era un caos, y con las mudanzas se agravaron aún más las situaciones que se presentaban casi a diario, ya no era tanto la (niña buena) como antes lo era, come y calla y haz lo que se te diga y punto.

Pero ya me harté sobre todo cuando me bajó la regla por primera vez casi con 15 años. La odiaba porque no estaba preparada para lo que se avecinaba, encima siendo ya una mujer todos los meses, estaba asustada y asqueada no la soportaba, era algo asqueroso y no deseado, me ponía enferma cada vez que me venia y encima operada de una fistula anal era mas graciosa aun la situación, porque nadie me entendía. Solo veían que ya era mujer, pero no que sentía por dentro, como cuando me ponía los cascos y me aislaba de todo. Volví a intentarlo, pero cuesta más esta vez por ser más grande estos problemas, etc.

Así, poco a poco los cascos me llevaron a la anorexia y bulimia, porque me daba asco mi cuerpo, no lo sentía mío ni estaba cómoda dentro de él.

Fue el golpe más duro de pequeña, porque todo esto a ha sido lo que me llevado a lo que soy hoy, un asco de persona en todos los sentidos, porque siento todo el día que no valgo para nada y no que no merece la pena seguir luchando. Para que, si lo único que ronda en mi cabeza es que estoy muy gorda, que no quiero comer nada, beber lo justo para no engordar, y cuando me pasa, me reboto aun mas conmigo misma y los de alrededor no los aguanto, no soporto comer con nadie.

Sola si me relajo, pero con la familia o gente (sea campo, restaurante para celebrar algo por ejemplo o salir por ahí a comer, cenar y vacaciones), me pongo histérica porque mi cabeza no para de dar vueltas que estaré muy gorda o me pondré gorda, y mi familia disfrutando de la comida como el resto de la gente. No lo aguanto más, y cada día menos aún, aunque me lleven a la tumba los sueros o batidos, pero comer solido no puedo ahora mismo ni mañana, ni en un futuro, me da pánico hacerlo y no sé a quién contárselo ni cómo hacerlo, porque todos esperan que coma, me recupere poco a poco, gane peso y sea todo como antes, y yo eso es lo que le temo más que a nada ahora, me pone histérica la comida y la odio.

-

- Tuve una época cuando salía que era una obsesa compulsiva del peso. Quería estar con cualquier tío y hacerlo, me daba igual quien fuera, su raza o su edad, solo pensaba en el sexo.

Como me creía el “patito feo”, quería demostrar que también podía ser como ellas. Aunque mi corazón estuviese vacío, luego me sentía bien cuando lo hacía, como un chute de adrenalina, aunque después me sentía como una mierda cuando todo pasaba y volvía a la tierra otra vez. Por eso me gustaba el coqueteo y la labia, seguir el rollo para ver si merecía la pena o no llegar más allá.

- Cuando montaba de pequeña en bicicleta con 4-5 años, recuerdo que cuando me sentaba en el sillín, solo el roce en mis partes me producía excitación y dolor al mismo tiempo. Me gustaba, pero me sentía un poco culpable por lo que sentía, tal vez sea por eso que, a día de hoy, al mantener relaciones sexuales con mi pareja, me sienta forzada, como que me están violando a la fuerza y siento dolor en el corazón

Mi cabeza no para de pensar que soy una puta repugnante y me odio por ello y no disfruto de las relaciones casi nunca.

Sea o no con mi pareja, porque luego, pasé otra etapa donde irme con un tío a acostarme que no fuese mi novio era para mi impensable y super estresante, no podía.

Hoy sigo igual ¿Qué es un orgasmo? Yo no lo se aun... porque miro solo por ellos, darlo todo para ser buena, aunque sienta que me violen o disfrute un poquito. No me gusta practicar el sexo por eso, porque estoy harta de sentirme así en mi cabeza durante y después de hacerlo con quien sea, no compensa.

- Me veo de pequeña con 6 años comiendo siempre lo que me daban en el plato sin pegas, lo sueño mucho y es algo que me sigue acompañando hoy día como lo hacía callada.

