

CHARLAS QUE NUTREN

*Conversaciones con expertos en psiconu-
trición y TCA*

Copyright © 2025.

Todos los derechos reservados.

ISBN:

DEDICATORIA

Le dedico este libro a todas los profesionales que de forma desinteresada aparecen en este libro y quisieron compartir sus conocimientos. Pero también a todos aquellos que no figuran aquí y se dedican de forma diaria a sostener el sufrimiento de otras personas con su labor.

CONTENIDO

Prólogo	9
El problema está en la mirada y no en el cuerpo: Trabajo con imagen corporal: Gema García (@gemapsico).....	11
Patologías Digestivas , Malestar Emocional y TCA: Beatriz Titos (@bea.psicosingluten)	27
El estancamiento terapéutico en la recuperación de un TCA restrictivo: Eli Custo (@elicusto.psico)	63
Introgénia y puntos ciegos con pacientes preocupados por su imagen corporal: Estefania Del Barrio – Herguedas (@psicologia_en_armonia)	99
Diseñar un plan Nutricional Práctico para la recuperación de la Bulimia Nerviosa: Flor Horno (@nutricionflorhorno)	123
TCA subclínico y conductas de alerta con la alimentación: Glenda Hernández (@miananutri).....	155
Diversidad Sexual, Perspectiva de Género y TCA: Kike Esnaola (@forapsico)	175
El impacto Físico de la Restricción Alimentaria en los TCA – Paula Gisbert (@la.no.dieta)	203
Más allá de la alimentación: La relación entre TCA y trauma – Sandra Navo (@sandranao_psiconutri).....	221
Claves para Reconciliar el Ejercicio Físico en la Recuperación del TCA – Sara Tabares (@saratabares)	257

Prólogo

Cuando hablamos de nutrición, solemos pensar en alimentos, en cuerpos, en tablas, menús o calorías. Pero quienes trabajamos con personas —con historias, sufrimientos, síntomas que no caben en una hoja de Excel— sabemos que nutrir va mucho más allá. Implica mirar, escuchar, comprender. Implica reconocer que detrás de un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) no hay solo un problema con la comida, sino un conflicto con uno mismo, con el cuerpo, con el deseo, con el mundo.

"Charlas que nutren" nace de esa premisa: que nutrir también es compartir saber, construir puentes entre disciplinas, abrir conversaciones profundas, humanas, necesarias. Este libro recoge una serie de diálogos con profesionales que trabajan en la intersección entre la psicología y la nutrición, un territorio aún joven, desafiante, y a veces difuso, pero absolutamente imprescindible en el abordaje integral de los TCA y otras problemáticas alimentarias.

Cada charla es una ventana a distintas formas de entender y trabajar la psiconutrición. A través de las voces de quienes día a día acompañan procesos complejos, podrás conocer enfoques diversos, reflexiones honestas, recursos clínicos y también límites y preguntas que aún no tienen respuesta. Porque este libro no pretende dar fórmulas cerradas, sino abrir el apetito de saber más, de formarse, de implicarse.

En un contexto donde los TCA han aumentado de forma alarmante y el cuerpo sigue siendo un campo de batalla social, la formación rigurosa y el trabajo interdisciplinario ya no son una opción, sino una responsabilidad. Ojalá estas charlas te sirvan como punto de partida o como impulso para seguir creciendo como profesional. Que te nutran,

como nos nutrieron a quienes las vivimos.

Porque hay muchas formas de alimentar la vida. Esta es una de ellas.

El problema está en la mirada y no en el cuerpo: Trabajo con imagen corporal: Gema García (*@gemapsico*)

Alejandro Vera:

Estoy con Gema para una charla que me apetecía mucho porque he hecho varias formaciones con ella, así que hoy tengo la oportunidad de tenerla aquí delante.

¿Qué tal, Gema?

Como siempre, al comienzo de estas charlas, lo que os pido es que os presentéis un poquito para que la gente que no os conozca sepa cuál es vuestro bagaje.

Gema García:

¿Qué tal, Alejandro? Encantada de pasar un ratito contigo y con todos vosotros. Pues mira, yo soy Gema García, soy psicóloga, psicoterapeuta y terapeuta familiar.

Llevo acompañando a personas con trastornos alimentarios pues casi 20 años ya. Hice mis prácticas en un hospital de trastornos alimentarios, tenía clarísimo que a eso me quería dedicar. Después de acabar mis prácticas, me dediqué muchos años al trabajo en un dispositivo de hospital de día. Fueron diez años de aprendizajes impagables, viviendo un montón de situaciones que me enseñaron muchísimo y me curtieron tanto como terapeuta como ser

humano.

