

FORMACIÓN EN PSICONUTRICIÓN ESTRATÉGICA

para nutricionistas y psicólogas



Kokoro

SHEILA MULERO

ÍNDICE

FASE 1. PSICONUTRICIÓN: Conceptos clave para formar parte de la revolución en la cultura de la dieta.

- 1.1. Psiconutrición
- 1.2. Pesocentrismo y estigma de peso
- 1.3. Gordofobia
- 1.4. Mentalidad de dieta
- 1.5. Cultura de dieta
- 1.6. Salud en todas las tallas
- 1.7. Alimentación intuitiva
- 1.8. Salud holística

FASE 2. NUTRICIÓN: El vínculo con el nutricionista como pilar para mejorar la salud mental desde la alimentación.

- 2.1. La importancia del vínculo con la persona acompañada
- 2.2. ¿Mi paciente tiene un problema en su relación con la comida?
- 2.3. Qué potenciar y evitar en consulta
- 2.4. Derivar: cuándo y cómo
- 2.5. Enseñar a tu paciente a “des-dietarse”

FASE 3. PSICOLOGÍA ESTRATÉGICA: La perspectiva integrativa para detectar y sanar los TCA

- 3.1. Introducción a la Terapia Breve Estratégica
- 3.2. Trastornos Alimentarios desde la TBE
- 3.3. Otros trastornos asociados desde la TBE
- 3.4. Introducción a la perspectiva integrativa

01.

PSICONUTRICIÓN

Conceptos clave para formar parte de la revolución en la cultura de la dieta.

Conducta alimentaria

PSICOLOGÍA

Cómo como, por qué, desde dónde...
Cómo me relaciono con mi forma de comer
Qué relación tiene con mi gestión emocional, formas de relacionarme, apegos, traumas, infancia...
Cómo me hablo o concibo por ello.
Cómo es la alimentación en mi familia-entorno cercano y qué educación me han dado el respecto... (sentido de pertenencia e identidad)
Qué relación tengo con mi cuerpo, cómo se vincula mi forma de verme, sentirme, conocerme y aceptarme
Y cómo se relaciona todo esto con mi forma de comer...
Cómo esto afecta a mi autoestima...
Cuáles son mis patrones de comportamiento (por áreas) o de mi personalidad (ego)...
Qué educación he tenido respecto a la importancia del cuerpo, la imagen, el éxito, la salud, el dinero...
Cómo me vinculo con el ejercicio, desde dónde, para qué...



NUTRICIÓN

Qué como
Cómo como
Por qué
Desde dónde
Cómo me siento con mis elecciones
Cómo me relaciono con la comida
Cómo me relaciono con mi cuerpo
Qué necesita mi cuerpo
Cómo buscar la forma de dárselo
Qué otras formas de cuidarme tengo
Aprender sobre mi biología y necesidades de mi cuerpo
Empoderarme con conocimientos
Trabajar en implementar hábitos saludables para mí
Trabajar en la reeducación alimentaria fuera de la cultura de la dieta
Entender todo lo que condiciona mi forma de comer...
Qué educación he tenido respecto a la nutrición y la salud

An iceberg diagram with a jagged top and a dashed outline for the submerged part. A yellow banner is placed across the top of the iceberg.

“PROBLEMAS CON LA COMIDA”

**SISTEMA MÉDICO PESOCENTRISTA
GORDOFOBIA
CULTURA DE DIETA
MACHISMO-PATRIARCADO-VIOLENCIA
ESTÉTICA
NULA EDUCACIÓN EMOCIONAL-
NUTRICIONAL**

1.1 ¿Qué **ES** la Psiconutrición?

Trabajo conjunto en equipo de Psicólogx Sanitarix y Nutricionista.
Puede hacerlo una misma persona con ambos grados o licenciatura pero es más complejo.

Habilitación para trabajar en el sector sanitario:

- **PSICOLOGÍA:** Grado+Máster General Sanitario, habilitación sanitaria, PIR.
- **NUTRICIÓN:** Grado de nutrición y dietética o Técnico Superior de dietética(*)

La importancia de la Psicología en el ámbito de la Nutrición:

- La Psicología de la Conducta Alimentaria no estudia Nutrición pero sí **cómo afectan las emociones, conductas**, así como nuestro **contexto social y relaciones** a la forma de comer y alimentarnos.
- Sin tener en cuenta la relación con la que se vincula el paciente con la comida, de dónde viene, cómo son sus referentes, que le ha pasado a lo largo de su vida, cómo esto le ha condicionado y afectado en su autoconcepto, autoestima y desarrollo personal... Es imposible determinar cómo o qué necesita añadir o potenciar en su patrón dietético. **Primero la relación con la comida, luego la “calidad” de esta.**
- No hay salud sin salud mental.
- Ayuda al **autoconocimiento** del paciente (y del propio DN): conocer las propias emociones, la gestión de ellas, las creencias (limitantes o no), los pensamientos sabotadores y la capacidad de cuestionarlos, los motivos que mueven a la consulta del nutricionista, desde dónde se originan...
- Aporta a un **autocuidado holístico y duradero**.

¿Por qué fallan tanto las dietas? ¿Por qué hay tantas personas que desaparecen y vuelven a aparecer en consulta de pérdida de peso? ¿Por qué tantas personas recuperan el peso perdido o nunca consiguen bajar de peso? ¿Por qué cada vez estadísticamente hay más “sobrepeso y obesidad”?

La psique humana en conexión con nuestro cuerpo (biología) tiene todas las respuestas para entenderlo. Vamos a por ello.





1.1 ¿Qué **NO** es la Psiconutrición?

- Comer de forma “x” para sanar “x”.
- Que un paciente visite a diferentes profesionales para trabajar el mismo tema pero que entre ellos no se conocen, no se comunican o que difieren en sus posturas teóricas y en sus herramientas de trabajo, eso sería una **derivación**.
- Trabajar de forma desarticulada y bajo marcos teóricos muy diferenciados no funciona y crea mucha confusión en el paciente.
- Para un psicólogo hacer psiconutrición NO ES: dictar pautas dietéticas, no va a sugerir cambios corporales ni enfocados en el peso, no va a hablar mal del programa de alimentación, no va a prohibir o sugerir abstinencia de “x” alimento porque no se sabe desde el punto nutricional y metabólico las descompensaciones que puede tener.
- Para un nutricionista hacer psiconutrición NO ES: entretenerse a hacer terapia, dar consejos, dar nuestra opinión porque si. Cuando se establece un buen vínculo los pacientes suelen abrir temas que son dolorosos ahí lo que le toca es dar contención y dirección hacia que lo pueda traer a terapia y manejarlo allá. No indagar más, no forzar a hablar de ciertos temas, aunque lo detectemos, abrir un proceso es relativamente fácil, cerrar es complicado.
- Mezclar términos técnicos de diagnóstico psicológico tipo: “comes ansioso”, “eres dicotómico”, “tienes un TOC con los alimentos”... porque no sabemos del impacto que pueden tener estas palabras.
- Relacionarlo todo con el eje intestino-cerebro.

1.2 Pesocentrismo y estigma de peso

Diccionario

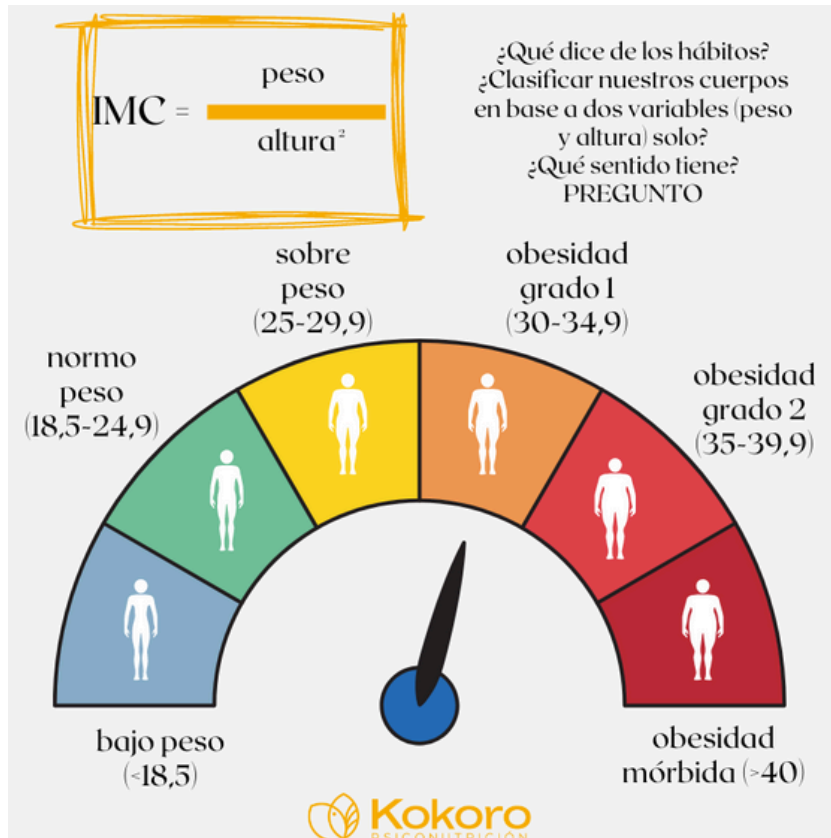
Definiciones de la Real Academia Española · Más información

 peso

1. *nombre masculino*
Fuerza con que la Tierra atrae a un cuerpo.
2. *nombre masculino*
Fuerza de gravitación universal que ejerce un cuerpo celeste sobre una masa.

Similar: [gravedad](#) [gravitación](#) [pesadez](#) [pesantez](#)

“El mayor peso que tienes que quitarte es el de la cabeza”



Es clasista, machista, racista y capacitista
(todas las discriminaciones posibles)

En una primera fase de cambio de perspectiva hacia una salud integrativa se añade el “no es lo mismo peso que grasa o masa muscular” y aunque es cierto, seguimos simplificando demasiado...

¿Qué es salud? Hábitos saludables

Estigma: Discriminación (actitudes y creencias negativas sobre los demás) en función de su peso, forma y / o tamaño corporal.

Factores mantenedores del estigma de peso:

- Información errónea desactualizada sobre los mecanismos que regulan el peso y la fisiopatología del tejido adiposo.
- Intereses de la industria de los medios de comunicación/ adelgazamiento.
- Uso el IMC como indicador individual de salud.
- Mensajes de salud pública para el control del peso.
- Mensajes de salud pública que provocan miedo (“epidemia de obesidad”, “crisis de obesidad” infantil).
- Falta de legislación / políticas para prevenir el estigma del peso.

Consecuencias de la estigmatización:

- Aumento de peso, riesgo de diabetes, niveles altos de cortisol, de estrés oxidativo (proteína C-reactiva), inflamación, depresión, ansiedad, insatisfacción de imagen corporal y menores niveles de autoestima.
- Cambios de humor y evitación de conductas de salud generando: desórdenes alimentarios, evitación de la actividad física, percepción de autoeficacia disminuida en torno a estilos de vida saludables, evitación de las consultas médicas para mejorar la salud.
- Desequilibrio en las conductas que favorecen un estatus nutricional óptimo.
- El estigma de peso aumenta la morbilidad y la mortalidad.

¿Ob*sidad?

Asociación o correlación no implica causalidad



¿Ob*sidad?

¿Factor de riesgo o enfermedad?

¿Considerar la obesidad una enfermedad, qué impacto tiene en las personas, la sociedad, la industria farmacéutica, la industria de la belleza?

¿ El método diagnóstico está actualizado, es efectivo?

¿Las líneas de tratamiento tradicionales son óptimas, efectivas, seguras?

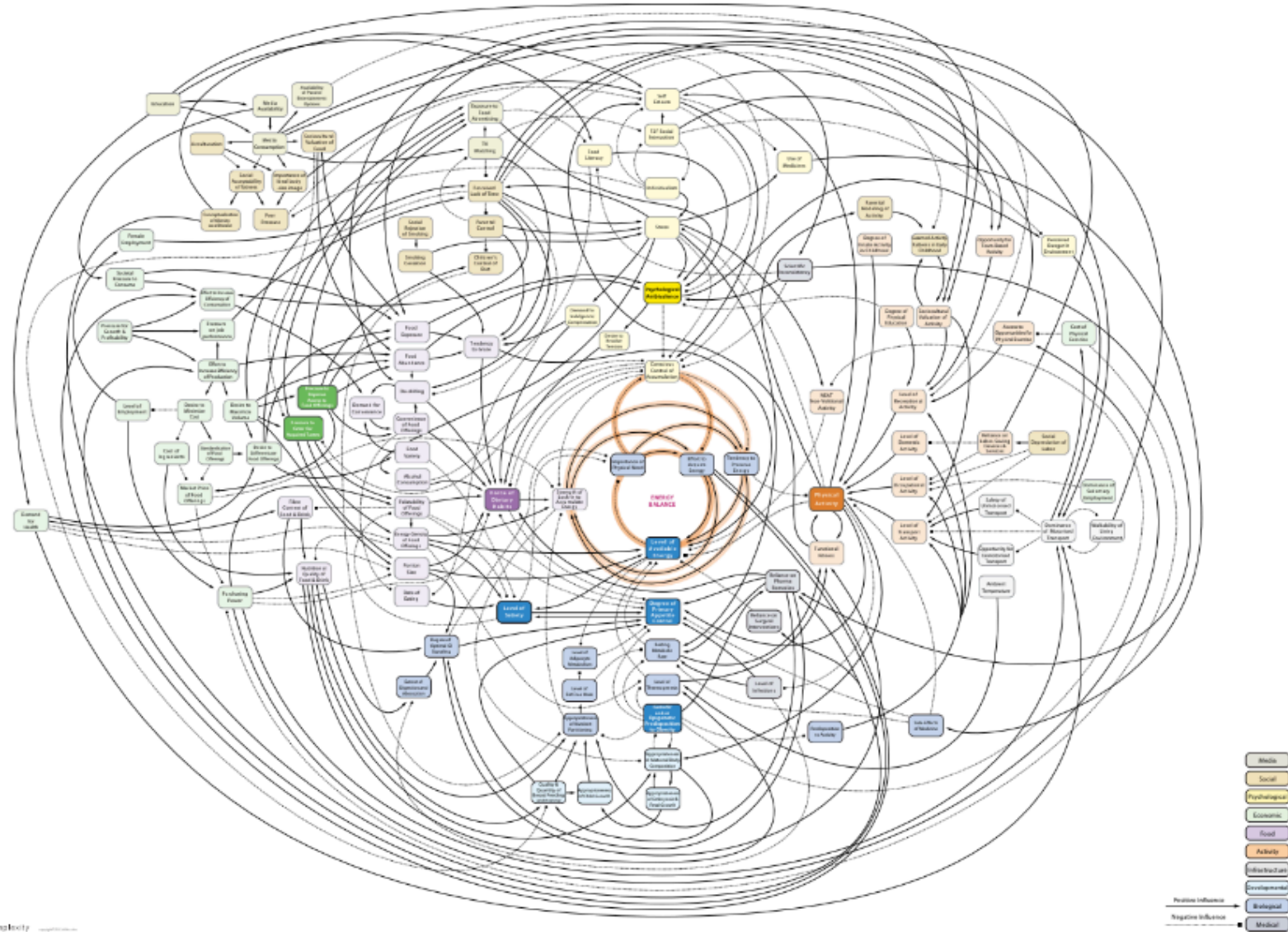
¿Todas las personas con dx de Obesidad comparten mismos marcadores a nivel metabólico?

¿ Existen sesgos en las investigaciones científicas?

¿ Las investigaciones conducidas por personas que poseen sus propios sesgos, creencias, expectativas pueden ser neutrales?

DIAGRAMA DE LA OBESIDAD

Obesity System Map



“Paradoja de la obesidad”: ¿Efecto protector de la grasa en algunas patologías como IC o demostración de la evidente gordofobia del sistema médico de salud pesocentrista?

Perspectiva de la bioética en consulta:

- Principio de no maleficencia
- Principio de beneficencia
- Principio de respeto a la autonomía
- Principio de justicia

**Sesgo en la investigación clínica: Falacia de la evidencia incompleta (cherry picking);
Correlación no implica causalidad.**

***Recordatorio: leer más sobre falacias.**

**“Si los hechos no concuerdan con la teoría, peor para los hechos”
Hegel**

Como profesionales sanitarios es importante revisar el propio estigma y sesgo de peso y/o otros sesgos.

¿Donde se da frecuentemente el estigma de peso ?

En atención sanitaria:

Se ha encontrado que los profesionales de la salud, como médicos, enfermeras, dietistas y profesionales del ejercicio, tienen altos niveles de opiniones estigmatizantes sobre el peso, específicamente actitudes y creencias de que las personas con pesos más altos son personalmente responsables de su peso.

Estos puntos de vista han dado lugar a una peor atención para las personas con cuerpos más grandes, ya que se pasa menos tiempo, se hacen menos derivaciones, se administran menos tratamientos y las personas evitan la atención médica debido a estas experiencias pasadas.





Mini curso: Sesgo de peso en la Atención Clínica

Guía gordofobia médica

Para consultas libres de estigmas de peso:

- Darle voz a esta dificultad añadida, este estigma existe y ese desprecio, maltrato a las personas gordas no es nunca justificable.

- Buscar claves de actuación para ayudar en lo posible.

- Respetar la diversidad corporal.

- Reflexionar y ser críticos con nuestra forma de verlo y nuestra “verdad” y creencias.

- Cuidar nuestro vocabulario.

- Promover una imagen corporal positiva (desde el cuidado y mimo, no de la bajada del peso).

- Plan alimentario: desde el cambio de hábitos y no el cambio de peso.

- Recomendar desde la responsabilidad.

- Ejercicio: desde el disfrute.