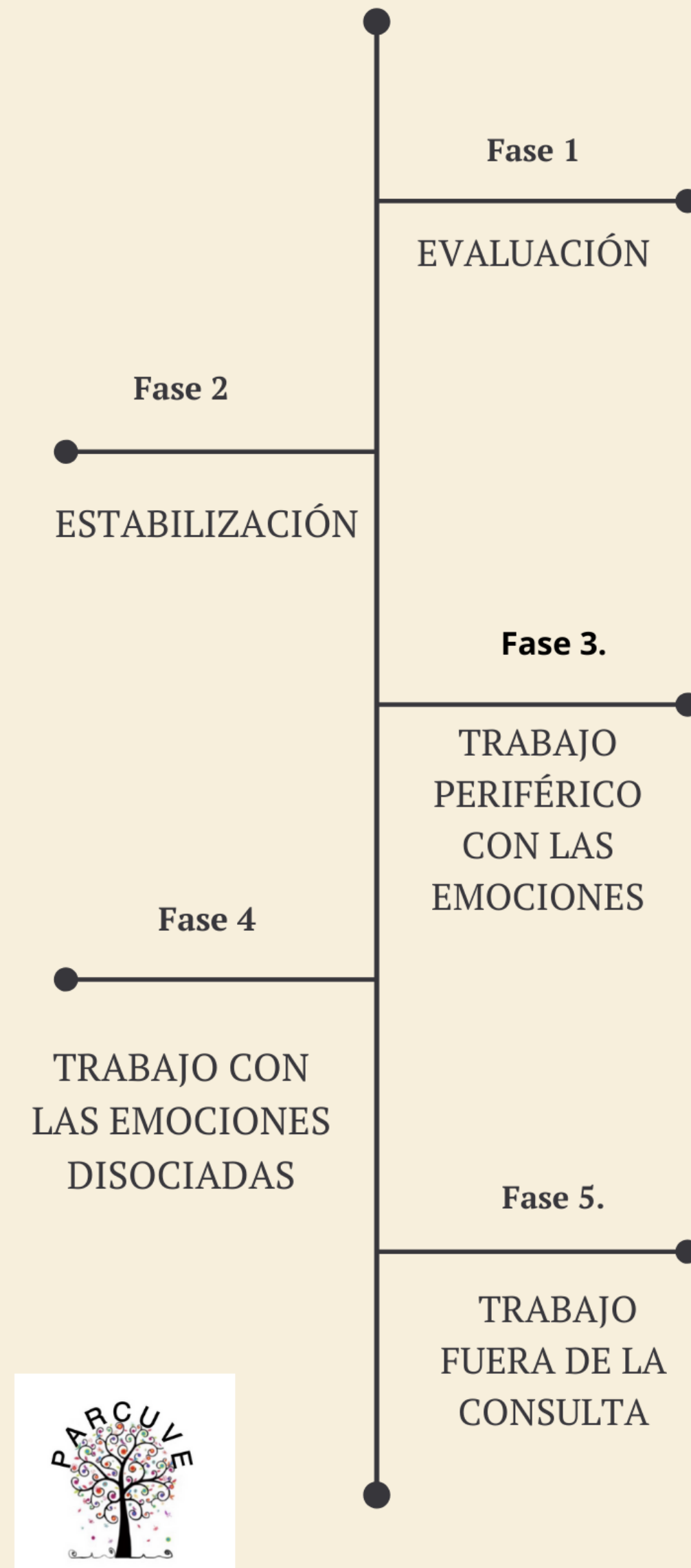
- Sigo soñando y pensando todos los días y a todas horas con la comida. No puedo ni verla ni olerla, ni cocinarla, me da asco.