Y bueno, por circunstancias, ahora me dedico a la terapia ambulatoria. Dejé el dispositivo de hospital de día, que echo mucho de menos y no descarto volver en algún momento, ojalá. Ahora sigo atendiendo no solamente trastornos alimentarios, porque en paralelo a mi carrera acompañando a personas con TCA, también tengo un proyecto muy centrado en el trabajo con psicoterapeutas, en la salud mental del terapeuta y el autocuidado del terapeuta.

Así que ahí ando, equilibrando entre acompañar a terapeutas en su propio cuidado y atender a personas con trastornos alimentarios y, por supuesto, a sus familias. La parte de terapia sistémica y la vocación de terapeuta familiar me corre por las venas y siempre trabajo con las familias en mente o en sesión, siempre que podemos.

Alejandro Vera:

Nos vamos a centrar un poquito más en la parte de TCA, pero desde luego no estaría mal hablar también sobre la parte de los terapeutas, porque creo que es muy necesaria. Supongo que tú lo notas cada vez que haces una publicación en Instagram tocando ese tema, la cantidad de interacción que tiene, porque creo que es algo que necesitamos mucho: espacios y contenidos que nos hablen de estas cosas.

Pero bueno, eso para otro día. Hoy vamos a hablar de un tema que creo que en el resto de charlas del Congreso no ha salido específicamente: la imagen corporal. Es un tema que está muy presente en los TCA, pero no siempre se aborda de manera central.

La primera pregunta que quiero hacerte es: cuando hay un

trastorno dismórfico corporal o un problema de insatisfacción corporal muy evidente en un TCA, ¿hasta qué punto esto dificulta que la persona pueda salir del trastorno?

Gema García:

Bueno, pues absolutamente. Yo creo que los problemas con la imagen corporal forman parte del núcleo del problema.

Al final, la persona, generalmente a través de experiencias de rechazo, burlas, mensajes negativos o invalidantes sobre sí misma o sobre su cuerpo, acaba generando insatisfacción corporal. Y esta insatisfacción esconde la sensación de que ella misma es el problema, y su cuerpo se convierte en la proyección de ese problema.

Entonces, la solución que encuentra es: "*Si cambio mi cuerpo, todo estará mejor.*"

Y esto no es un pensamiento mágico sin más, sino que está reforzado socialmente. Los medios de comunicación nos venden la idea de que si tienes ese cuerpo "perfecto", además de cumplir con ciertos estándares como un determinado color de piel, una edad concreta y una apariencia específica, todo irá bien.

El problema es qué si no atajamos este aspecto, la recuperación es muy difícil. Le estamos pidiendo a la persona que vaya en dirección contraria a lo que ha entendido como la solución a su sufrimiento. Si cree que su cuerpo es el problema y que modificarlo es la única manera de alcanzar bienestar, ¿cómo va a comprometerse con hábitos saludables o con la recuperación ponderal si siente que eso va en contra de su objetivo?

Alejandro Vera:

Te voy a hacer una pregunta que creo que es de las más complicadas en este sentido.

Esa creencia de que cuando consigan ese cuerpo normativo les abrirá puertas y les traerá felicidad, ¿consideras que es una distorsión del pensamiento, un sesgo? ¿O realmente, cuando intentamos debatir esta idea con los pacientes, vamos un poco contracorriente?

Gema García:

Absolutamente, Alejandro.

Por eso te decía que no es simplemente un pensamiento mágico, sino que está validado por la sociedad. Nos enseñan desde pequeños que la delgadez y la juventud son sinónimo de éxito. Serás feliz, atractivo, querido, si encajas en el molde.

Y esto no solo afecta a las mujeres, también a los hombres. Vosotros también tenéis muchísima presión con el cuerpo, aunque a veces se hable menos de ello.

Vivimos en un contexto donde la insatisfacción corporal es normativa. No todo el mundo tiene trastorno dismórfico o TCA, pero prácticamente toda la población tiene algún nivel de insatisfacción con su cuerpo.

Y eso es un negocio multimillonario. La industria de la moda, la belleza y el adelgazamiento ganan cantidades ingentes de dinero a costa de la inseguridad de las personas. Cuanto más insatisfechos estemos, más consumimos. El problema es que esto tiene un coste brutal en términos

de salud mental. El TCA es el trastorno mental con la tasa de mortalidad más alta.