Herramientas para profesionales:

Prueba de Asociación Implícita (IAT) Auto valoración de SESGOS

Guía Médica para valorar sesgo de peso. UCONN Rudd Center. 2020

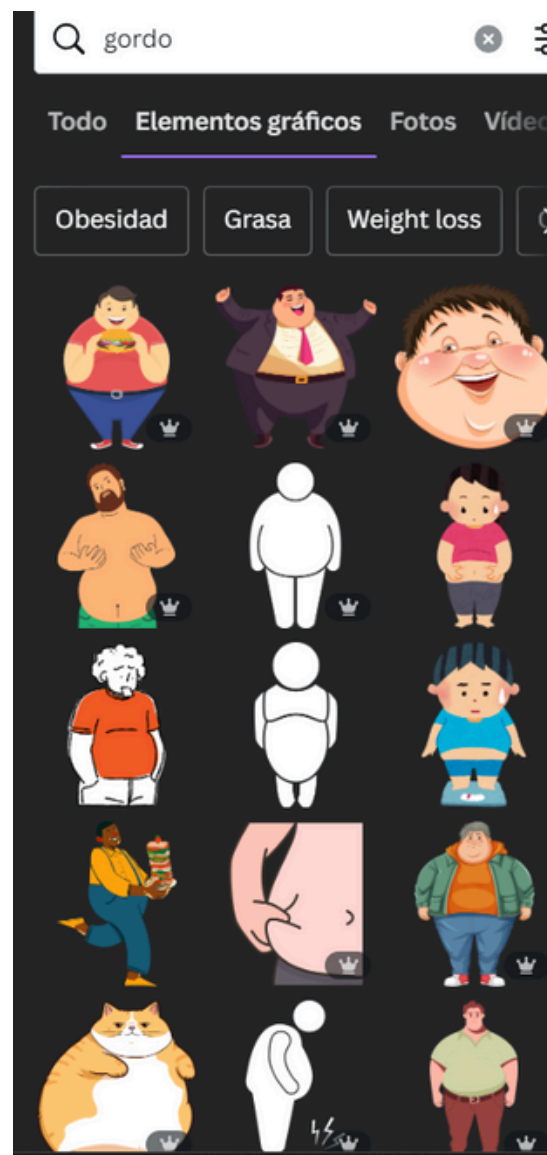
- Anti-fat Attitudes Questionnaire (AFA)¹
- Anti-fat Attitudes Scale (AFAS)²
- Anti-fat Attitudes Test (AFAT)³
- Attitudes toward Obese Persons Scale (ATOP)⁴
- Beliefs about Obese Persons Scale (BAOP)⁵
- Fat Phobia Scale – short form⁶
- Universal Measure of Bias-Fat Scale (UMB-FAT)⁷
- Weight Bias Internalization Scale (WBIS)⁸
- Weight Bias Internalization Scale – Modified (WBIS-M)⁹
- Stigmatizing Situations Inventory (SSI)¹⁰
- Stigmatizing Situations Inventory- Brief (SSI Brief)¹¹

- ¿Qué suposiciones hago basándome únicamente en el peso con respecto al carácter, la inteligencia, el éxito profesional, el estado de salud o el estilo de vida de una persona?
- ¿Mis suposiciones podrían estar afectando mi capacidad para ayudar a mis pacientes?
- ¿Qué tan cómodo me siento trabajando con pacientes de diferentes tamaños?
- ¿Qué tipo de retroalimentación les doy a los pacientes con obesidad?
- ¿Doy retroalimentación adecuada para fomentar un cambio de comportamiento saludable?
- ¿Soy sensible a las necesidades y preocupaciones de las personas con obesidad?
- ¿Tengo en cuenta todos los problemas que presenta el paciente, además del peso?
- ¿Cuáles son mis puntos de vista sobre las causas de la obesidad? ¿Cómo afecta esto mis actitudes hacia las personas con obesidad?
- ¿Trato al individuo o sólo a la condición?
- ¿Cuáles son los estereotipos comunes sobre las personas con obesidad? ¿Creo que esto es verdadero o falso? ¿Cuáles son mis razones para esto?

1.3. Gordofobia

Todas aquellas prácticas, discursos y acciones que burlan, marginan, estereotipan, prejuzgan, humillan, rechazan, maltratan, invisibilizan, patologizan, excluyen... A las personas gordas por el hecho de serlo.

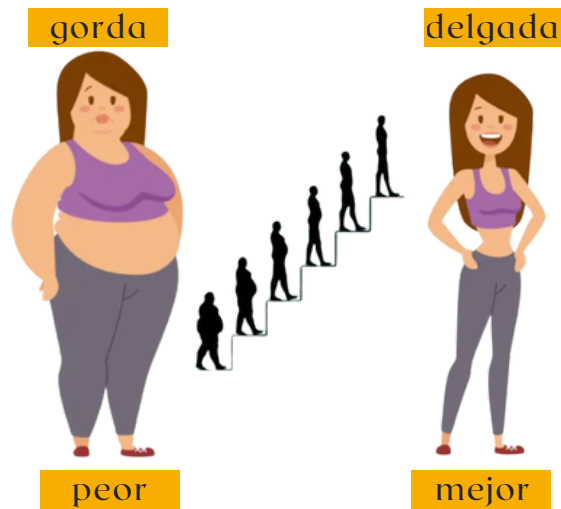
- La gordofobia es el odio, rechazo y violencia que sufren las personas gordas por el hecho de ser gordas. Es una forma más de discriminación.
- Nadie nace odiando/rechazando su cuerpo.
- Educación en inclusión, valores, respeto a todas las personas.
- Historia traumática con el bullying, restricciones desde pequeñxs.



¿Qué esconde la gordofobia?

1. **MIEDO** a perder los **privilegios** sociales como es que no te acosen, no duden de tu salud o hábitos, tener ropa en cualquier tienda de tu barrio, que nadie juzgue tu cuerpo o forma de comer (de forma sistematizada), tener la certeza de que cabes en cualquier silla/sillón/salón de actos/teatro/avión... Que tengas más oportunidades laborales, no sufras violencia médica.

2. **EGO**

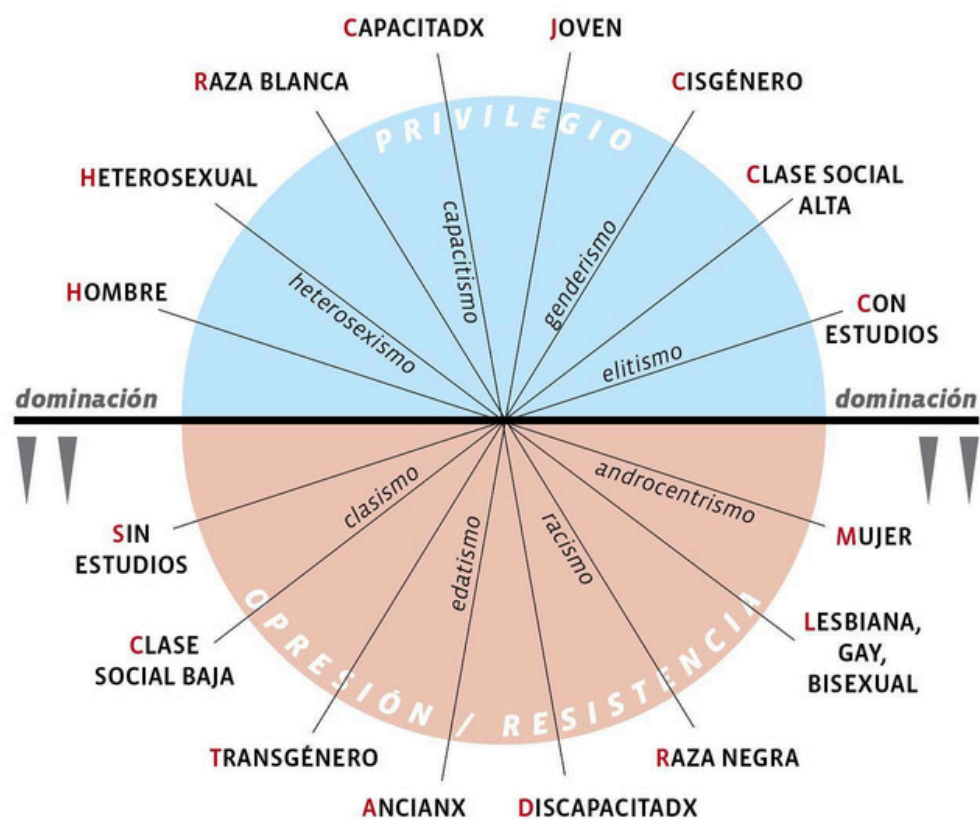


ESENCIA

- Todas tenemos cuerpos diversos y valemos por quienes somos.
- La belleza es relativa y depende de los ojos que la miran
- No has venido al mundo a aportar tu belleza<

INTERSECCIONALIDAD

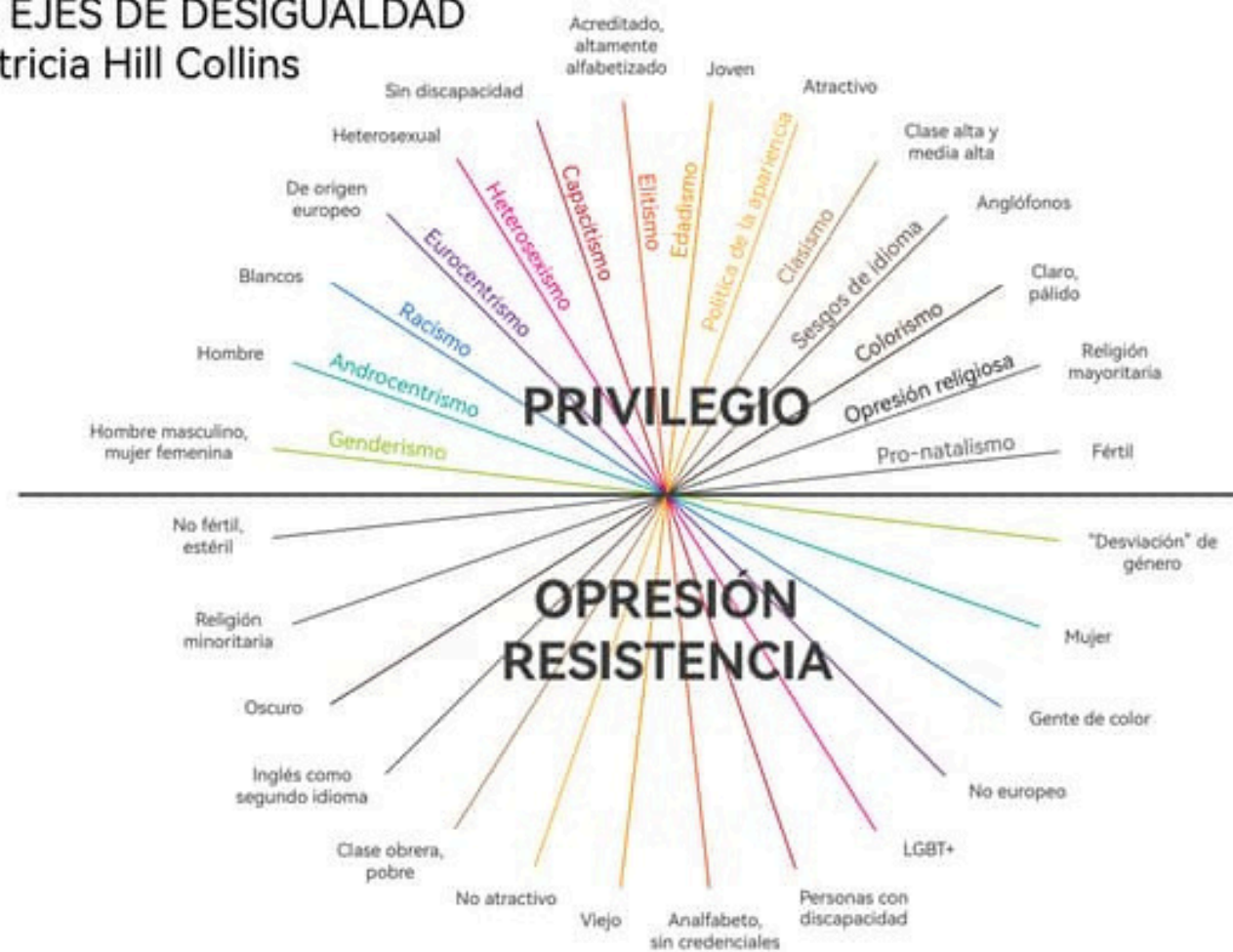
Ejemplos de 8 ejes de desigualdad



INTERSECCIONALIDAD

14 EJES DE DESIGUALDAD

Patricia Hill Collins



BASES:

- Gorda no es un insulto, no es mejor ni peor.
- La salud es la excusa/pretexto.
- Se basa en estereotipos en los que el cuerpo gordo es símbolo de vagancia, opulencia, pereza, insalubridad, fealdad e improductividad.
- Cuerpo como tránsito al cuerpo delgado("¿Cómo voy a aceptarlo?"):
cuerpo errado, fracasado, fallido...
- No hay representación en medios de comunicación y cuando la hay es gordófoba.
- Ocultar, disimular el cuerpo como forma de no querer ser vista, no querer existir (como mecanismo de protección)
- Comorbilidad con depresión y trastornos de ansiedad
- Dieta como trauma: tortura, obediencia, control, sumisión...
- ¿Aliciente de cambio? ¿Desde el odio?

¿Las personas gordas pueden ser gordófonas?



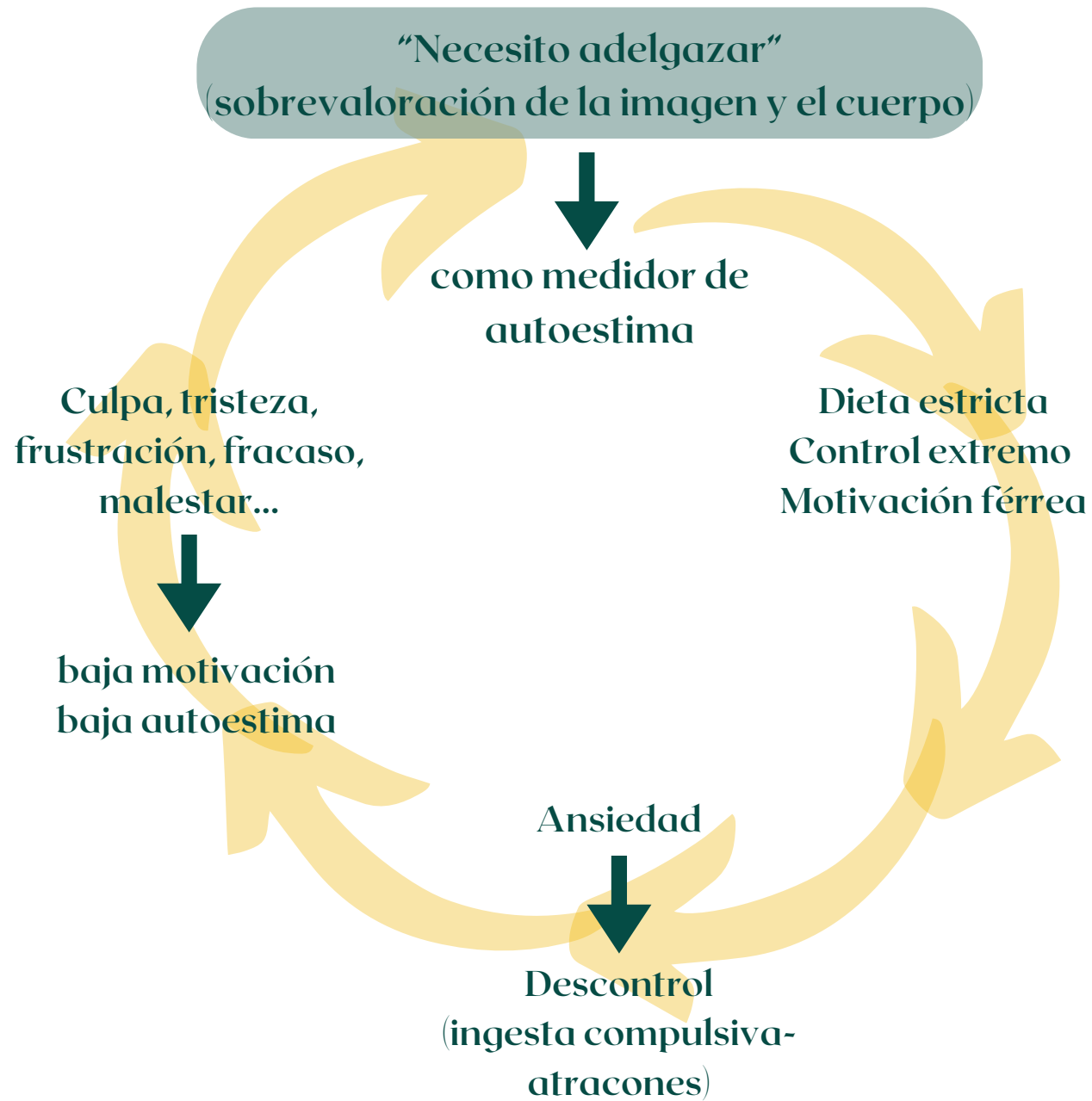
TIPOS DE GORDOFOBIA

- **Interiorizada:** Está en nuestra voz interna en base a los mensajes que hemos oído, leído, visto desde que tenemos consciencia. Autopercepción y autoevaluación negativa derivada de una evaluación externa negativa.
- **Interpersonal:** Está en cómo nos comunicamos y en cómo tratamos a otras personas, al igual en cómo nos hablan y tratan.
- **Institucional:** Está en cómo hemos construido sociedades, sistemas, políticas públicas que excluyen a las personas gordas y limitan su acceso a recursos económicos, sociales, de salud, etc..

Psicopatología de la “Obxsidad” (*)

(*Contextualizando que la investigación clínica también tiene sesgo...)

1. Gestión y expresión de las emociones dificultada.
2. Rasgos de impulsividad (tendencia a la gratificación rápida)
3. Comer como recurso: para calmar o para sentir.
4. Locus de control externo.
5. Refuerzo de autoestima y autoeficacia mediante el cumplimiento de la dieta o la pérdida ponderal.
6. Cambio de hábitos desde la culpa o el miedo
7. Presencia de abusos-maltrato físico-sexual infancia/adolescencia.
8. Comorbilidad con trastornos afectivos, los de ansiedad y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) con mayor prevalencia.
9. Comorbilidad con Trastornos de Personalidad



vs. Miedo a engordar

“Obesofobia” o “pocrescofobia”: miedo a subir de peso, fobia al peso o fobia a la grasa.

Nivel 1: “racional”

Prejuicios implícitos en nuestra
sociedad y cultura



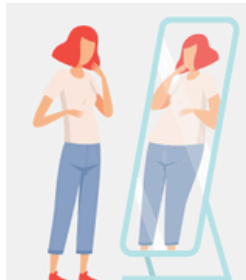
GORDA
engordar



DELGADA
adelgazar



Miedo a ser víctima de esto si
engordo (puedo tener esos
prejuicios yo o no)



Nivel 2: “irracional”/patológico

- Conductas restrictivas
- Evitar alimentos calóricos
- Evitar alimentos “no sanos”
- No comer con frecuencia lo que te apetece
- No responde a las señales de hambre-Conductas compensatorias
- Ejercicio excesivo



TCA

¿Qué esconde el miedo a engordar?