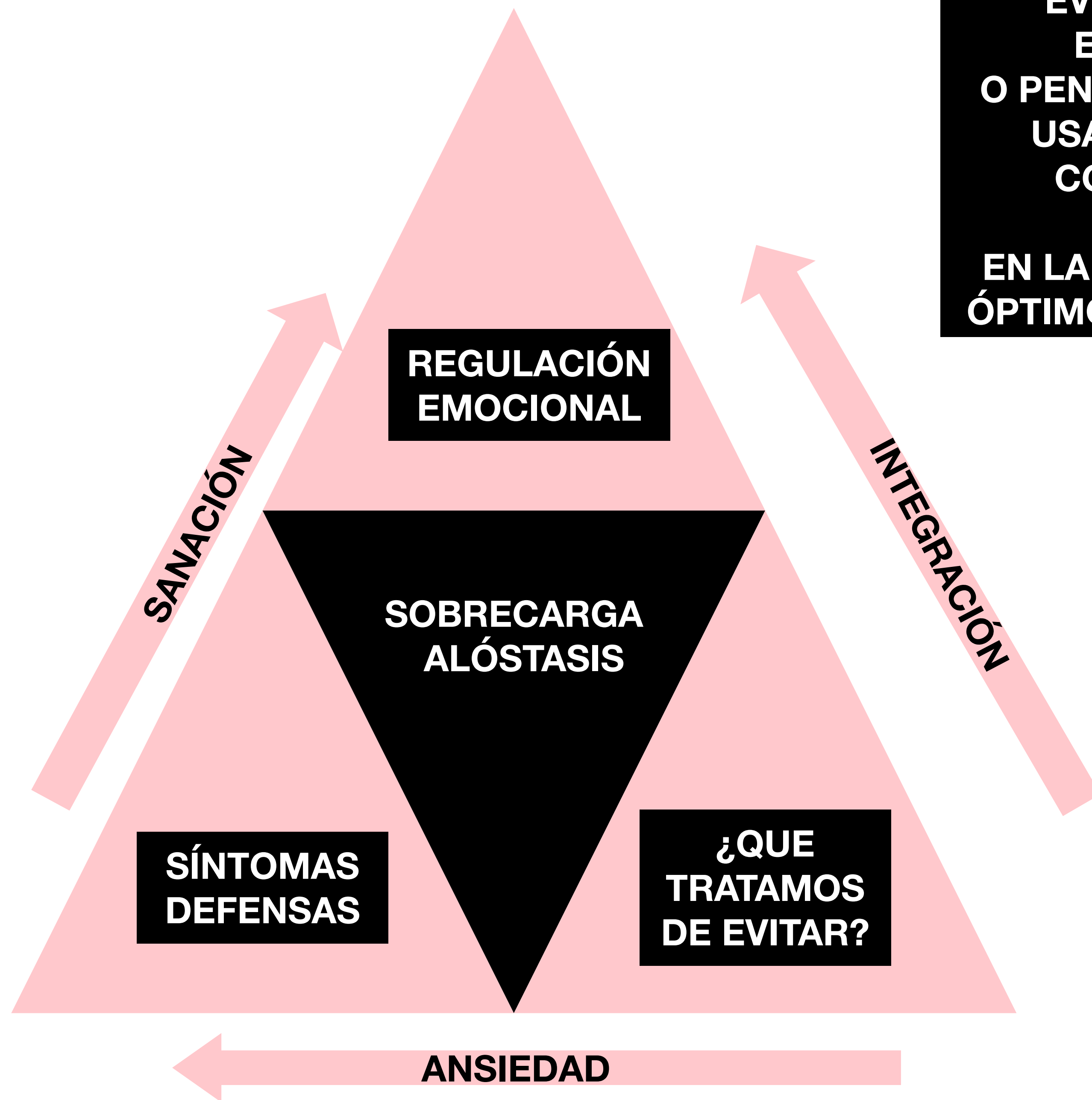
Juntarnos todos en familia no pudo con ello, lo odio con locura y tengo que tragarme eso para ir y estar con ellos juntos en lo que sea y donde sea (restaurante, hotel, campo...).

Cada vez que lo siento lo odio más y lo temo más aun, no lo soporto, quizá por eso esté hoy así, porque no aguantaba mas con esto y mas cosas que esto trae consigo añadido “LO ODIO”.

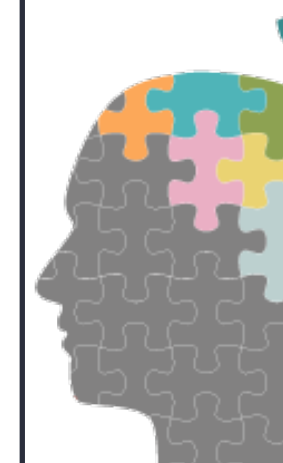
- Se me repite mucho el sueño de estar muerta, darme instrucciones que tengo que seguir cuando despierte para seguir viva, aunque mi hora no haya llegado y me quede mucho por hacer todavía. No me dejaban pasar el “umbral” (lo veía, pero no podía pasar) y era lo único que quería hacer, porque estaba harta del mundo donde no me quedaba más nada por hacer.
- He sentido mucho miedo cuando estaba durmiendo en pleno sueño, porque no podía mover el cuerpo, se me había dormido todo, y me pesaba, pero no despertaba, simplemente se me aparecía siempre la misma imagen nada agradable de serie de terror o miedo, y era una imagen que no tocaba el suelo, flotaba rodeada de niebla y nichos. A veces, la imagen se presentaba con capucha negra y cinturón blanco, no se veía la cara, y llevaba la guadaña en las manos cadavéricas que se iban acercando a mis pies mientras me advertían de que vendría a por mí pronto o de que algo malo ocurriría ese día.