Alejandro Vera:

Literalmente, sí.

Es muy fuerte cuando piensas en ese término, el descontento normativo, porque significa que hemos llegado a un punto en el que la insatisfacción con el cuerpo no se percibe ni siquiera como un problema. Es como un "peso" con el que asumimos que tenemos que vivir.

Gema García:

Sí, y por eso es crucial incluir en la terapia un trabajo de pensamiento crítico hacia los mensajes de los medios y la cultura de dieta.

No basta con ayudar a una persona a dejar de hacer conductas restrictivas o compensatorias si seguimos dejando intacto el sistema de creencias que sostiene su insatisfacción corporal.

Si no trabajamos esto, la persona puede estar un tiempo "nadando a contracorriente" en su recuperación, pero cuando deje la terapia y vuelva a enfrentarse a la sociedad y sus mensajes, si no tiene herramientas, es muy fácil que vuelva a recaer.

Por eso el trabajo no es solo sobre el síntoma, sino sobre todo el contexto sociocultural que lo mantiene.

Alejandro Vera:

Totalmente de acuerdo. Y ahora, además de los medios tradicionales, tenemos las redes sociales, que han añadido una dificultad extra.

¿Cómo protegemos a nuestros pacientes de este bombardeo constante? Porque pedirles que no usen redes sociales es poco realista...

Gema García:

Sí, y cada vez es más difícil. Antes hablábamos de revistas de moda como influencias negativas, ahora son las redes. Yo trabajo con ellas en consulta el uso consciente de las redes sociales. No se trata de prohibir, sino de que la persona tome conciencia de cómo le afectan los contenidos que consume.

Les hago preguntas como:

¿Cómo te sientes mientras ves este perfil?

¿Cómo te sientes después?

¿Te ayuda en tu recuperación o lo dificulta?

A veces hacemos un detox digital, no para eliminar redes, sino para aprender a usarlas desde otro lugar.

Cuando alguien está en una recuperación temprana y sigue muchas cuentas de "TCA Recovery", puede parecer positivo, pero en realidad puede fomentar la comparación constante, que es muy dañina.

Por eso trabajamos en aprender a filtrar qué contenidos

nos benefician y cuáles no.

Alejandro Vera:

Realmente de acuerdo. Además, es un factor de mantenimiento que va siempre contigo. Y has dicho algo muy importante: desarrollar esa conciencia sobre cómo me siento al consumir ciertos contenidos.

Porque lo que está pasando ahora es que es muy difícil filtrar de manera crítica lo que vemos en redes, porque muchos perfiles aparentemente parecen estar en una línea positiva. No sé si estás viendo esto, pero hubo una época en la que me empezaron a salir muchos vídeos con el *#TCARecovery*, de chicas que documentaban su proceso de recuperación.

Podríamos pensar que es algo positivo, porque en teoría están motivando la recuperación, pero en muchos casos no. Lo que yo veía en consulta es que mis pacientes usaban esos perfiles para compararse constantemente: *"Estoy más delgada o más recuperada que esta persona?"*

Y luego están los perfiles *body positive*, que en principio parecen ir en la dirección correcta, pero en algunos casos lo que hacen es poner aún más el foco en el cuerpo. Aunque sea para hablar de diversidad, seguimos hablando del cuerpo una y otra vez.

Gema García:

Exacto, Alejandro. Estoy de acuerdo contigo en esto que dices.

Por eso es tan importante tomar conciencia de cómo me

afecta a mí cada contenido. Porque habrá personas a quienes estos perfiles de body positive o TCA Recovery les sienten bien y les motiven en su proceso, y otras para quienes sean un gatillo de comparación constante y obsesión.

Por eso yo no soy partidaria de soluciones generalizadas. No se trata de decir "eliminemos todas estas cuentas", sino de que cada persona haga una limpieza personalizada. Silenciar, dejar de seguir o cambiar los contenidos que consumimos según cómo nos afectan en este momento de nuestra recuperación.

Alejandro Vera:

Totalmente. ¿De qué manera crees que la cultura de dieta tiene una relación directa con los problemas de imagen corporal y que acabemos desarrollando una percepción negativa de nuestro cuerpo?

Gema García:

Bueno, la cultura de dieta es uno de los factores clave en todo esto.