Hay que entender que en el miedo a engordar o a coger peso, **la clave no es el peso sino el miedo** (Manuel Antolín)

Miedo a... no sentirse vista, validada, reconocida, digna, querida, aceptada, amada, respetada...

1.4 Mentalidad de dieta

La palabra mentalidad se describe como un conjunto de creencias y costumbres que conforman el modo de pensar, enjuiciar la realidad y actuar de un individuo o de una colectividad.

La mentalidad dieta es el link que hay entre la cultura de la dieta y nuestros hábitos alimentarios.



La mentalidad dieta conlleva una restricción a dos niveles:

La restricción física (más evidente)



1. Retrasar el comer hasta el final del día, practicar ayunos más o menos largos, comer solo en determinadas franjas horarias.
2. Restringir la cantidad global que se come, con la intención de limitar las calorías que se ingieren al día.
3. Evitar ciertos alimentos, bien porque se considera que engordan, porque su consumo ha desencadenado sobre-ingestas en el pasado o porque no encajan en la filosofía alimentaria elegida.

La restricción Mental (menos evidente)



1. Categorización de alimentos (dicotomía): bueno vs malo; permitido vs prohibido; sano vs insano.
2. Si he comido demasiado o algo “prohibido” me digo que “soy culpable” o “me he portado mal”.
3. Si me “he pasado” me digo que compensaré o “ya empezaré el lunes”.
4. Cuando siento el estómago vacío, me alegro porque pienso que es señal de estar adelgazando.
5. No soy honesto con los alimentos que me gustan.
6. Hago detox para “limpiar” mi organismo tras haber comido lo que “no debo”.
7. Evito actos sociales (la vida en general) cuando va a haber comida.
8. Comparo mi cuerpo o mi alimentación con la de otras personas y me siento mal a cerca del mío.

Mentalidad de dieta

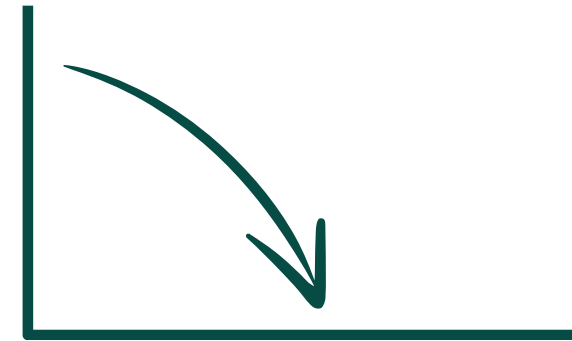
Restricción
Control a base de normas externas
(autoimpuestas)
Desconexión del cuerpo
Sacrificio, esfuerzo, fuerza de voluntad,
malestar, dolor...



Aumento del deseo
Necesidad sin cubrir-urgencia
Descontrol
Culpa
Rechazo, odio, vacío, frustración,
desesperación, incompreensión...

La restricción empieza siendo voluntaria...
"Mañana empiezo la dieta"

Voluntad -
Capacidad de
elección



Necesidad sin cubrir -
Urgencia

Acaba generando comer de forma involuntaria ("no
puedo parar"). No puedo decidir "mañana me dejo
de dar atracones."

MENTALIDAD DE ESCASEZ VS ABUNDANCIA

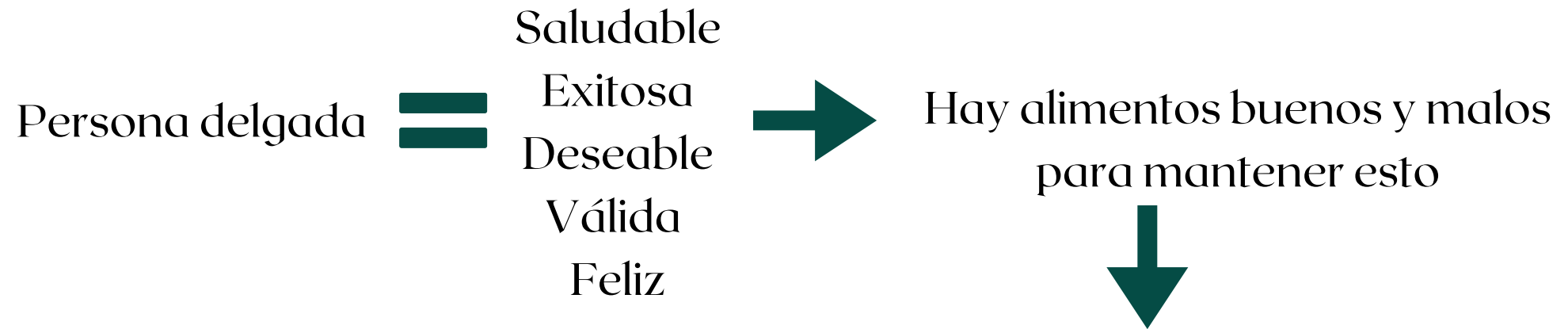
Efectos de la restricción: Experimento de Minnesota

Metáfora Estrella Michelin como concepto de abundancia:



- Merezco lo mejor
- Merezco calidad
- Merezco atención
- Merezco dedicación
- Merezco disfrute

1.5 Cultura de dieta



Todos somos delgadxs por naturaleza y vamos engordando a medida que nos “descuidamos”

Engordar=enfermar/muerte/rechazo/asco...

Peso ideal(IMC) es cuestión de fuerza de voluntad

Cuerpo estático

Insatisfacción crónica - industria millonaria

PRESIÓN ESTÉTICA

“Los cánones de belleza se basan en un cuerpo “blanco, delgado y joven”, quedando fuera de la norma todas aquellas personas que se salen de estos parámetros por tener “defectos que están obligadas a corregir”.

De ahí que la industria de las dietas, cirugías, implantes y venta de cremas y productos estéticos dé tanto dinero”

Dinero&Negocios

**El negocio de la belleza mueve
10.000 millones de euros en
España**

ACTUALIDAD, CIENCIA Y SALUD

**Por qué la industria de la belleza está
valorada en miles de millones**

Por Redacción 📅 Septiembre 30, 2016





Del libro El mito de la belleza de Naomi Wolf:

“Una cultura obsesionada con la delgadez femenina no está obsesinada con la belleza de las mujeres. Está obsesionada con la **obediencia** de estas.”

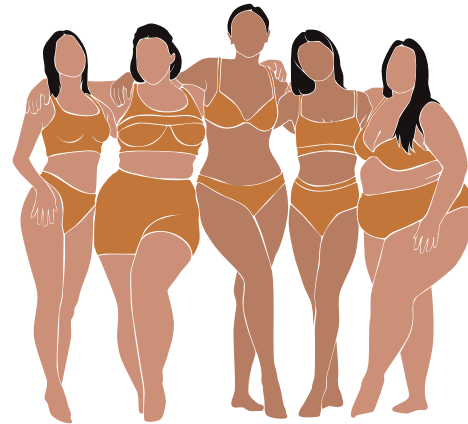
“Lo más importante es que la identidad de las mujeres debe apoyarse en la premisa de la belleza, de modo que las mujeres se mantendrán siempre **vulnerables** a la **aprobación ajena**, dejando expuesto a la intemperie ese **órgano vital** tan sensible que es el **amor propio**”.

1.6 Salud en todas las tallas

BASES HAES:

HAES quiere decir “salud” para todos los tamaños, no “sano” en cualquier tamaño. Es importante distinguir entre “salud” y “sano” ya que HAES habla de la capacidad de cualquier persona para mejorar su salud en cualquier talla (si es que lo quiere), no de un juicio sobre lo sana que esa persona está.

- Deb Burgard



- **Inclusividad de pesos** (mismo trato, respeto independientemente de la forma del cuerpo sin asumir nada). No promover pérdida de peso. Confiar en el cuerpo.
- **Neutralidad con respecto al peso.** Ni a favor ni en contra de la pérdida de peso. Tu peso será el resultado de tus hábitos conscientes, sustentables que promueven autocuidado y bienestar en diversas áreas: nutrición, movimiento, descanso, manejo estrés, emociones, relaciones interpersonales...
- **Respeto al cuerpo**
- **Conciencia crítica** (gordofobia, sistema sanitario, acceso a opciones médicas, recursos económicos, desigualdades sociales...)
- **Autocuidado compasivo** (mover el cuerpo, sentir placer, comer flexible en sintonía con el cuerpo, escucha)
- **Disminuye el impacto del estigma de peso** (en vez de pesocentrista, pesoinclusiva) y mejora calidad de vida

¿ Por qué no funcionan las dietas ?

- 1.El conocido efecto “yo yo”. Los ciclos de subidas y bajadas de peso se asocian mucho más a problemas de salud que el peso mismo.
- 2.Son insostenibles de mantener
- 3.Riesgo incrementado de osteoporosis y riesgo de condiciones cardiovasculares, por las continuas variaciones de frecuencia cardíaca, tensión arterial, glucosa, insulina o lípidos.
- 4.Aumento de la cantidad y volumen de los adipocitos.
- 5.Desnutrición selectiva.
- 6.Mayor insatisfacción con la propia imagen corporal al no conseguir los resultados esperados.
- 7.Mayor estrés psicológico crónico e incremento en producción del cortisol, hormona proinflamatoria.
- 8.Sentimientos de privación a nivel físico, emocional y espiritual.
- 9.Mayor ansiedad en torno al peso, la figura corporal o la imagen corporal.
- 10.Conductas alimentarias alteradas: que pueden ser un detonante de padecer un Trastorno de Conducta Alimentaria.
- 11.Estigmatización y discriminación contra individuos gordos.

¿ Fuerza de voluntad ?

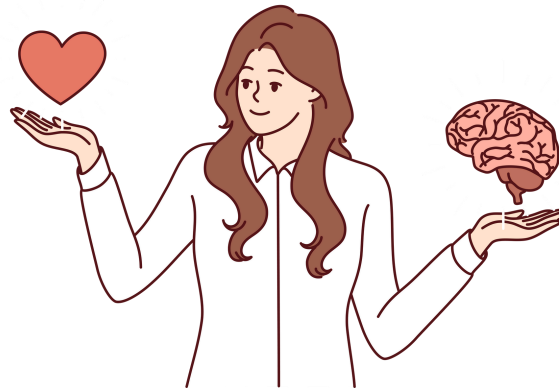


1. Estrategias de regulación de conducta
2. Estrategias de regulación emocional
3. Creencias sobre el control y emociones
4. Expectativas conducta-resultados
5. Autoestima y expectativas de auto-eficacia
6. Autocuidado
7. Autocrítica
8. Tolerancia a la frustración
9. Función de la conducta a regular
10. Contexto: circunstancias socioeconómicas, psicosociales...

1.7 Alimentación intuitiva

La alimentación intuitiva es un enfoque de la salud y la alimentación que no tiene nada que ver con dietas, la disciplina o la fuerza de voluntad.

Alimentación Intuitiva $\neq$ Alimentación Consciente



Comer intuitivamente va más allá, abarca:

1. La importancia de combatir la mentalidad de que la salud y el bienestar dependen de tu peso.
2. El respeto y la aceptación y/o neutralidad corporal, independientemente de tu peso o aspecto.
3. La comprensión y gestión de la alimentación emocional.
4. El manejo de la negatividad y autocrítica sobre nuestra propia conducta alimentaria.
5. La incorporación de ejercicio y nutrición desde un lugar de autocuidado en lugar de autocontrol.

Pilares de la alimentación intuitiva

01. PERMISO INCONDICIONAL DE COMER

02. COMER MAYORITARIAMENTE POR RAZONES FÍSICAS

03. CONFIANZA EN LAS SEÑALES CORPORALES

04. CONGRUENCIA EN LAS ELECCIONES ALIMENTARIAS

BENEFICIOS FÍSICOS

- Estabilidad en peso
- Mejora del perfil lipídico
- Mayor control glicémico
- Mayor consciencia interoceptiva
- Mejora la presión arterial
- Mayor variedad en el consumo de alimentos
- Menos atracones
- Aumento de energía

BENEFICIOS PSICOLÓGICOS

- Mayor bienestar general, menos estrés, ansiedad y depresión
- Mayor conexión y aceptación corporal, menos TCA
- Mayor estabilidad emocional, autoestima y satisfacción con la vida
- Mayor conciencia de autocuidado y señales interoceptivas
- Más disfrute al comer

CLAVES:

Curiosidad

Aprendizaje

Escucha corporal

Confianza en las señales

Indagación en apetencias

No hay éxito o fracaso, todo forma parte del proceso

Sin moralidad, culpa, ansiedad, vergüenza, miedo...

Variedad nutricional

Juego

Disfrute

Consciente- Atención plena; 5 sentidos (meditación mindful eating)



01. PERMISO INCONDICIONAL DE COMER

EXTREMO	TÉRMINO MEDIO	EXTREMO
“Las galletas están prohibidas”	“Puedo comer galletas, yo decido cuándo, cuántas, desde dónde y por qué”	“Como puedo comer galletas las como siempre”
PROHIBICIÓN-CONTROL	ELECCIÓN-DECISIÓN	DESINHIBICIÓN-DESCONEXIÓN
Reglas externas	Regulación-autodeterminación	Disponibilidad- apetencia-urgencia-abandono
NO SOY LIBRE-NO HAY DECISIÓN	SOY LIBRE Y DECIDO	NO SOY LIBRE- NO HAY DECISIÓN

02. COMER MAYORITARIAMENTE POR RAZONES FÍSICAS

Comer emocional, qué hay detrás de la comida, la relación con la comida, la familia, lo que nos trae la vida...

Importante la figura del PSICO



03. CONFIANZA EN LAS SEÑALES CORPORALES

Leptina y grelina desreguladas.

Hambre-saciedad- satisfacción

Trabajo de propiocepción y atención a otros detalles que componen el placer (aroma, textura, combinaciones...)

04. CONGRUENCIA EN LAS ELECCIONES ALIMENTARIAS

Cuidar a tu cuerpo, honrarlo, gratitud...

Otras formas independiente de la comida:

- Dejar el body-checking.
- Deshacerte de ropa que no te viene
- Comprar ropa nueva que te guste
- Llevar ropa cómoda
- Dejar de compararte
- Diálogo interno respetuoso
- Trabajo de autoestima y valores personales

1.8 Salud holística

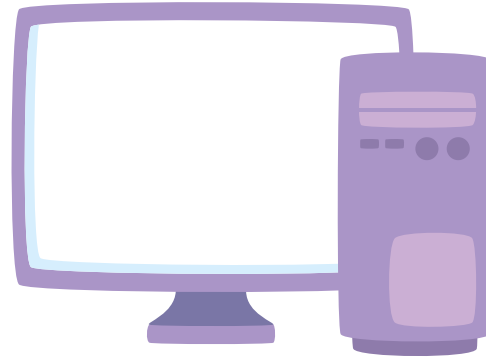
La salud holística como tal nace en 1946 de la mano de la Organización Mundial de la Salud que definió la salud como “un estado completo de bienestar físico, bienestar mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Conocerse y cuidarse a un nivel más profundo:

1. BIENESTAR FÍSICO
2. BIENESTAR MENTAL
3. BIENESTAR EMOCIONAL
4. BIENESTAR SOCIAL
5. BIENESTAR ESPIRITUAL



CONECTA



MENTE Y CUERPO

Como la pantalla del ordenador y la torre, se necesitan, uno
sin el otro no funcionan

y ALMA, SER, ESENCIA

Lo que eres con tu mejor amiga, con tus hijos, con quién
quieres sin condiciones...

02. NUTRICIÓN

El vínculo con el nutricionista como pilar para mejorar la salud mental desde la alimentación.

2.1 La importancia del vínculo con la persona acompañada

a) Perspectiva del acompañadx sobre la figura o rol del DN en su proceso:

Revisar sobre los pensamientos y expectativas con los que llegan a consulta respecto la figura del DN y el proceso e ir reevaluando de forma continua. Es una forma de trabajar el vínculo terapéutico.

Preguntas para vincular:

¿Has visitado algún nutricionista antes? ¿Qué es lo que más te ayudó o te gustó de esa experiencia? ¿Cómo te has sentido en otros procesos? ¿Cómo crees que este proceso te puede ayudar? ¿Qué cosas sientes que no te ayudaron en ese momento y en ese contexto? ¿Qué esperas del tratamiento? ¿Para qué decides acudir a nosotrxas? ¿Qué te ha ayudado a decidir ahora buscar ayuda?