FASES DEL MODELO PARCUVE





LAS PERSONAS TRATAN DE EVITAR ALGO (SENSACIONES, EMOCIONES, CONDUCTAS O PENSAMIENTOS. PARA LOGRARLO USAN A SU VEZ SENSACIONES, CONDUCTAS, EMOCIONES O PENSAMIENTOS. EN LA PARTE SUPERIOR ESTARÍA LO ÓPTIMO, EN LA BASE LO PATOLÓGICO



1

COSIFICACIÓN DE LA EMOCIÓN.

SE LE DA FORMA FÍSICA A LA EMOCIÓN
¿Si tuvieras que darle forma a esa emoción como sería?

2

EVALUAMOS SI HAY FOBIA HACIA ESA PARTE

PREGUNTAMOS QUE SE SIENTE HACIA ESA PARTE
¿Qué sientes hacia esa parte? ¿Cariño?
¿Miedo? ¿Rabia? ¿Vergüenza?

3

EVALUAMOS QUE SIENTE ESA PARTE HACIA LA PERSONA

PREGUNTAMOS QUE SIENTE ESA PARTE HACIA LA PERSONA
¿Qué siente esa parte hacia ti? ¿Desprecio?
¿Vergüenza? ¿Miedo?

4

TRABAJAMOS LAS FOBIAS SI LAS HUBIERA

HACEMOS PSICOEDUCACIÓN DE PORQUE EXISTE ESA FOBIA, SI LA HUBIERA.
Si hubiera fobia explicamos el papel que tuvo que hacer esa parte. Y porque sienten eso el sujeto y la parte que representa la emoción. Si no hay fobia o está resuelta se sigue adelante

5

PREGUNTAMOS QUE EDAD TIENE ESA PARTE

¿QUE EDAD TIENE ESA PARTE?
Esto nos indicará cuando apareció el síntoma o esa emoción fue necesaria

METODO PARCUVE

TRABAJAR EL TRAUMA PSICOLÓGICO

6

PASAMOS A TRABAJAR DIRECTAMENTE CON LA PERSONA DE ESA EDAD

PREGUNTAMOS: ¿QUE OCURRIÓ A ESA EDAD?
Dejamos que la persona nos lo cuente

7

SE EVALUA DE NUEVO SI HAY FOBIA HACIA LA PERSONA QUE SUFRIÓ LA EMOCIÓN

SE LE DA FORMA FÍSICA A LA EMOCIÓN
¿ PREGUNTAMOS: QUE SIENTES TU HACIA ESA PERSONA DE AÑOS?
De este modo evaluamos si hay fobia a los recuerdos traumáticos.

8

SE VUELVE A TRABAJAR LA FOBIA SI LA HUBIERA

SE HACE PSICOEDUCACIÓN CON LA SITUACIÓN QUE VIVIÓ LA PERSONA EN ESE MOMENTO
¿Sabiendo lo que sabes ahora? ¿Qué hubieras hecho? ¿Qué aprendiste de esa experiencia?

9

SE TRABAJAN TÉCNICAS DE REPROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN DISFUNCIONAL

VAMOS A TRATAR DE QUITARLE EL PESO QUE LLEVA ENCIMA
Vamos a convertir ese trauma en un aprendizaje

10

TRABAJAMOS LAS FOBIAS SI LAS HUBIERA

HACEMOS PSICOEDUCACIÓN DE PORQUE EXISTE ESA FOBIA SI LA HUBIERA.
Si hubiera fobia explicamos el papel que tuvo que hacer esa parte. Y porque sienten eso el sujeto y la parte que representa la emoción. Si no hay fobia o está resuelta se sigue adelante

11

SE PROUCE LA CONEXIÓN ENTRE LA PARTE DISOCIADA Y EL ADULTO

SE PRESENTIFICA A LA PARTE.
¿Sabe esa parte quién eres tú? ¿Sabe la edad que tienes ahora? ¿Sabe qué sois la misma persona?

12

SE EVALUA SI HAY PARTES CON EDADES INFERIORES QUE CONTENGAN LA EMOCIÓN NEGATIVA

¿HAY ALGUNA PARTE MÁS JOVEN QUE CONTENGA ESA EMOCIÓN NEGATIVA?
Pregúntale si hay alguna parte que contenga esa emoción y vamos a ayudarla

13

SE CIERRA EL PROCESO Y SE DAN INSTRUCCIONES DE COMO CONTINUAR EN EL PRESENTE

SE ENSEÑA A COMO REGULARSE DE FORMA ADECUADA CUANDO APAREZCA ESA SENSACIÓN.
Se enseña a la persona a hablar consigo mismo de un modo diferente y por tanto a regularse de un modo más adaptativo y sano.

X