El problema no empieza cuando la persona decide hacer una dieta. El problema se gesta mucho antes.

La insatisfacción corporal tiene mucho que ver con la vergüenza corporal, y la vergüenza corporal a su vez está conectada con la vergüenza nuclear. La persona, en algún momento, ha sentido que algo está mal en ella, que no es suficiente, que no es valiosa.

Y muchas veces esto no viene de burlas explícitas, sino de

pequeños mensajes que ha ido interiorizando a lo largo de su vida.

Alejandro Vera:

Sí, y a veces ni siquiera son burlas de los compañeros, sino de los propios profesionales.

Seguro que esto lo has visto muchas veces: la típica revisión médica en la adolescencia donde un profesional, con toda su seriedad, le dice al paciente que tiene que vigilar su peso, que debería cuidarse más.

Y de repente, ese adolescente se queda con la idea de que su cuerpo es un problema, que su cuerpo está mal.

Gema García:

Exacto. Y no solo pasa a los 14 años, pasa mucho antes. Cada vez vemos más casos de niños y niñas que son puestos a dieta desde edades muy tempranas. Y en vez de poner el foco en los hábitos familiares, se pone en el cuerpo del niño.

Si hay algo que revisar, revisemos los hábitos en casa, no hagamos sentir a un niño que su cuerpo es un problema. Porque ahí es donde empieza a gestarse la insatisfacción corporal. En ese contexto, la persona empieza a ver su cuerpo como un problema y cree que la única solución es cambiarlo.

Y aquí es donde entra la cultura de dieta. Nos venden la idea de que el cuerpo es algo que podemos y debemos cambiar. Que es fácil, que depende solo de nuestra fuerza de voluntad, y que cuando lo logremos, todo en nuestra

vida encajará.

Entonces, si yo siento que algo está mal en mí, la primera solución que encuentro es modificar mi cuerpo. Es lo que nos han dicho que se puede hacer, que está bajo nuestro control y que nos dará validación.

Pero ahí es donde todo se complica.

Alejandro Vera:

Aquí viene la pregunta complicada:

¿El cambio corporal puede ser una solución real para la insatisfacción corporal? Porque, desde un pensamiento lógico, si no te gusta tu cuerpo, parece razonable hacer algo para cambiarlo, ¿no?

¿Puede una persona que tiene insatisfacción con su cuerpo hacer una pérdida de peso y realmente mejorar su autoestima corporal?

Gema García:

Pues mira, yo siempre les digo a mis pacientes que si ponerse a dieta fuera una solución para la autoestima, sería una terapia.

Y no lo es. Si lo fuera, los terapeutas lo recomendaríamos como herramienta de intervención: "¿Te sientes mal contigo mismo? Ponte a dieta y todo se arregla."

Pero no funciona así. Porque la apariencia y la imagen corporal no son lo mismo.

Puedes cambiar tu apariencia, pero tu imagen corporal

puede seguir igual de dañada. De hecho, hay muchas personas con cuerpos normativos que siguen teniendo una imagen corporal negativa. Y hay personas con cuerpos diversos que tienen una imagen corporal saludable.

Así que no, cambiar el cuerpo no garantiza mejorar la relación con él.

Alejandro Vera:

Esto se ve clarísimo en la anorexia nerviosa.

Muchas veces, la persona cree que si alcanza cierto peso, se sentirá más segura. Pero lo que vemos es que, cuanto más se acerca al canon, más insegura se siente.

En consulta, te das cuenta de que, cuando más delgada está, más evita situaciones donde tiene que mostrar su cuerpo. Y se supone que, habiendo logrado el objetivo, debería sentirse mejor. Pero no pasa.

Gema García:

Exacto.

Y en anorexia, hay un fenómeno muy claro que llamamos luna de miel.

Al principio, cuando la persona empieza a perder peso, recibe muchos refuerzos sociales: "Qué bien te ves", "Estás más guapa", "Te veo genial". Y eso le da un subidón. Pero luego viene la caída.

Porque ese nivel de control y restricción no es sostenible. Empiezan las consecuencias físicas, psicológicas, el aislamiento social, los pensamientos obsesivos... Y lo que al

principio parecía un logro, se convierte en una cárcel.

Entonces, sí, hay un periodo en el que la persona siente que ha logrado lo que quería, pero es muy corto. Y lo que viene después es un infierno.

Alejandro Vera:

Y lo vemos también en personas sin TCA.