Buen vínculo afectivo



Vulnerabilidad paciente



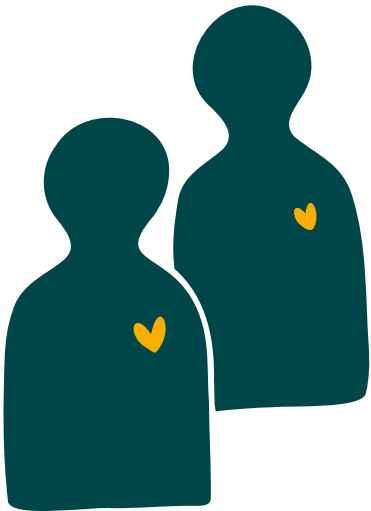
DN consciente: halagado y temeroso



Formación en contención y gestión emocional, autocuidado: para poder identificar y ver que está fuera de su competencia profesional y poder dar alternativas para trabajar eso que compartió con la otra parte del equipo, el psicólogo.

b) Aspectos/cualidades del DN en contacto con TCA o relaciones de tormento con el comer;

- Paciencia
- Empatía y comprensión
- Poseer conocimientos
- Evaluación propia
- Flexibilidad y límites
- Mente abierta
- Resultados del estado clínico y salud (objetivos)
- Resultados en la nutrición (objetivos)
- Resultados centrados en el paciente (subjetivos)



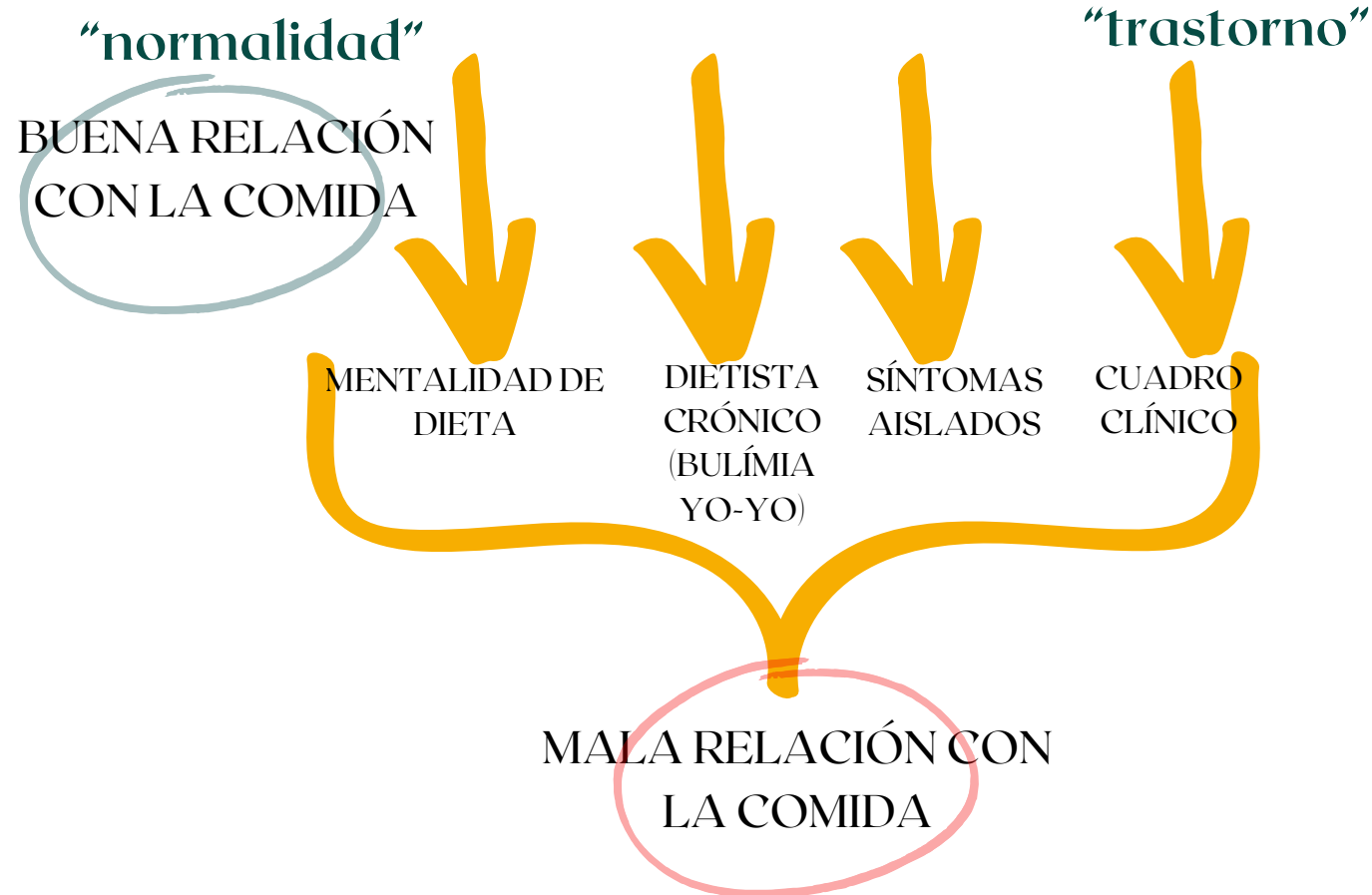
c) Autocuidado del Dietista-Nutricionista

- Agendas amables
- Respetar nuestros espacios
- Apoyo y supervisión
- Generar espacios de autocuidado propios
- Apoyo terapéutico individual



2.2 ¿Mi paciente tiene un problema con la comida?

ESPECTRO DE PROBLEMÁTICAS RELACIONADAS CON LA COMIDA Y EL PESO



DETECCIÓN

Entrevista, señales de alarma en seguimientos

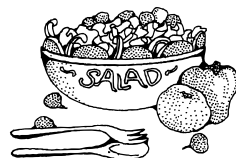
VALORACIÓN

contexto, barreras de la persona

ACCIÓN

información, herramientas, derivación

EL PROBLEMA NO ES LA COMIDA



- Porque así adelgazo.
- Porque así compenso el chocolate de antes.
- Porque es lo sano.
- Porque no tiene casi calorías.
- Porque no me merezco nada más rico.
- Porque si ya estoy así comiendo solo ensaladas, imagínate comiendo hamburguesas...
- Porque me odio.
- Porque todo lo demás me da pánico...



- Porque tengo hambre y me sacia
- Porque me apetece algo fresquito y el contraste del crujiente de la cebolla con el tomate y el jugo que suelta...
- Porque me siento bien digestivamente.
- Porque combina genial con otro alimento...que también me voy a comer...

SINO LA RELACIÓN CON ELLA

La importancia de leer entre líneas, no quedarnos en la superficie,
entender los
DESDE DÓNDE
y los PARA QUÉ
hacen las cosas nuestrxs pacientes.

Fases de intervención.

1. Psicoeducativa y motivacional

Definir los **objetivos**, siempre, centrados en la persona y valorar soluciones intentadas (SI)

Se necesita una **anamnesis e historia clínica ADAPTADA**:

- Conocer al paciente y manera de vincularse (*)
- Analizar comportamiento (Control, Prohibición, Restricción, Dicotomía)
- Analizar patrones dietéticos; (Grupos alimentos, comer suficiente, variedad, satisfacción, acceso...)
- Analizar huella dietética y explorar otros procesos.
- Identificar mitos y creencias del individuo acerca de los alimentos; (comunes y propios)
- Analizar complicaciones físicas asociadas (patrones de sueño, ciclo menstrual, libido, hábitos digestivos...)
- Preguntar sobre la frecuencia y factores desencadenantes si hay síntomas nombrados.

(*) Para conocer a tu paciente...

¿Se implica en la conversación o es pasivo? ¿Se muestra abierto o a la defensiva? ¿Deja las cosas claras o es difuso o contradictorio? ¿Es coherente el discurso verbal con la parte no verbal? ¿Nombra alguna emoción o sentimiento de forma repetitiva? ¿Pone mucho énfasis en culpar a los otros o a sí misma? ¿Se adapta a las tus propuestas y sugerencias o las cuestiona? ¿Está tenso o cómodo en la escucha?

Atención en la HISTORIA CLÍNICA:

Que no especifique que no tiene un Trastorno Conducta Alimentaria (TCA) no quiere decir que no tenga síntomas o no sufra muchas de las consecuencias. Mucha/os no lo dirán o puede que ni lo sepan.

EN LA HOJA DE OBJETIVO:

¿Por qué considera que no ha conseguido antes su objetivo? Para ver dónde pone el foco, si se culpabiliza a sí mismo o al entorno o a otros dietistas...

¿Cuántas dietas ha hecho anteriormente? ¿Puede explicarnos en qué consistían? Por si ha hecho muchas dietas con profesionales cualificados o no, cómo le han condicionado, afectado a nivel psicológico, si eran "coachs" de salud o eran dietas fitness, etc.

¿Consideras que tienes miedo a algún alimento concreto o que "X" alimentos engordan mucho? Aquí va al grano para saber si hay algo más mental. Atentos a si hace mucha referencia al peso o un número concreto.

EN EL REGISTRO DIETÉTICO:

¿Controla exactamente la cantidad y tipo de comida habitualmente? ¿Desde cuándo? Para ver capacidad de control, rigidez, obsesión...

¿Tiene un horario regular o come a deshoras/picotea/ayuna/se da atracones? Para tener en cuenta ciertas conductas alimentarias disfuncionales y que pueden ir más allá de la necesidad de unas pautas alimentarias...

¿Suele pensar a menudo en cuánto y qué comer? Obsesión, control...

¿Con qué fin come? (No hay respuestas correctas o incorrectas. Cada persona ve y vive su relación con la comida de forma diferente) Para ver qué relación tiene con la comida, si come para tapar emociones, por aburrimiento, por placer... o por nutrirse y alimentarse como su cuerpo necesita.

EN ACTIVIDAD FÍSICA:

¿Con qué fin entrena/realiza actividad física? (Nombre todos los motivos por los que entrena. No hay respuestas correctas o incorrectas. Cada persona ve y vive su relación con el ejercicio de forma diferente)

Para ver si lo hace por placer, salud, sensación física, objetivo estético o como castigo/compensación. Suelen dar el pretexto de salud porque está socialmente bien visto pero realmente se contradicen en algún sentido.

¿Cómo saber si hace ejercicio en exceso? (test al final)

Fases de intervención

2. Intervención dietético - Nutricional:

La intervención nutricional debe involucrar y realizarse en colaboración con el usuario y/o aliados, en el caso de ser necesario, para realizar una planificación y desarrollar un plan de nutrición apropiado y adaptado a las necesidades del individuo con el propósito de modificar los cambios relacionados con la nutrición, estado de salud, comportamientos, conocimiento y actitudes para lograr el bienestar y la recuperación del individuo a nivel nutricional y psicológico.

¿Qué se va a trabajar en esta fase?

Abordaje de las dificultades que presenta el área alimentaria.

Exposición a situaciones y alimentos temidos.

Trabajo de actividad física y ejercicio físico.

Educación alimentaria respecto mitos y creencias.

Trabajar sobre los patrones alimentarios familiares, el comer socialmente, la logística alimentaria (comprar y cocinar)

Hambre – saciedad – satisfacción.

Cultura y mentalidad dieta.

Autonomía y manejo.

...

Siempre coordinado con el resto del equipo y teniendo en cuenta el momento del proceso en el que se encuentra.

Atención en los seguimientos en los seguimientos:s:

EN LAS PAUTAS:

- Buscar que la persona acabe sus propias planificaciones potenciando autonomía y capacidad de decisión. ("PUEDES COMER LO QUE QUIERAS, TÚ ELIGES")
- Dar muchas alternativas, variedad de elección.
- Potenciar la escucha del cuerpo y no seguir la pauta a rajatabla. OJO ¿Desde dónde decide?

¿DESDE DÓNDE DECIDES?

 Sí quiero

-AUTOCUIDADO
"me apetece, lo saboreo y disfruto"
-AUTOINDULGENCIA
"bah, da igual todo, me abandono, paso de cuidarme"
-MENTALIDAD DE TODO O NADA
"de perdidos al río, hasta que no acaben las Navidades ya tiro millas..."

 No quiero

-AUTOCUIDADO
"cómo me va a sentar, si me beneficia en este contexto concreto, no me apetece"
-CONTROL, MIEDO, RIGIDEZ, AUTOIMPOSICIÓN
"no debo, no está bien, pongo mi valía en mi capacidad de resistirme, yo esto no puedo que tengo que adelgazar porque si es, evito ansiedad posterior..."

SEGUIMIENTO (Después de darles la pauta):

Si cuando le damos el plan refiere que hay mucha comida o muchos carbohidratos o muchas grasas, etc.: ¿Tiene miedo de comer demasiado y engordar? ¿Tiene miedo a ciertos alimentos?

Prestar atención a si...:

- ¿Se siente culpable cuando no sigue el plan o come X alimentos?
- ¿Es capaz de comer y disfrutar de cualquier cosa que no esté en el plan (ya sea porque surja o porque lo busque de forma expresa)?
- ¿Intenta compensar de alguna manera en las siguientes comidas, con más ejercicio, laxantes, diuréticos, etc.?
- ¿Pregunta o pide formas de compensar?
- ¿Siente que pierde el control los fines de semana o en alguna de estas situaciones: solo/a en casa, aburrido/a, triste, ansioso/a?

Fases de intervención

3.Prevencción y seguimiento

¿Qué se va a trabajar en esta fase?

Reforzar lo aprendido. Mitos sobre la recuperación total. Factores de riesgo y trabajar estrategias para estar des de el Fluir, la naturalidad, espontaneidad, tranquilidad y estabilidad.

Durante todo el proceso: ofrecer herramientas para que encuentre soluciones.

¿Qué hábitos hasta ahora no has conseguido cambiar y qué podríamos empezar a plantear diferente? (lluvia de ideas)

¿Cómo crees que podríamos solucionarlo?

¿Qué cambios por mi parte crees que te ayudarían?

¿Y por la tuya?

¿Qué está diferenciando este procedo de otros?

¿Qué te gustaría seguir trabajando o que empezemos a trabajar?

2.3 Qué potenciar y evitar en consulta

Potencia:

- Reconocer salud es multidimensional
- Enseñanzas (nutritivo, saludable, prisas, rebote...)
- Priorizar por el proceso (cómo ha llevado la pauta, cómo ha estado, hablar de emociones) y no resultados (peso).
- Medición del progreso desde otras posiciones (ropa, sensaciones...)
 - Relativizar, amortiguar, sostener, acompañar
 - Habilidades autónomas de la persona
- Dar información, recursos e ideas pero no dárselo todo “hecho”, empoderar, trato horizontal
 - Flexibilidad
- Consciencia/atención plena (reconocer, sentir)
 - Motivar de forma realista
- Comprensión (baja autoestima: difícil cuidarse, espacios de intimidad incómodos)
- AUTOCUIDADO (explicar bases fisiológicas, homeostasis del cuerpo)
- Autocompasión (NO ES VICTIMISMO: responsabilidad de mis acciones y decisiones una vez reconocida la fuente de sufrimiento o problema, desde la aceptación)

Evita

- Paternalismos, complejo de dios (efecto psicológico bata blanca)
- Controlar (peso persona, peso comida, registros desde la obligación de compromiso...)
 - Meter presión
 - Comentarios sobre su físico
 - Asumir cosas por los prejuicios/lo que se ve
 - Prohibir
 - Restringir
 - Crear dicotomías que impliquen moralidad (culpa)
 - Meter miedo a ninguna comida ni ultraprocesados
- Hablar en exceso de calorías, números, porcentajes...
 - Comentarios sobre quemar/gastar más
 - Permitir el sufrimiento
 - “Tienes que cuidarte...”
 - Dar ejemplos de casos de “éxito” /Comparar

Reposo Ternura
Calma Placer
Relajación Seguridad
Saciedad

VS.

Estrés Conflicto
Angustia Dolor
Tensión Hambre

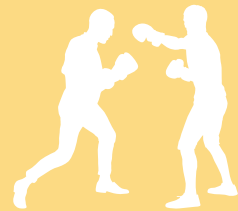
TEORÍA POLIVAGAL

Sistema Nervioso (SN)

Autónomo

SN SIMPÁTICO

SN PARASIMPÁTICO



Desconfianza
Peligro
Lucha-huida

NERVIO VAGO
DORSAL



Inacción
Amenaza vital
Inmovilización

NERVIO VAGO
VENTRAL



Confianza
Seguridad
Conexión social

2.4 Derivar

¿Cuándo derivar ?

- El estado de ánimo depende o se ve afectado por su alimentación o el peso o la imagen corporal.
- No expresan emociones en consulta o sienten emociones muy distintas bruscamente.
- No están cómodos comiendo con otra gente o lo evitan con tal de seguir la pauta.
- Canalizan la ansiedad con la comida.
- Preocupación extrema por el tamaño o forma del cuerpo.
- Proyectan felicidad cuando consigan llegar a un determinado peso.
- Cuando la comida NO es solo comida...
- Detectamos señales de TCA
- Comorbilidad con patologías digestivas

Cómo derivar:

- Aceptar que tú no puedes (ni debes) asumir un acompañamiento que necesita de otros profesionales: De forma responsable y honesta sin emitir juicio, puedes expresar hasta dónde puedes acompañar.

- Crear conciencia: Mediante propios recursos acercar a la persona a reconocer la necesidad de complementar el recurso. Escucha activamente, aceptando y validando lo oído.

- Respetar los silencios. Deja espacio para que pueda reflexionar sobre la sugerencia

- Pregunta cómo se siente con respeto a tu sugerencia.

- Traslada recursos y referencias: Comparte la información que tu tienes sobre profesionales, asociaciones especializadxs... que pueden acompañarle en la búsqueda del bienestar. (La importancia de tejer una red profesional)

- Mantén la comunicación abierta: mantén abierta la posibilidad de acompañamiento (si se puede) y seguimiento hasta que pueda vincular con otros profesionales. Dejar claro que no los dejáis solos ni vais a dejar de acompañarlos, atenderlos (sino sensación de abandono, fracaso...).

Ante la propuesta pueden aparecer **resistencias** por motivos diversos:

- No se es consciente del problema
- Cuando hay creencias culturales o religiosas que le impiden buscar asistencia o la ayuda requerida
- Cuando se ha tenido experiencias negativas con procesos anteriores...

Propuestas para derivar :

“En este punto al que hemos llegado... ¿Qué te parece si te lees este artículo/post/instagram y en la siguiente visita me cuentas en dónde te has visto identificad@?”

“Cuando entran en juego las emociones el trabajo más importante es el psicoterapéutico. Mira te enseño las funciones del psicólogo de la alimentación: ”

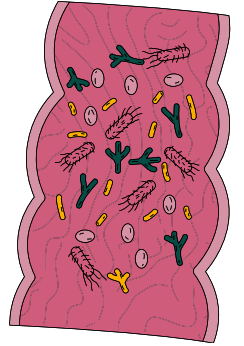
Cuándo hacer equipo:

- Cuando el peso es una señal de su estado interno (o muy bajo o muy alto) y denota trauma complejo al respecto de las indicaciones pautadas, ambivalencia, resistencias...
- Cuando hay patología, riesgo de... y es importante no dejar a un lado el aspecto nutricional.
- Cuando presenta mucha obsesión, mucha preocupación, muchos mitos...
- Si solamente tiene insatisfacción corporal, baja autoestima...

Cómo hacer equipo:

- Comunicarse y preguntarse mutuamente muchísimo.
- Adaptar los planes a las indicaciones que dé el/la psicólogox (prioridad salud mental).

PILDORA 1: PATOLOGÍAS DIGESTIVAS Y RESTRICCIÓN



1. Elección desde el autocuidado (respeto y amor a mi cuerpo, no lucha) No es restricción (ejemplo veganismo o celiacía).
2. Condición médica, justificada, con sentido congruente con mi autocuidado real no impuesto externamente.
3. Conexión conmigo y mi cuerpo: autoconocimiento (no puedo querer a quien no conozco)
4. Papel activo desde el autoconocimiento (como mi responsabilidad mi salud mi autocuidado)... vs. Pasivo (tengo que hacer la dieta).
5. Temporal - proceso hasta conseguir una rutina de hábitos.
6. Estrés mental: cortisol.
7. Algo me sienta mal: autocuidado, jugar con la cantidad- grado de tolerancia, qué significa para ti (qué otras maneras).
8. Añadir, ganar... no perder o "prohibidos" o renuncia.
9. Comida aliada para encontrarme mejor no como amenaza. Problema la comida, solución: control?
10. Desde el miedo, control, ansiedad me desconecto y desde ahí no puedo hacer nada...
11. Cambios progresivos.
12. Placer, variedad, disfrute....
13. Aceptación y gestión de lo que me ha tocado vivir.
14. ¿Historia de TCA previo?

PILDORA 2: PATOLOGÍAS DIGESTIVAS Y TCA

¿Qué antecede a qué?

Nos podemos encontrar;

1. Persona con GI funcional o estructural que acaba desarrollando un TCA
2. Persona con Síntomas digestivos subjetivos que puede acabar desarrollando un TCA (OJO AQUÍ)
3. Persona con TCA que desarrollo un Trastorno GI funcional

¿Cómo evaluar?

Mediante datos Subjetivos (Anamnesis y cuestionarios validados)

+

Datos Objetivos (Exploración física, endoscopia, A/S, evaluación vaciamiento gástrico..)

80-90 % de pacientes con TCA presentan síntomas de dispepsia funcional.

PILDORA 2: PATOLOGÍAS DIGESTIVAS Y TCA

En AN:

- Intolerancia alimentarias por restricción alimentarias Disminución enzimas, aumento de síntomas digestivos en la reintroducción. La mayor parte son transitorias.
- Gastroparesia Disminución de la contractibilidad debido a la desnutrición. Enlentecimiento del proceso digestivo y aumento de la sintomatología, puede producir formación de bezoares, favoreciendo distensión abdominal provocando perforación o necrosis gástrica) Transitoria.
- Hipo funcionamiento del reflejo colónico concentración reducida del material intestinal que produce enlentecimiento del tránsito intestinal, provocando estreñimiento y pudiendo llegar al prolapso.
- Síndrome de la arteria mesentérica superior provocada por la compresión del duodeno entre la arteria aorta y mesentérica. Que normalmente está separada por grasa mesentérica. En caso de desnutrición severa esta capa de grasa no está lo que puede provocar el síndrome. Síntomas: vómitos, náuseas, etc.

PILDORA 2: PATOLOGÍAS DIGESTIVAS Y TCA

En BN y TA:

- Reflujo gastroesofágico por laxitud del esfínter esofágico como consecuencia de los vómitos. Cursando pirosis o regurgitación. Puede provocar ERGE y posteriormente Esófago de Barret (transformación de la estructura celular esofágica) FR para cáncer esófago.
- Síndrome intestino irritable 69% de pacientes. Alteración en la frecuencia y consistencia de las deposiciones.
- Dilatación gástrica aguda(infrecuente) estomago en estado de hipotonía que provoca distensión de este, con riesgo de perforación y ruptura gástrica.

Trabajar en equipo:

- Médicos digestivos con idea de TCA, nutricionista Espec. en patología digestiva y TCA, Psicólogos y otros profesionales requeridos.
- Realimentación interrumpida, basada en la buena relación con los alimentos, adaptada a los síntomas, progresiva de acuerdo con el tratamiento.

2.5. Enseña a tu paciente a “desdietarse”

- **Cuidarse vs. hacer dieta**

Cómo cambia el resultado en función del
OBJETIVO del paciente:

ADELGAZAR



- Presión y deseo por ver el resultado (peso en la báscula o volumen)
- No hay disfrute del proceso
- Exigencia y perfeccionismo hasta conseguirlo (si no lo consigo es porque no lo estoy haciendo suficientemente bien)
- Mentalidad de dieta
- Mentalidad dicotómica
- Cansancio, descontrol, ansiedad
- Círculo vicioso
- Engordar o adelgazar pero volver a engordar después

CUIDARSE



- Tranquilidad y confianza en el proceso y el cuerpo
- Aprender a decidir coherentemente con una misma y sus valores
- Disfrutando del proceso
- Equilibrio, atención plena
- Mentalidad de autocuidado (y placer)
- Energía, vitalidad, mejores digestiones, facilidad de vida
- Adherencia para toda la vida

¿Si el paciente me pide pérdida de peso?

Indagar internamente sobre nuestras intenciones: ¿Lo hago por la persona o por miedo a perder pacientes, o no sentirme capacitadx para ayudarle sino es buscando ese objetivo?

Ética: Informar de las actualizaciones sobre pérdida de peso, implicaciones, riesgos, consecuencias, probabilidad de promover bienestar y no daño, TCA...

Ofrecer alternativas, haciéndole entender e indagar en sus necesidades profundas (e ir a terapia)

Validar el deseo: diferente de la acción. Ejemplo: ¿Quieres ser millonarix?

ANTES DE EMPEZAR

¿Qué significa nutrir tu cuerpo para ti?

¿Qué significa hacer dieta?

¿Qué significa tener una pauta?

¿Qué te ha gustado y qué no te ha gustado de otras dietas/pautas alimentarias?

¿Qué te gustaría que pasara esta vez?

¿Por qué has vuelto a querer hacer dieta/acudir al nutricionista?

¿En qué pensarías si no estuvieras a dieta?

¿Por qué crees que has vuelto a recuperar el peso que perdiste? ¿Por qué crees que no conseguiste tus objetivos?

¿Cómo te sentirías si no tuvieras que hacer dieta?

¿Qué hábitos alimentarios puedes empezar a cambiar para que sean más saludables y poder disfrutarlos?

¿Qué vas a cambiar?

¿Qué te parece este cambio, es coherente para ti?

RELACIÓN CON LOS ALIMENTOS

¿Qué es lo sano para mí en este momento/en otros/para los demás (ej. tus hijxs)?

¿Este alimento es conveniente según qué criterios/condiciones?

¿Me ayuda o me aleja de mis objetivos?

¿Qué va a suponer comerlo?

¿Para qué lo quiero comer, qué necesito?

¿Puedo propocionármelo de otra manera?

¿Tengo otras formas de darme calma o placer sin comida?

CAUIDADO con la intencionalidad de nuestras preguntas. No queremos condicionar sino empoderar.

- ## El hambre emocional

"Mi vida gira en torno a la comida"

"Cuando empiezo a comer algo ya no puedo parar"

"Soy una glotona/glotón"

"Mi problema es que me gusta demasiado comer"

"Tengo ansiedad por la comida"

"Siento un vacío"

"Pienso mucho en comida"

"Tengo muchos antojos"

"Tengo ganas de picotear todo el rato"

HAMBRE EMOCIONAL	COMER COMPULSIVAMENTE	ATRACÓN
COMIDA= expresar/aliviar emociones	Sensación de necesidad imperiosa de comer (tapar/evitar emociones desagradables)	Sensación de necesidad imperiosa de comer (tapar/evitar emociones desagradables)
Consciencia de mis emociones	No suele ser consciente de las emociones	Sensación de falta de control
Saborear, estar presente	Puede haber algo de disfrute pero ausencia de conciencia	No hay disfrute, ausencia
Puedo escoger	Suele pasar con alimentos muy concretos, cantidad muy superior	Escoge cualquier cosa. Cantidad muy superior a la media por tiempo
Plenitud/saciedad acorde después de comer	Muy rápido, todo seguido o a intervalos	Muy rápido, todo seguido no para hasta sentirse desagradablemente llena
	Desconectada de las señales de saciedad pero a veces puede pararse antes	Cuando para es porque se encuentra mal o “se ha acabado”
	Sola o en eventos sociales	Sola
	EMOCIONES DESPUÉS: culpa, frustración, rabia...	EMOCIONES DESPUÉS: arrepentimiento, vergüenza, disgusto, apatía, tristeza...
	Mente agitada pero puede estar presente	“Es como si algo se apodera de mí y hasta que no se acaba no vuelvo”
	Origen físico, emocional o alimentario	Origen físico, emocional o alimentario

¿Para qué comes?

1. CONSUELO/CALMANTE
2. PARA DAR O RECIBIR AFECTO
3. PARA SENTIRNOS SEGUROS/A SALVO
4. COMO PREMIO O CASTIGO* (me lo merezco? sacrificio?)
5. PARA CELEBRAR ALGO O SENTIRNOS PARTE DE UN GRUPO
6. PARA SENTIRNOS ACOMPAÑADOS (aburrimiento, vacío = soledad)
7. PARA SENTIR PLACER
8. PARA LIBERARNOS DE LA VOZ CRÍTICA Como revelación,
liberación de los "deberías, tendrías, no eres suficiente, no te esfuerzas
todo lo que podrías"...

CÓMO ABORDARLA:

- **NO LUCHA, ESCUCHA:** El hambre emocional te enseña sobre ti (autoconocimiento y autocuidado).
- **ATENDER Y ENTENDER** para conectar con uno mismo.
- **COMIDA COMO ALIADA** y no enemiga: nos da fuerza, vida, energía, placer, conexión con nuestros seres queridos... La comida como salvavidas.
- **PACIENCIA** es un proceso lento aprender a conectar con las necesidades propias (incluyendo las del cuerpo: cantidad de alimentos, hambre y saciedad, gustos...)

¿EL FIN JUSTIFICA LOS MEDIOS?

¿CUÁLES TU FIN?

Equilibrio
Nutrición suficiente,
variada, adecuada
Descanso
Flexibilidad
Placeres
Naturaleza
Vida social
satisfactoria
Movimiento
Autoconocimiento
Autoescucha

OBJETIVO-SIN FIN:
SALUD

CAMINO/MEDIOS

Dieta restrictiva y estricta
Suplicio
Extremos
Aislamiento
Culpa
Ansiedad
Prohibiciones
Ayuno
Castigo
Cansancio
Desconexión
Atracones-Compensación

OBJETIVO-FIN:
ADELGAZAR

OBJETIVO-SIN FIN:

SALUD (“utopía”)

- Como creencia de que soy mejor persona por cuidarme más.
(EGO INFLADO)
“Semi-dios” tengo el control de todo.
- Como herramienta para tener una mejor calidad de vida porque me quiero y me cuido
(EGO SANO)
- Como creencia de que no valgo nada y no merezco cuidarme, querarme, soy incapaz.
(EGO DESINFLADO)
“Víctima” no tengo ningún poder de acción-cambio.

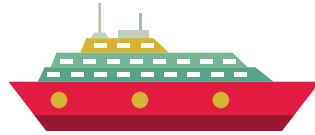
- ¿Cuestión de fuerza de voluntad?

- La fuerza de voluntad es limitada.
- No se puede luchar contra nuestra biología.
- Redirigir el esfuerzo para ponérselo fácil (NO FORZAR).
- CONCIENCIA sin juicios.
- ADHERENCIA (no extremos, pensar en el después)

ACTITUD FRENTE A LA FORMA DE ALIMENTARSE

MODO CRUCERO

(ponértelo fácil)



Disfrutando del trayecto, de la compañía, zumba, piscina, espectáculos, vistas al mar, buffet, fiesta...
No tengo prisa por llegar al país que voy a visitar, mientras... disfruto y el tiempo vuela, cuando llegue lo disfrutaré también

MODO BARCA A REMO

(sufrir, cansarte, fustigarte)



Deseando que llegue cuanto antes el destino, no paro de controlar todo lo que puedo para que pase, estoy agotado de remar, me duelen los brazos, llegan pensamientos sabotadores, todo son contratiempos, no puedo más, nunca lo conseguiré, para qué sigo remando si no llegaré/á nunca...



DESTINO FINAL:

CUIDARSE, MEJORES PARÁMETROS DE SALUD
(baje de peso o no)

- Ansiedad con la comida

Pasar de LUCHA
ACTIVA  ACCIÓN
PASIVA

Ansiedad volcada en la comida

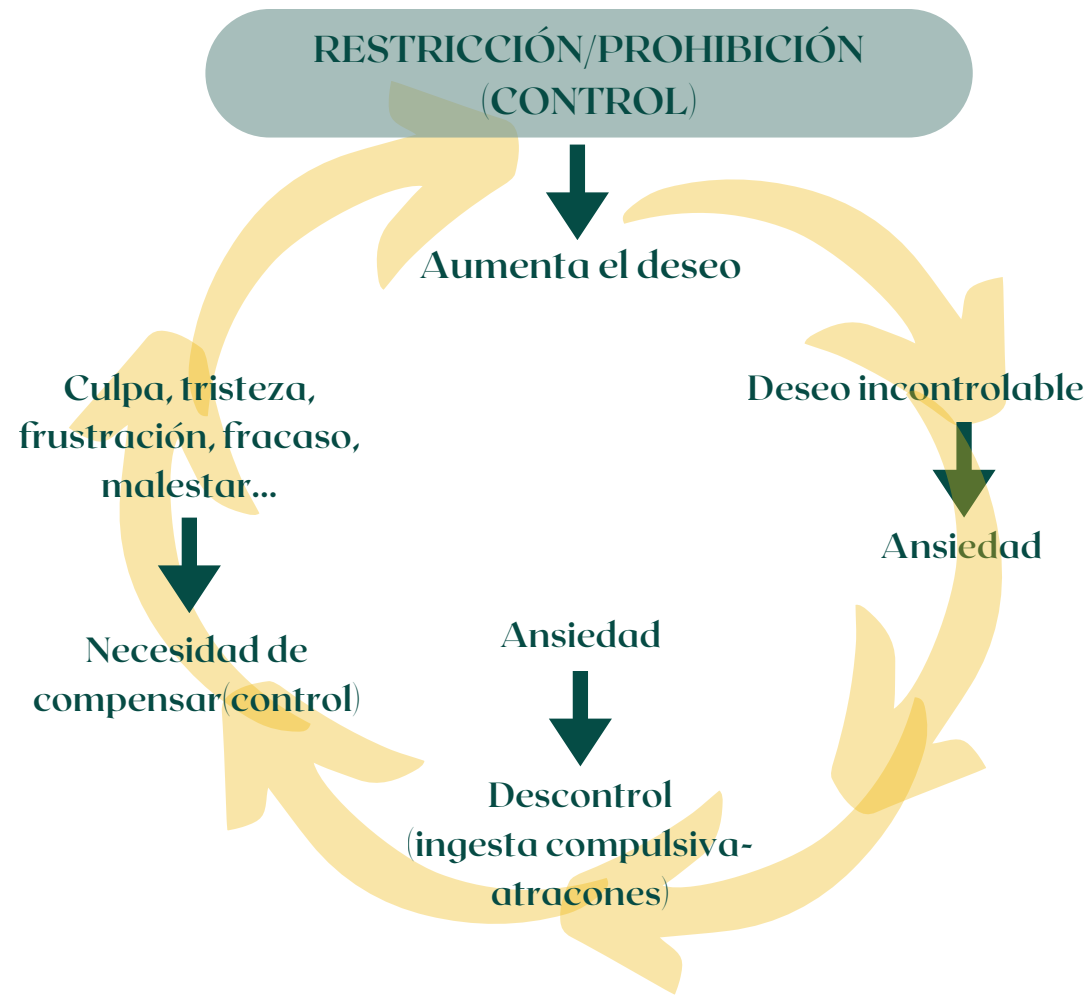
¿Te comes tus emociones? GESTIÓN EMOCIONAL

≠

Ansiedad por la comida

CATEGORIZACIÓN ALIMENTOS-DICOTOMÍA- PROHIBICIÓN

BUSCAR ORIGEN (a veces no lo hay, ha cambiado)



*Hay casos donde “nunca” se llega al descontrol (anorexia) pero la percepción es parecida o hay malestar asociado a salirse de la pauta e inflexibilidad.

Sufrimiento es sufrimiento.

Primera señal de alarma de TCA

Me apetece merendar esto:



en mi mente “debería” esto:



Me lo como pero no es suficiente:
Sigo con algo “sano”



Venga me doy el permiso de algo “puntual”



Acabo comiéndome lo que quería al principio



Me frustró, me enfadó, siento culpabilidad por
no haber hecho lo “correcto”, “todo está mal”,
“ya la he liado, total...”



Todo el finde como “mal” y “ya el lunes
empiezo en serio y a tope”

MENTALIDAD DE DIETA

**MENTALIDAD DE TODO O NADA-
ABSOLUTISTA-CATASTRÓFICA**

**MENTALIDAD DICOTÓMICA-
COMPENSACIÓN** (cuidado TCA)

Moldear/Cambiar/Necesitar/Volcar todo en



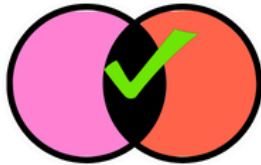
• Autosabotaje



Como te quiero
te doy la chuche



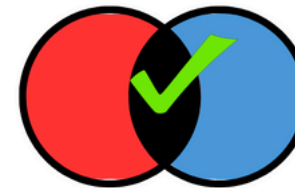
Como te quiero
no te doy la chuche



Parte infantil: solo
quiero disfrutar



Parte adulta: Tienes
que controlarte y
cumplir



“La virtud está en el término medio”
(Aristóteles)

Ejercicio para valorar las resistencias al cambio:

LO BUENO DE CAMBIAR	LO BUENO DE NO CAMBIAR	LO MALO DE CAMBIAR	LO MALO DE NO CAMBIAR

Reconocer la voz crítica interna:

JUEZ/A INTERIOR

- **INQUISIDORA:** como sea, es tu culpa
- **SABOTERADORA:** como sea, te equivocas
- **PERSEGUIDORA:** como sea no estás a la altura

Explicaciones psicológicas del autosabotaje

- Prioridades.
- Falta de “autocontrol”.
- Falta de motivación.
- Muy altas/Muy bajas presiones durante la infancia.
- No tener claro el fin/objetivo.
- Baja autoestima.
- Falta de seguridad y autoconfianza.
- Creencias limitantes de que la persona no merece el propio éxito.
- Objetivos impuestos por terceros.
- Temor al fracaso.
- Temor al cambio y salir de la zona de confort.
- Conflictos internos.
- Temor a no estar a la altura de las expectativas de los otros.