Alguien hace una dieta, consigue bajar peso y dice: "*Ahora me siento mejor con mi cuerpo*". Pero la pregunta es: ¿Hasta cuándo?

Porque si la satisfacción corporal depende de mantenerse dentro de ciertos estándares, es un estado frágil. El día que el cuerpo cambie por cualquier motivo (edad, embarazo, enfermedad, etc.), todo ese bienestar desaparece.

Gema García:

Exacto.

Y ahí es donde tenemos que trabajar en consulta para que la autoestima corporal no dependa de la apariencia. Porque si no, la persona queda atrapada en una relación de control y miedo con su cuerpo.

Alejandro Vera:

Me parece que has dado muchas claves fundamentales. Si te parece, podemos ir cerrando con algún mensaje final. Algo que creas que sea importante destacar.

Gema García:

Sí, creo que lo más importante es desafiar el discurso dominante sobre el cuerpo.

Entender que la imagen corporal no es solo un tema de estética, sino de identidad, de emociones y de historia personal.

Y sobre todo, recordar que nuestro cuerpo es un lugar para vivir, no un problema que resolver.

Alejandro Vera:

Es muy interesante la verdad. Estaría contigo aquí hablando mucho rato porque creo que se le puede sacar mucho juego a esto.

Pero bueno, te voy a ir también liberando ya, que llevamos un ratito. ¿Crees que hay alguna cosa que falte por decir, que todavía no hayamos mencionado?

Gema García:

Seguramente hay miles de cosas que podríamos seguir abordando, pero creo que hemos tocado muchos temas clave.

Si tú consideras que hemos hablado de los aspectos más importantes que tenían que estar sobre la mesa, por mí está fenomenal.

Durante esta charla hemos pasado por muchos puntos

esenciales.

Alejandro Vera:

Sí, creo que ha sido una charla súper completa.

Así que muchísimas gracias, Gema. Cuando te escribí para proponerte esto, lo hice sabiendo que seguramente iba a ser complicado porque estás muy liada. Aun así, encontraste el hueco y eso te lo agradezco un montón.

Gema García:

Muchas gracias a ti, Alejandro, por dar visibilidad al trabajo con personas con trastornos alimentarios.

Hay algo que no hemos mencionado y que me gustaría destacar antes de cerrar: la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria ha subido un 300% después de la pandemia.

Los terapeutas estamos viendo una sobredemanda brutal. Muchas veces no damos abasto para atender todos los casos que nos llegan, y eso hace aún más importante que se hable de este tema, que se formen nuevos profesionales y que se visibilice esta problemática.

Por eso, agradezco mucho que estés creando estos espacios.

Alejandro Vera:

Sí, ese es uno de los grandes objetivos de estas charlas. Además, en el entorno profesional hay un cierto estigma

en torno a los TCA. Se dice que son casos difíciles, complejos, que requieren mucha especialización... Y es verdad que tienen su complejidad, pero también creo que hay un miedo infundado a trabajar con ellos.

En mi experiencia, cuando entiendes cómo funcionan y cómo abordarlos, no son necesariamente más difíciles que otros casos.

Pero lo que está claro es que vamos a necesitar más gente formada en esto.

Yo todas las semanas tengo que derivar a pacientes y muchas veces me cuesta encontrar profesionales especializados. Así que espero que esta charla ayude a despertar el interés por formarse en este campo.

Gema García:

Totalmente.

Por eso animo a cualquier profesional que esté interesado en la salud mental a formarse en trastornos de la conducta alimentaria.

Sé que pueden dar respeto al principio, pero de verdad que es una población con la que trabajar es increíblemente enriquecedor. Nos obliga a estar en constante aprendizaje y crecimiento profesional, porque los TCA están en la intersección entre la psicología, la nutrición, la psiquiatría y la terapia corporal.

Es un reto, sí, pero también un privilegio. Tenemos la suerte de ser testigos de excepción de cómo las personas transforman sus vidas. Y eso es muy bonito.

Alejandro Vera:

Estoy completamente de acuerdo.

Pues nada, Gema, muchísimas gracias por este rato. Ha sido una conversación muy interesante y creo que a mucha gente le va a resultar útil.

Gema García:

Gracias a ti por el espacio.

Un abrazo.

Alejandro Vera:

Nos vemos.

Patologías Digestivas , Malestar Emocional y TCA: Beatriz Titos (*@bea.psicosingluten*).