“Tanto si piensas que puedes, como si piensas que no puedes, estás en lo cierto”

Henry Ford

LISTADO PENSAMIENTOS SABOTEADORES

según el libro “Coaching Nutricional: Haz que tu dieta funcione”, trampas y limitaciones:

Identifica los pensamientos saboteadores que te dan permiso para comer aquello que no deberías:

- Seguir la dieta es demasiado duro.
 - ¡Bah! Ya da igual todo.
- No pasa nada si como solo un trozo.
- No es justo que yo no pueda comer esto y los demás sí.
- No voy a dejar que nadie me diga lo que voy a comer y lo que no.
 - Me merezco comer esto.
 - Solo voy a comer un poco.
 - No puedo resistirme.
 - Me muero de hambre.
 - No tengo fuerza de voluntad.
 - En realidad no engorda tanto.
 - Ya lo compensaré después.
 - Si no me lo como acabará en la basura.
 - Debería comérmelo porque es gratis.
 - Todos los demás lo están comiendo.
- No quiero molestar a (.....) si no me lo como
- Estoy estresado-a/ cansado-a/ triste/ aburrido-a/ me siento mal.
 - Es una ocasión especial.
 - Me estoy dando un capricho.

- Puedo empezar la dieta otra vez mañana.
- De todas maneras nunca voy a alcanzar el peso que yo quiero.
 - Nadie se va a enterar si me lo como.
 - Terminaré comiendo de todas formas.
 - Como ya me he saltado la dieta, da igual.
 - Para comer esto, más vale que me muera.

Ahora pensemos de cada uno de ellos...

¿Concretamente cuándo aparece?

¿Qué pasa a continuación?

¿Cómo puedes cuestionarte este pensamiento para restarle fuerza?

¿Qué otro pensamiento te dirás para neutralizar el pensamiento saboteador?

(Enfoque cognitivo-conductual - cultura de dieta)

03. PSICOLOGÍA ESTRATÉGICA

La perspectiva integrativa para detectar y sanar los distintos trastornos de conducta alimentaria

3.1 Introducción a la TBE

Giorgio Nardone y Paul Watzlawick basado en MRI de Palo Alto (California)

Modelo:

- **Constructivista:** concibe a los seres humanos como constructores activos de su realidad y experiencias para generar aprendizajes.
- **Sistémico:** el énfasis está puesto en la dinámica de los procesos de comunicación, en las interacciones entre los miembros del sistema y los subsistemas que lo componen (familiar, pareja, amistades...)
- **Cibernético:** estudia cómo el cerebro recibe, procesa y responde a la información sensorial del mundo exterior, y cómo estos procesos pueden ser influenciados por factores como la motivación, las emociones y la memoria. La importancia de la comunicación en la terapia. Estudia los mecanismos de autorregulación y los conceptos de “retroalimentación o feedback” y de “circularidad”.

Soluciones Intentadas disfuncionales (SI):

- Evitación → el miedo aumenta
- Petición de ayuda → la desconfianza en uno mismo aumenta
- Control de mis reacciones físicas → más se exageran

Pone el acento en la acción primero, luego conciencia
(hacer para cambiar, no esperar a cambiar para hacer, no esperar a entender e integrar mentalmente para cambiar)

El arte de solucionar problemas complejos con soluciones aparentemente simples.

“Cualquier tecnología suficientemente avanzada es indistinguible de la magia.” – Arthur C. Clarke

¿Cómo funciona el problema? (No tanto el qué o por qué)
Entender la lógica del problema:

LÓGICAS

ORDINARIA

NO ORDINARIA

Aristotélica

Estratégica

Principio de determinación

Creencia

Principio de coherencia

Contradicción

Principio de no contradicción

Paradoja

Principio del tercer excluido

Trabajar el presente de la persona para pensar en un mejor futuro.

Estrategias de solución para ser resolutivos y eficientes.

Terapia construida AD HOC

Diagnóstico operativo (no como DSM descriptivo)

DIAGNÓSTICO

DESCRIPTIVO

OPERATIVO

Lógica hipotético-deductiva

Teoría



Estructura del
problema



Solución



Conocimiento



Estrategia/
técnica



Operatividad



Lógica estratégica

Sistema Perceptivo Reactivo (SPR):

Modelo redundante de percepción, interpretación y respuesta a la realidad.

Se detectan las Soluciones Intentadas (SI).

Se basa en las emociones básicas:

- DOLOR: depresión
- MIEDO: obsesión, fobia, ansiedad
- PLACER: adicciones, TCA, sexualidad
- RABIA: paranoia

Interacción con:

- Unx mismx
- Los demás
- El mundo

Trabajamos sobre el problema...

- ¿Qué pasa?
- ¿Cuándo?
- ¿Cómo?
- ¿Con quién?
- ¿Dónde?

Tipos de resistencia al cambio:

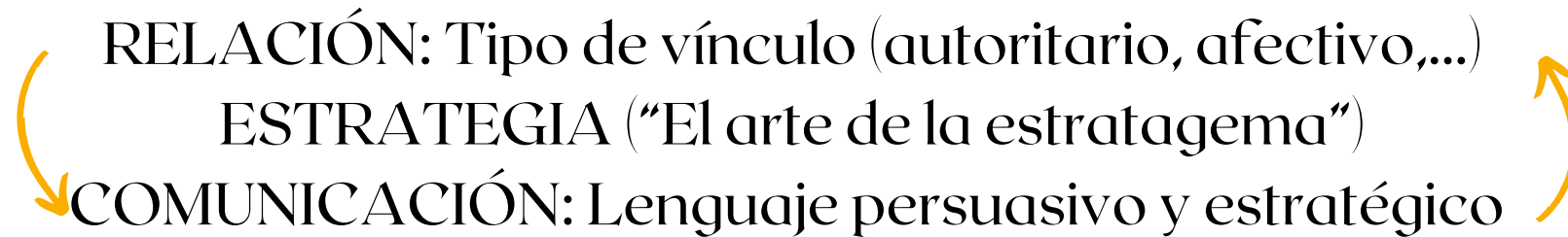
- 1.Colaborador
- 2.El que quiere colaborar pero no puede
- 3.Opositor
- 4.El que no puede colaborar ni oponerse:
“Cámbiame sin cambiarme”

Tipos de cambio:

- 1.Gradual
- 2.Geométrico-exponencial
- 3.Catastrófico

Reestructuración: Herramienta que permite cambiar la estructura del significado y la forma en que lo perciben. Ej: Meter miedo a la ayuda, una pequeña transgresión...

Experiencia emocional correctiva: Sentir para aprender, cambiar.



El arte de la estratagema:

- **Arte de metis:** astucia, audacia, habilidad.
- **Arte de la guerra:** vencer con el mínimo esfuerzo, eficacia y eficiencia, menos evidente posible, lenguaje a través de imágenes, evocador. Evitar ideas preconcebidas.
- **Arte de la persuasión:** manipulación-autoengaño para inducir al cambio.

Estratagemas esenciales:

Surcar el mar sin que el cielo lo sepa

Mentir diciendo la verdad

Hacer subir al enemigo al desván y quitarle la escalera

Partir después para llegar antes

Enturbiar las aguas para que floten los peces

Si quieres enderezar algo, primero aprende a retorcerlo aún más

Circular contra lineal, lineal contra circular

Matar a la serpiente con su propio veneno

Apagar el fuego añadiendo leña

Crear de la nada

Estratagema del truco revelado

Cambiar constantemente siendo los mismos

Vencer sin combatir

Estrategia



Estratagema

3.2 Trastornos alimentarios desde la TBE

1. ANOREXIA

SPR: Obsesión fóbica compulsiva (miedo a la comida - control)

Abstinencia de la comida y las sensaciones placenteras. Necesidad de control absoluto. Control con éxito. Gran fragilidad emotiva, extremadamente sensibles, intelectualmente refinadas (armadura).

Todas opositivas, no quieren cambiar porque no se ven como son. Quiero cambiar sin comer (paradoja).

Dos tipos de intervención en función de la edad-sistema en el que vive:

- Juvenil: objetivo: volver a ser lo bonita que puedes ser
- Adulta: objetivo: recuperar tu vida

Sintomatología asociada:

- Con movimiento compulsivo
- Con Atracones
- Con Vomiting
- Con Autolesiones
- Con Purgación (laxantes, enemas...)
- Con Abuso de sustancias
- Polisintomática o con Trastorno Límite de Personalidad

Tipos de anorexia:

- **SACRIFICANTE**

Hay una causa detonante, situación familiar particular.

Yo y los demás (función sistémica)

Tratamiento:

- 1r Estadio: Connotación positiva del sacrificio: prescripción del síntoma. Maniobra provocativa.

- 2º y 3º Estadio: Si no hay desbloqueo, trabajar relación con la comida (abstinente detrás).

- 4º Estadio: Consolidar autonomía personal: constancia, esfuerzo, papel activo, capacidad personal del paciente, habilidad de superar problemas eventuales, reforzar autoestima y autonomía.

Tipos de anorexia:

- **ABSTINENTE PURA:**

Compulsión fóbica. Yo y yo (función: ser mejor/+bella)

Sl:

- Abstinencia de la comida: después de un tiempo de las cosas placenteras
- Dieta
- Ejercicio
- Exigencia, rigidez.

Tratamiento:

Anestesia emotiva: Objetivo controlar sensibilidad y emotividad. 1º Guía para recuperar estas habilidades y 2º trabajar la relación con la comida.

Bloquear Sl:

- No incitarla a comer
- No controlar lo que come

● **1r Estadio: Captura sugestiva.** Indagar naturaleza del problema y SI.

- Aprender lógica y lenguaje
- Ampliar con énfasis su visión de la realidad
- Respeto, aprecio y aceptación
- Fórmulas positivas

Maniobras terapéuticas:

- Epistolario nocturno
- Fantasía del milagro y Técnica del como si nunca hubiera tenido el problema
- Reestructuración y bloqueo de las soluciones ensayadas. Conjura de silencio.

● **2º Estadio: Intervención perturbadora** con paciente, prescripciones a los familiares, intervención recuperar feminidad.

Maniobras terapéuticas:

- Expediente estético frente al espejo
- Untarse con crema en el espejo
- Como si los demás me vieran deseable, ¿Qué haría diferente? El más pequeño lo haces, cada día algo. Autoengaño inducido para sentirse realmente deseadas.

- Familiares: Observar sin intervenir + amplien y exasperen el problema (no llamarla a comer, no prepararle comida, decirle que no coma...) Frustración y descalificación del síntoma.

● 3r Estadio: Adquirir nuevos repertorios de percepción y reacción: pesar a simple vista, transgresión diaria, orden alimentario más saludable...

● 4º Estadio: Igual que sacrificantes.

Padres sacrificante: Intervienen (autoritarios)

Padres abstinentes: hiperprotectores.

Para las familias en función de SI:

Observar sin intervenir

Conjura de silencio (+ Pulpito?)

Frustrar el síntoma

Para las pacientes:

Connotación positiva del sacrificio

Prescripción del síntoma

Maniobras terapéuticas:

- Miedo mayor a la hospitalización (enemigo externo, crear colaboración)
- Fantasía de no engordar: qué comerías, evocar PLACER
- Estudiar la dieta e ir negociando (con las nutris). Hacer ver lentes deformadas.
- Pequeña transgresión alimentaria placentera
- Crear la historia de su trastorno (para que vea sus fracasos por culpa de la anorexia y tiempo de duración). Indagar en la causa-efecto (qué me ha quitado)
- Imagen análogica ARMADURA
- Pregunta del milagro

“¿Prefieres seguir entrando y saliendo del hospital, haciendo vida sin ser vida o crear una vida diferente y real?”

“¿Este es tu mejor equilibrio imaginable? ”

“Nadie va a cambiarte, si quieres que te ayude, necesito una mínima señal.
(Desafío)

Nardone habla mucho, evocador, sugestivo, lento, suave... Pero a la vez cosas claras y directivo: “10 sesiones sino te echamos, no podemos ayudarte y no queremos ser cómplices del trastorno”. (Ambivalencia)



Actitud depresiva:

¡La renuncia es la actitud de los vencidos!
“El que se rinde siempre pierde”. Confucio

No animarse demasiado, ir despacio y continuar con el desafío. Valorarle el cambio pero desconfiar y dudar de que no quite de otro lado...

Negociar: “¿Quieres añadirle azúcar o prefieres otra cosa diferente?”
Subir cantidad o cambiar calidad, no importa cuánto. **Comunicación NUTRI.**

Hambre extrema acaba llegando.

Cuidado no pasen a otra patología en el espectro: normalmente a Vomiting.

Tratamiento de la Anorexia desde la TBE		
Estadios	Sacrificante	Abstinente
1º	- Connotación positiva del sacrificio	- Metáfora de la armadura - Epistolario nocturno - Pregunta milagro - Reestructuración y bloqueo de las soluciones ensayadas familiares
2º		- Expediente estético y masaje con crema - Actúa como si nunca hubiese tenido el problema - Búsqueda de excepciones al problema
3º		- Transgresiones alimentarias diarias
4º	Consolidar autonomía personal y autoestima	

2. BULIMIA

Gran fragilidad emotiva con más dificultad de controlar sus reacciones.

SPR: Deseo incontrolable de comer. Sin conductas compensatorias.

Tipos de bulimia:

- **BOTERO** Como porque me encanta comer.

SPR: tendencia salvaje de atragantarse de comida por el puro placer de comer. Dinámica conflictiva entre el placer y el deber (imposición-transgresión).

- **ALCACHOFA** Como como refugio emocional.

SPR: Control de la comida por otro problema detrás, que hacer perder el control.

- **YO-YO** Como al perder el control después de la dieta

SPR: Alternancia entre control y descontrol “elegidos”.

Tratamiento

- 1r Estadio: Definición del problema y captura. Reestructuración.

Maniobras terapéuticas:

Cómo empeorar

Fantasía del milagro (sobre todo el alcachofa)

Utilidad del problema

Diario alimentario

- 2º Estadio: Truncar soluciones ensayadas después de tantas prohibiciones/control: Comer lo que quiera de forma concreta.

Maniobras terapéuticas:

Dieta paradójica + ejercicio placentero.

Si 1->5. Rebeldes: Si 1->7,9,11...

Aceptación del placer. Moralidad rígida: analogía sexo y amante secreto.

- 3r Estadio:

Hay dos direcciones:

1) Relación con la comida con guía hacia una alimentación variada, saludable, ordenada, equilibrada...

Maniobras terapéuticas:

Elegir organización alimentaria juntos (papel dietista-nutri) + Pequeña transgresión diaria.

2) Trabajar los aspectos relacionales profundos: Reconstrucción de las relaciones entre la paciente y los demás, la paciente y el mundo, la paciente y el otro sexo...

Maniobras terapéuticas:

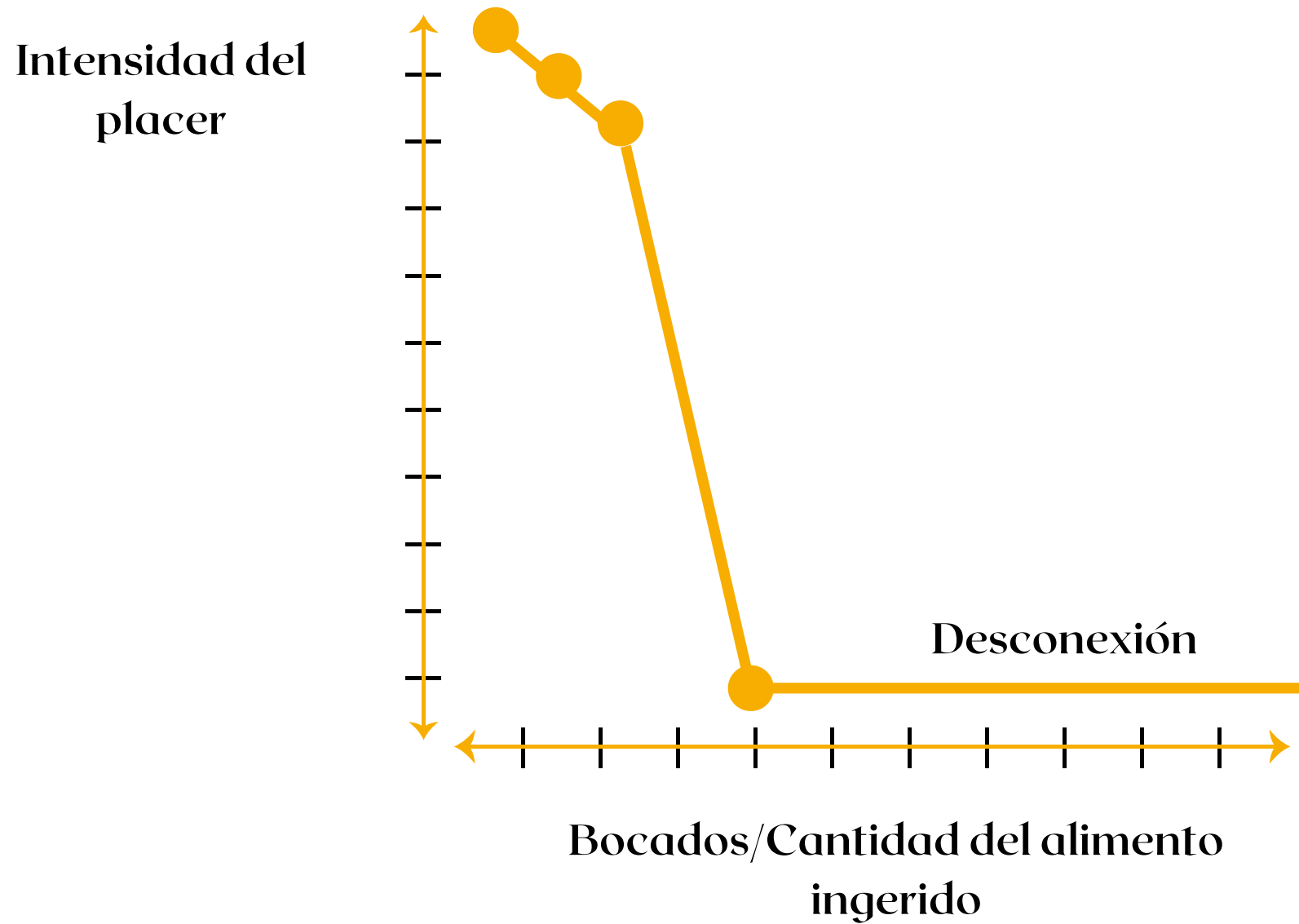
Como si me sintiera segura en la relación con los demás.

● 4o Estadio: Redefinición del nuevo equilibrio e incentivo autonomía personal.

Tratamiento de la Bulimia desde la TBE			
Estadios	Boteriana	Yo-yó	Alcachofa
1º	- Cómo empeorar - Pregunta milagro (sobre todo alcachofa) - Connotación positiva del síntoma- utilidad del problema - Reestructuración y bloqueo de las soluciones ensayadas familiares - Diario alimentario		
2º	- Dieta paradójica + ejercicio placentero - Si comes uno, comes cinco - Aceptación del placer (Moralidad rígida: analogía sexo y amante secreto)		
3º	Dos direcciones: 1) Guía alimentación variada: Elegir organización alimentaria juntos (papel dietista-nutri) + Pequeña transgresión diaria. 2) Guía relaciones personales: Como si		
4º	Consolidar autonomía personal y autoestima		

OTRAS HERRAMIENTAS RESPECTO AL PLACER:

- Aceptación del placer, neutral, “lo merezco sin sacrificio”.
- Sin placer no se activa completamente la sensación de saciedad.
- Buscar otras fuentes de placer.
- Evitar ponerse límites: si me lo permito puedo renunciar a ello, si no me lo permito se vuelve irrenunciable.
- Búsqueda placer cualitativo, placer mayor. Analogía Restaurante estrella michelín.
- Comer solo lo que le gusta: el cuerpo busca el equilibrio, ley de habituación.
- Miedo a no poder parar de comer (por el placer): autoeficacia, “autocontrol”, autoregulación.
- Técnica del bocado perfecto.



3. VOMITING

SPR: compulsión basada en el placer.

Tipos de vomiting:

- Transgresora inconsciente
- Transgresora consciente arrepentida
- Transgresora consciente satisfecha



Tratamiento

- 1r Estadio: Captar a la paciente por medio de maniobras comunicativas, afianzando la alianza terapéutica y la adherencia al tratamiento

Maniobras terapéuticas:

- Metáfora del amante secreto.
 - Pregunta milagro.
 - Reestructuración y bloqueos de las soluciones ensayadas familiares: conjura de silencio a la familia.
 - Lista de comidas a la madre.
- 2o Estadio: En función del tipo de transgresora.
 - Transgresoras inconscientes: Connotación positiva del síntoma (utilidad de su problema).
 - Transgresoras conscientes pero arrepentidas. Contrato+Técnica del intervalo.
 - Transgresoras conscientes y complacidas. Atracón perfecto + Búsqueda de otras actividades agradables.

● 3r Estadio.

- Transgresoras inconscientes y arrepentidas:** Trabajo de su relación con la comida y su ámbito personal y relacional: Transgresiones alimentarias diarias.
- Transgresoras conscientes y complacidas:** Prescribir un atracón-vómito una vez a la semana. Si hay más de dos a la semana:

Maniobras terapéuticas:

- Mantener dos atracones a la semana** e ir distanciando el segundo... +fuentes de placer
- Técnica del intervalo.** Si previamente no ha funcionado esta técnica, puede introducirse como maniobra final si existe una adecuada alianza terapéutica y la paciente expresa la necesidad de librarse del síntoma.

● 4o estadio: Tiene como objetivo consolidar el proceso terapéutico reforzando los cambios producidos gracias a la capacidad personal de la paciente.

Tratamiento del vomiting desde la TBE			
Estadios	Transgresoras inconscientes	Transgresoras conscientes pero arrepentidas	Transgresoras conscientes y complacidas
1º	- Metáfora del amante secreto - Pregunta milagro - Reestructuración y bloqueo de las soluciones ensayadas familiares - Lista de comidas a la madre/pareja		
2º	- Connotación positiva del síntoma	- Técnica del intervalo	- Aumentar la calidad de los atracones - Búsqueda de otras actividades agradables
3º	- Transgresiones alimentarias diarias		- Mantener 2 atracones a la semana e ir aumentando progresivamente la distancia temporal entre ambos -Técnica del intervalo
4º	- Consolidar autonomía personal y autoestima		

OTRAS HERRAMIENTAS:

- Preguntas específicas (somos expertxs en el tema- dos alternativas de respuesta):

¿Comes y vomitas todos los días o no siempre?¿

¿Una sola vez al día o más de una?

¿En las comidas o fuera de las comidas?

¿Comes cualquier cosa preparada o la cocinas?

¿La consigues de casa o te la compras tú?

¿Cómo vomitas con los dedos o te metes un cepillo?

- Cómo empeorar
- Atracón perfecto
- Como si el problema estuviera resuelto
- Metáfora del hada-brujita (hija-mujer perfecta fuera)
- Metáfora Dr Jekyll y Mr Hyde

- Contrato, provocación: Tendrás que demostrarlo, te pondré a prueba, déjame dudarlo... ¿Realmente no eres capaz o muy en el fondo no quieres ser capaz y siempre encuentras una vía de escape para hacerlo a tu manera? + Técnica de la escala
- Explicar truco de las prescripciones (no hay trucos): esperar es una tortura, crear miedo al ayuno que te prepara al siguiente atracón, es una trampa.
- Utilizar todos los elementos que trae a sesión: Si se compara y se siente muy fea: Silogismo aristotélico.
- Comorbilidad ANORGASMIA: Analogía arenas movedizas: cada vez estás más apretada y estás anestesiada de todas las emociones...
- Comorbilidad alergias, intolerancias, patologías digestivas o diabetes de la desregulación: Pautas nutri

“Es más fácil la abstinencia que la moderación” (San agustín)

Relación en función de la base:

- Anorexia: Cálida, cariñosa, cuidarla, lenta...
- Bulimia: hablar mucho del placer

Con obsesivas se pueden poner muchas prescripciones.

4. TRASTORNO POR ATRACÓN

SPR: Alternancia entre ayuno y atracón (pérdida de control)

Tratamiento

● 1r Estadio: Reestructuración del miedo al ayuno: ¿Para ti es el atracón el que crea el ayuno o el ayuno el que crea el atracón? Porque si el atracón crea el ayuno, podrías hacerlo siempre... Es al revés.

Reestructuración y bloqueo de SI familia

Diario alimentario

● 2º y 3r Estadio:

Pequeña transgresión placentera.

Diario de abordó (tabla de ansiedad)

Técnica del atracón perfecto?

Objetivo reducir al máximo los atracones hasta que se extingan. Valorar de cara a los cambios: menos cantidad, menos frecuencia, menos intensidad, menos malestar...

● 4o Estadio: Consolidar autonomía personal



Herramientas gestión emocional
(psicoeducación)
Trabajo cultura de dieta, restricción
física y mental.

Tratamiento Trastorno por Atracón desde la TBE

Estadios	
1º	- Reestructuración del miedo al ayuno - Reestructuración y bloqueo de las soluciones ensayadas familiares - Diario alimentario
2º y 3º	- Transgresiones alimentarias diarias - Diario de abordó - Dieta paradójica+Si comes uno, comes cinco - Búsqueda de otras actividades agradables
4º	- Consolidar autonomía personal y autoestima

ESTRATEGIAS DEJAR DE RESTRINGIR (cuando hay conciencia y predisposición):

Detecta tu resistencia, redáctala, redirige comiéndolo y repite

Comer demasiado en recuperación no existe

Momento presente

Surfea el impulso

Distracción mental: busca cinco cosas amarillas, recuerdos felices, series, escribir a alguien...

Correo no deseado o spam, botón imaginario de silenciar...

Come y olvida (no cuentes, no compares, no compenses)

Meditación vuelta al negro.

Hacer lo contrario.

Actitud "a la mierda" a cada "y si..."

Surfear el impulso, no hacer nada. "Let it goooo"

**¡Rehabilitación, Reprogramación, Recuperación!: Cómo Recuperarse de Anorexia
para el Adulto Decidido Versión Kindle
de Tabitha Farrar**

3.3 Otros trastornos asociados

AUTOLESIONES: ritual.

Causas traumáticas (mucho dolor) prolongado en el tiempo: placer

2 funciones, 2 tipos de personas:

- **SEDAR:** un dolor o malestar del pasado: carta al terapeuta
- **SENTIR:** alguna emoción fuerte (buscan placer): contraritual (mirándote al espejo para que salgan de sí mismx, para que sea más consciente, cambio en el ritual...)

Muchas preguntas: Cómo se cortan/x, cuándo, dónde...

Crear aversión:

-¿Cuándo te cortas te sientes mejor o peor?

-Mejor

-¿Y con el tiempo?

-Peor

-Entonces, según tú, si cuando te cortas lo haces porque te sientes sucia, asquerosa, fea... Te cortas y ahh, te sientes mejor, pero luego vuelven las emociones malas, más fuertes... Te estás convirtiendo en un pequeño monstruo, voy a acabar hablando con Frankenstein... Tú que querías ser más guapa y atractiva, para eso estamos aquí para ayudarte a ello...

OBSESIVO

Rituales para calmar ansiedad

Buscan reasegurarse: “¿Según tú?”

Reparadores: pasado (mayoría racionales)	Numerables: Si 1- >5,7,10...	Racionales	Conductuales
Previsores : futuro racional (mayoría) o mágico	A sensación: El pequeño desorden, la pequeña “violación”	Mágicos	Mentales: • Frases o blasfemias: escribir en sentido contrario. • Imágenes: cada hora 5’ piensas en esas imágenes. Si muchas peor fantasía.
Propiciadores: futuro mágico			

Hipocondría

Dismorfofobia

Patofobia

Obsesivos

Miedo a sufrir por
“x” trastornos

Fijación por
defectos a
corregir

Miedo a morir
por 1 trastorno

1 Fijación

Obsesivos

Duda patológica

Paranoia

Bloquear respuestas
Escribir preguntas y respuestas

DISMORFOFOBIA (o dismorfia corporal)

SPR: Fijación por un defecto real o imaginario. No puede dejar de pensar en ello. Dinámica ansiosa que se convierte en obsesiva.

Lentes deformantes o magnificantes.

Puede ser focalizado o generalizado.

Pongo soluciones para taparlo, disimularlo, ocultarlo: inicialmente me calmo pero luego si no lo hago van a descubrir que lo tengo y vivo con ansiedad. No solo taparlo, sino controlar que está bien tapado. El exceso de control le lleva al descontrol. Cuanto más cosas hago, más grande lo hago en mi mente (el defecto no para de crecer y ocupar espacio en la mente).

SI:

- Tapar, disimular, corregir...
- Control
- Evitar espejos, situaciones (ir a la piscina o playa, donde no pueda maquillarse...)
- Intervenciones quirúrgicas (pueden generar adicción)
- Filtros (EXCESO Y RIGIDEZ SE CONVIERTEN EN EL PROBLEMA)

Maniobras terapéuticas:

- Check up estético:
 - Si evita/no se mira al espejo, hay que hacerlo para confrontarlo y llegar a desbloquearlo. “Si evitas situaciones negativas, la preocupación crece”: Por la mañana y por la noche o 3 veces al día
 - Si se mira mucho: cada 1h
- Crear miedo y rabia al tratamiento: cuántos has hecho y sigues sin verte bien, pierdes el dinero...
- Lista de precauciones/evitaciones: puntuar de más importante y “necesaria” a menos. Cada día ver si puede añadir algo. Como si no tuviera este defecto estético, elegir una para no hacerla.
- Conjura de silencio + púlpito
- Diario señales de rechazo + creencia 0-10
- Carta al terapeuta dificultades diarias

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Estructural, no hay un problema definido, es su forma de vivir...

Casi todos comorbilidad con TCA, autolesiones, paranoia, Tr. sexuales...

Comunicación y relación lo prioritario (lo down, me lo creo, enemigo común, reestructuraciones...)

Objetivo: Encontrar su equilibrio más funcional. Buscar constancia. no extremos...

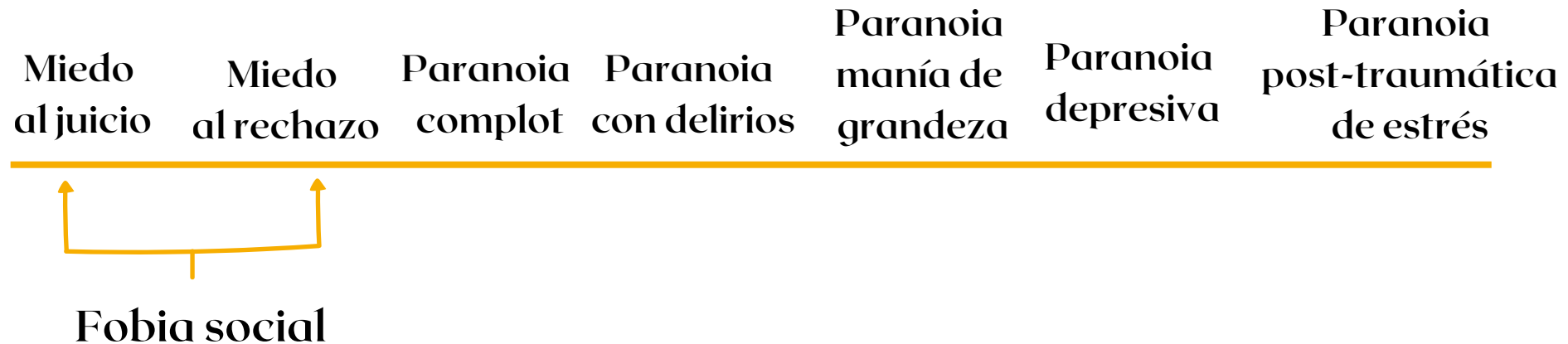
Dónde vemos problemas:

- Drogas
- Sexo
- Comida
- Vacío crónico
- Dinero, apuestas, shopping compulsivo...
- Inestabilidad emocional
- Mentiras
- Transgresores con las normas
- Manipulación
- Baja empatía, alexitimia
- Disfrutan de utilizar a los otros
- Dependencia afectiva
- Provocadores
- Seductores
- Suicidio
- Relaciones
- Buscan sensaciones fuertes

Maniobras terapéuticas:

- **Pregunta del milagro:** ¿Qué me gustaría hacer hoy como si mi problema estuviera resuelto? Y enfocar el día en esa dirección. "Crear de la nada" - Cambio catastrófico
- Como si y hacer la más pequeña.

ESPECTRO FOBIA SOCIAL - PARANOIA



- Miedo al juicio: Búsqueda de señales de rechazo “Hacer subir al enemigo al desván”- “Surcar el mar sin que el cielo lo sepa”. Pasar de certeza a duda + tener en cuenta profecía autocumplida.
- Miedo al rechazo: Buscar un pequeño rechazo o NO al día. Reestructuración de la vacuna.

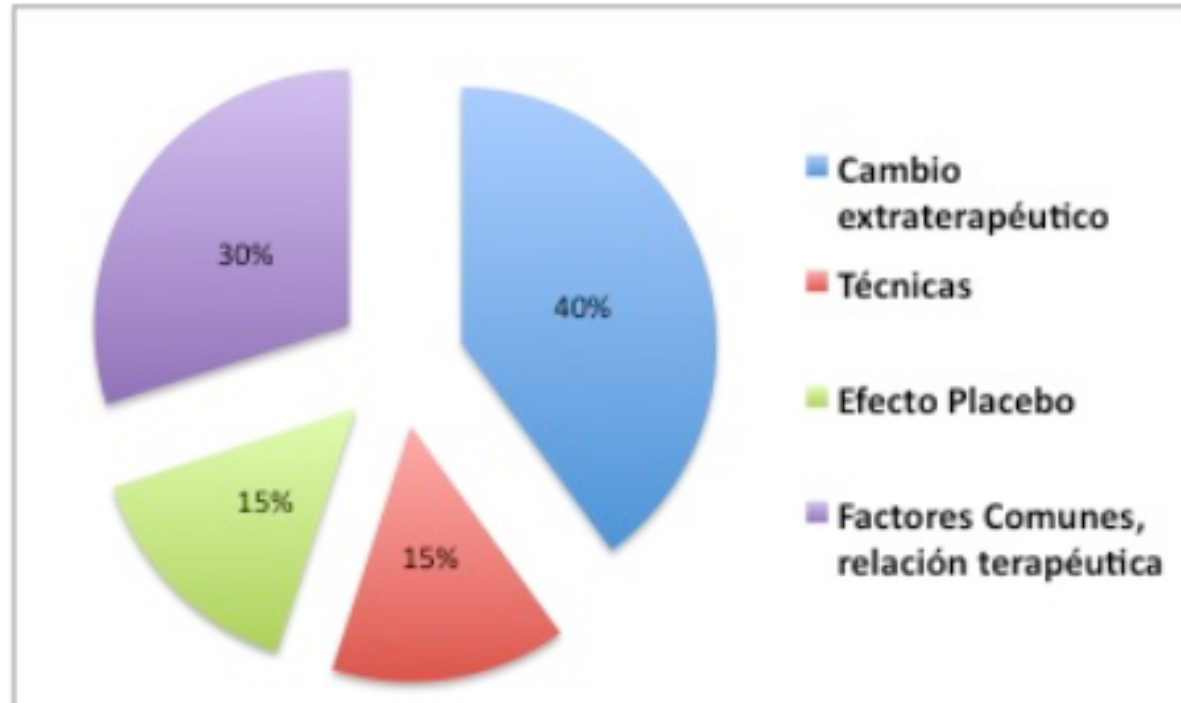
3.4 Perspectiva integrativa

La psicoterapia integrativa se basa en la idea de que ninguna teoría o enfoque terapéutico es suficiente para abordar todas las complejidades de la mente humana. En lugar de ceñirse a una sola teoría, se combinan elementos de varias escuelas de psicología, de forma que las intervenciones se adapten a las necesidades únicas de cada individuo.

Tener en cuenta la áreas {
Afectiva
Conductual
Cognitiva
Fisiológica
} de la persona.

Otras tipos de terapia que integramos en Kokoro:

- Terapias de tercera generación
 - Terapia centrada en soluciones
 - Terapia narrativa
 - Internal Family Sistem (IFS)
- {
Terapia de aceptación y compromiso (ACT)
Mindfulness
EMDR



Lambert, M. J. (1986). Implications on psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. New York: Brunner- Mazel.

SALUD ESPIRITUAL

ALMA



CUERPO

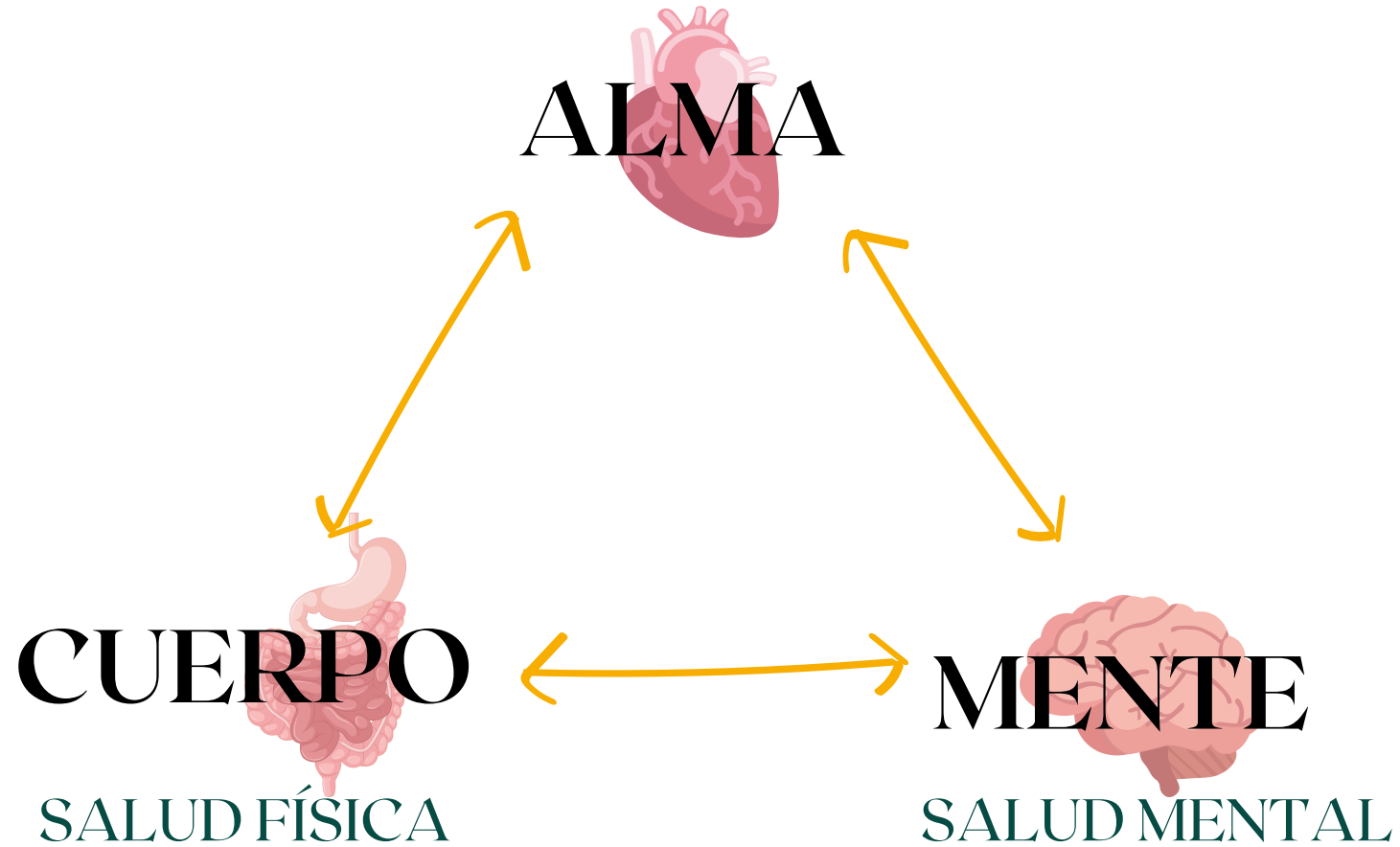


SALUD FÍSICA

MENTE



SALUD MENTAL



Terapia de aceptación y compromiso (ACT)

MIS ASUNTOS	LOS ASUNTOS DE LOS DEMÁS	LOS ASUNTOS DE LA VIDA/DIOS/ KARMA/ NATURALEZA
- Yo pienso - Yo siento - Yo digo - Yo hago	- Los demás piensan - Los demás sienten - Los demás dicen - Los demás hacen	Lo que ocurre y seguirá ocurriendo independientemente de mí, no tiene que ver conmigo


 Aunque sea de mí
 Aunque me afecte a mí



Busca el equilibrio entre:

- **Atención y aceptación** (entendida como la capacidad de ser conscientes de las sensaciones, pensamientos, sentimientos, etc. del momento presente).
- **Compromiso de llevar a cabo acciones** acorde con nuestros valores personales (trabajo de autoconocimiento y autoestima)
- **Procesos de cambio:** trabajar en aumentar nuestra flexibilidad psicológica, o acercarnos a lo que de verdad nos importa.



Mindfulness

Autores: Thích Nhất Hạnh, Jon Kabat-Zinn, Herbert Benson, Richard J. Davidson y Sam Harris.

- MEDITACIÓN FORMAL en el día a día para entender su mente y los pensamientos como vienen y van: pensamientos son pensamientos, no la realidad.
- MEDITACIÓN INFORMAL conciencia plena en una cosa que tenga que ver con comida y otra que no... Comer mientras comemos , duchar mientras nos duchamos.
 - Mindful eating o Comer con atención plena: Comer con los 5 sentidos



Trabajar con la niña herida y “las partes”

- Parte crítica y parte compasiva
- Parte adulta y parte infantil
- Parte responsable y parte disfrutona
- ...
- Ejercicio del autobús con todas mis partes



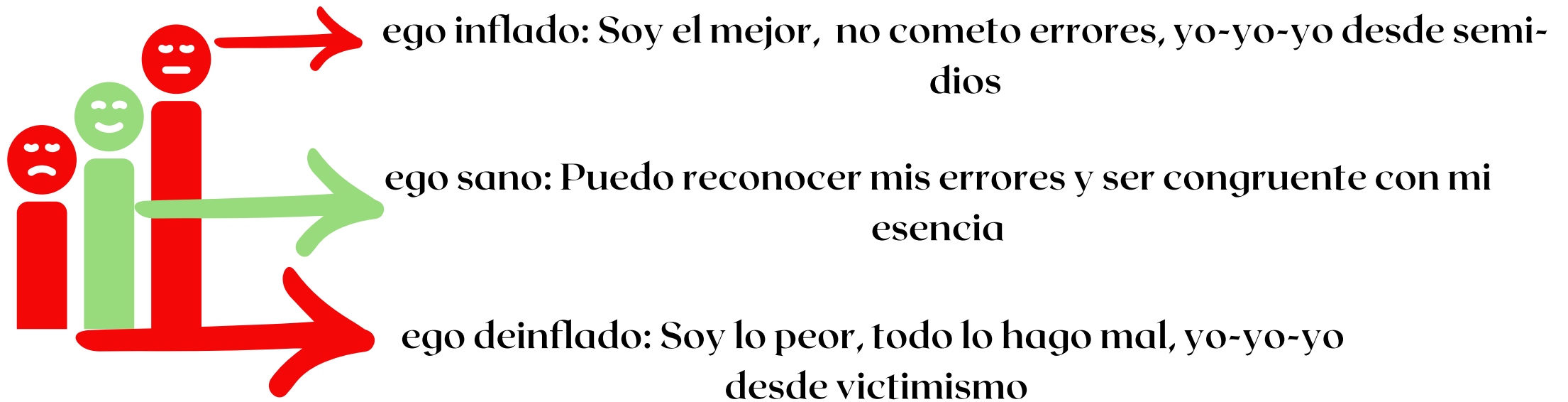
Trabajo de ego y esencia

¿Qué es el ego?



¿Qué es la esencia?





MENTE	CUERPO	ESPÍRITU
Pensar	5 sentidos	Confianza
Organizar	Antojos corporales	Ser suficiente
Planear	Bioquímica	Humildad
Crear proyecciones	Emociones	Pertenecer
Mundo paralelo fantasioso	Comunicación interpersonal	Relación con incertidumbre
Crear y resolver problemas	Campo energético	Amor

Morera, Verónica (2019). Pilares de condición humana de mente, cuerpo y espíritu con sus roles.

TAREAS “ad hoc”:

- Lista de opiniones sobre mí o mi cuerpo
- Carta de despedida a la dieta
- Carta de despedida al TCA
- Carta de despedida a la “María con TCA”
- Carta desde el futuro al presente
- Carta a las versiones anteriores de mí (con 8, 13, 17, 22 ...)
- Visualización sugestiva niña interior
- Silla rumiatoria (cuando se piensa de forma obsesiva en algo) para meterse 10 min a la emoción y concentrarse en ella y luego buscar otra cosa, música, hacer algo... Se puede prescribir media hora rumiatoria al día, escrita o no. Y el resto del día bloquear pensamientos.
- Escribir con la mano izquierda 3 veces un mantra antes de atracón

Max Planck: “Cuando cambias la manera de ver las cosas, las cosas que ves cambian.”

bonus

Herramientas prácticas para consulta

1. RUEDA DE LA VIDA



Puntúa del 0 (nada satisfecho) al 10 (totalmente satisfecho)

1. Área emocional: qué espacio te das en tu día a día para tomar consciencia de tus emociones.

2. Área de relación contigo

3. Área de pareja: tanto si tienes pareja como si no, puedes evaluar esta área.

Si no tienes pareja, evalúa cuánto de satisfecho te sientes con el hecho de no tenerla.

4. Área monetaria

5. Área profesional

6. Área de familia

7. Área de amigos

8. Área espiritual: cómo sientes que nutres tu relación contigo, los otros, el mundo, la naturaleza y todo lo que te rodea.

9. Área de conocimientos: cómo sientes que nutres tu sed de conocimiento (lectura, arte, viajar...)

10. Área de salud: cuánto sientes que cuidas tu salud física y mental. Revisiones al médico, dentista, fisioterapeuta, psicólogo...

11. Área de movimiento/actividad física

12. Área de alimentación: cuánto tiempo dedicas a la semana para hacer la compra, organizar tus menús o cocinar de forma consciente.

2. ¿DE QUÉ TIENE HAMBRE TU VIDA?

(Adaptada de Ana Arizmendi)



3. LÍNEA DE VIDA Y DIETAS

1980	2000	2018	2019
	primera dieta: farmacia	herbalife	

- Época/año
- “Pesos”- Fotos
- Sucesos que marcaron mi vida
- Tipo de dieta
- ¿Tuve éxito o fracasé? (A qué lo asocio)
- ¿Cómo me sentía mientras realizaba la dieta?(Emociones en torno a “dieta”)
- ¿Cómo me sentí al finalizar la dieta? ¿Por qué se acabó?
- ¿Qué factores no me ayudaron a mantenerme en mi peso o a no mantener los hábitos alimentarios?
- ¿En qué puede ayudarme un plan de alimentación esta vez?
- ¿Qué me gustaría que fuera diferente?
- IMPORTANTE: añadir fotos (ayuda a entender la dismorfia corporal)

**“Me gustaría estar lo gorda que me creía estar en
mi primera dieta”**

-Cualquier mujer que haya hecho dieta

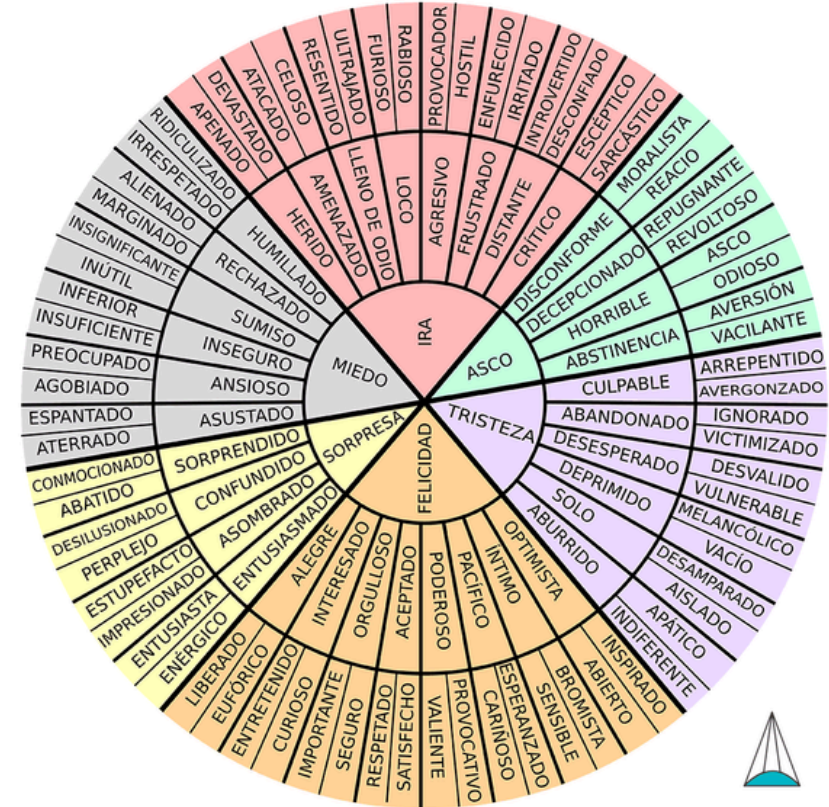
4. DIARIO DE A BORDO:

FECHA Y HORA	SITUACIÓN	PENSAMIENTOS	EMOCIONES	SENSACIONES CORPORALES

RUEDA EMOCIONES:

LISTADO SENSACIONES CORPORALES:

cosquilleo, hormigueo, espasmo, quemazón, torsión, relajación, tensión, ensanchamiento, espacio, empequeñecer, grande/pequeño, hinchazón, frío, húmedo, caliente, tibio, eléctrico, tirante, entumecido, hormigueo, vibrante, apagado, sordo, punzante, persistente, continuo, fijo, presión hacia fuera, presión hacia dentro, suave, áspero, presente, vacío, suelto, apretado, largo, corto, pesado, ligero, cargado, encajado, tirante, liso, helado, paralizado, constreñido, movedizo, tembloroso, quieto, rígido, duro, tierno, blando, energético, flojo, débil, fuerte, fluido, denso, pegajoso, agarrotado, abierto, cerrado, hundido, doloroso, entra, sale, sube, baja, flota, resistente, elástico, frágil, deformado, dúctil.



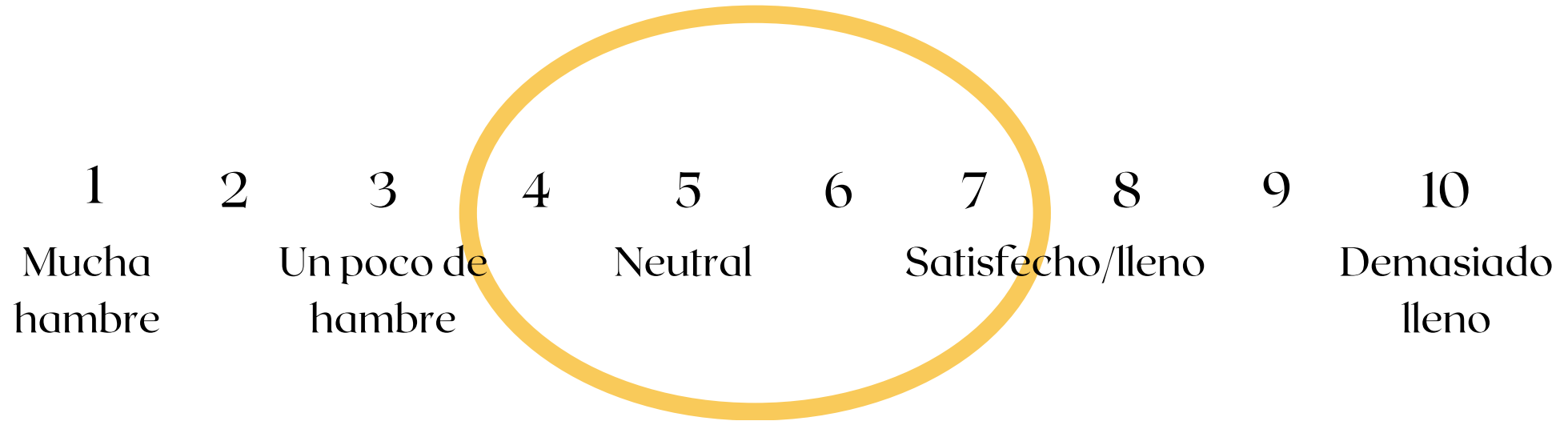
5. ESCALA DEL HAMBRE:

Reconecta con tus señales internas de hambre y saciedad

MUCHA HAMBRE	"Me siento débil, mareos, vértigo, dolor"	1
	"Con mucha hambre, irritable, ansioso, me comería cualquier cosa"	2
HAMBRE	"Siento incomodidad. Mi estómago hace ruidos del hambre que tengo"	3
	"Tengo hambre pero puedo esperar a comer, no malestar"	4
NEUTRAL	"No tengo hambre ni estoy lleno"	5
	"Noto el estómago lleno pero de forma agradable, podría comer un poco más"	6
SATISFECHO LLENO	"Siento saciedad y satisfacción, no necesito nada más"	7
	"Me siento incómodo y ya no puedo comer más"	8
MUY LLENO	"Me encuentro mal, dificultades en la digestión, pesadez"	9
	"Ganas de vomitar y malestar general"	10



ZONA IDEAL



6. DIARIO DE COMIDAS + EMOCIONES

7. ESCRITURA TERAPÉUTICA:

3r nivel de procesamiento de la información (1o pensar y 2o hablar)

Expresar sus sentimientos, emociones y pensamientos para:

- Ser más consciente.
- Conocerse más.
- Distanciarse del problema.
- Observar y sacar fuera las dificultades o síntomas y encontrar un sentido o solución.
- Permitir la posibilidad de ampliar perspectiva.
- Permitir mayor autocontrol a la hora de gestionar síntomas.



8. AUTOREGISTRO de conductas disfuncionales:

- FECHA Y HORA:
- SITUACIÓN:
- QUÉ COMÍ O TENGO GANAS DE COMER:
- ¿TENGO O TUVE SENSACIÓN DE PODER ELEGIR?:
- CANTIDAD: Foto como recurso
- NIVEL DE SACIEDAD ANTES DE COMER: (utilizar escala del hambre)
- NIVEL DE SACIEDAD DESPUÉS DE COMER: (utilizar escala del hambre)
- PRESENCIA O AUSENCIA:
- DISFRUTE:
- SENSACIÓN DE CONTROL:
- ¿CONCIENCIA DE EMOCIONES?:
- RAPIDEZ CON LA QUE COMÍ:
- EMOCIONES DE DESPUÉS DE LA INGESTA:
- INGESTA EMOCIONAL/COMPULSIVA/ATRACÓN:



9. EBOOK ALTERNATIVAS A LA COMIDA



10. ANALIZA LAS 4 C'S que mantienen tus atracones con fecha, hora y situación (como en el diario de a bordo)

- Culpa
- Compensación (ejercicio, restricción, vómito, laxante...)
- Comparación
- Comprobación (báscula, medidas, bodychecking...)