Alejandro Vera:

Muy buenas, ¿qué tal? Un placer tenerte aquí. Lo de siempre. Para mí digo lo de siempre porque ya llevo varias charlas. Es que nos cuentes un poquito sobre ti y cono-
certe un poco más.

Beatriz Titos:

Muy buenas, igualmente. Pues mira, yo me dedico a trabajar sobre todo en la parte de psicología con patologías digestivas y trastornos de conducta alimentaria, un poco a cabeza y por propias experiencias personales. Yo creo que muchos de los que nos dedicamos a trastornos de conducta alimentaria o en general a cualquier especialización, creo que nos lleva un poco el haber tenido algún tipo de experiencia relacionada con ello y un poco solo que nos acabamos viendo especializarnos en una cosa o en otra.

Y a raíz de ahí, creo la clínica en la que estoy trabajando ahora mismo, que es una clínica de psicología y de nutrición. Y a partir de ahí, dando un espacio y un lugar seguro a esas personas que lo están pasando mal y que además vienen rebotadas también muchas veces de otros profesionales y que aquí puedan encontrar un poquito ese espacio de sentirse comprendidas, sentirse a gusto.

Alejandro Vera:

Hoy vamos a hablar de un tema que yo creo que nos cuesta tenerlo presente, poner el foco en la importancia de la salud digestiva en relación con el estado emocional de las personas y también con el TCA.

¿Cómo describirías la relación bidireccional entre salud digestiva y el estado emocional o la salud emocional de las personas?

Beatriz Titos:

Aquí podemos hablar desde dos puntos diferentes. Por un lado, cómo esa salud digestiva afecta al plano emocional y cómo, a la inversa, la parte emocional afecta al sistema digestivo. Nos podemos meter en temas orgánicos, temas biológicos. Al final, la microbiota provoca cambios y alteraciones en cuanto a muchos de los neurotransmisores que tenemos en cuanto a nuestro cerebro, desde serotonina, desde GABA, produce también alteración en cuanto al eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, liberando más cortisol.

Todos esos cambios, todas esas alteraciones que se producen en la microbiota, evidentemente tienen una influencia directa sobre la parte emocional. O sea, digamos que sería como la corriente más orgánica o más biológica. Pero luego, por el otro lado, tenemos la parte en la que las emociones sí que me afectan a la salud digestiva.

Si yo tengo, por ejemplo, un estrés sostenido en el tiempo

y además normalizado, que suele ser como lo peor, que no veo ni siquiera que estoy estresado, que estoy viviendo un poco de estrés en mi vida, no escuchar al cuerpo, al final todo eso provoca alteraciones orgánicas, sobre todo a nivel digestivo, también en otros sistemas del organismo, pero sobre todo a nivel digestivo. Entonces tendríamos como poco esa doble influencia de uno al otro y del otro al uno.

Al final todo va a través del nervio vago y eso es una conexión directa y bidireccional. Entonces lo que nos pase en un plano nos va a afectar de alguna manera en el otro plano y al revés.

Alejandro Vera:

En PNI está de moda hablar de la inflamación de bajo grado, que es como una relación indirecta del estrés.

Beatriz Titos:

Exactamente, el estrés prolongado en el tiempo provoca esa inflamación, ya no solo inflamación a nivel corporal, sino también neuroinflamación, que es otro de los síntomas más comunes que vemos, por ejemplo, en cuadros de patología digestiva: alteraciones en cuanto a la atención, concentración, memoria...

Nos quedamos siempre con el plano físico de inflamación digestiva, inflamación a nivel intestinal, inflamación a nivel

estomacal, pero luego también hay otro tipo de neuroinflamación que quizás pasa un poquito más desapercibida y también está muy relacionada con el plano emocional, de cómo estas personas acaban relacionándose en su día a día con ese problema.

Alejandro Vera:

Justo ayer estaba leyendo un artículo que hablaba sobre esto, que relacionaba la neuroinflamación con la toma de decisiones..

Beatriz Titos:

Exactamente, también es verdad porque al final parte de esa neuroinflamación también hace que de alguna manera nos percibamos como más vulnerables, más frágiles, menos capaces. Yo soy una persona que, de normal, que además es una de las quejas que yo más veo a mis pacientes...

Si yo soy una persona que yo de normal nunca he tenido problemas para tomar decisiones o yo nunca he tenido problemas a nivel de memoria, a nivel de concentración y yo de repente veo esas funciones mermadas, mi percepción sobre mí misma cambia radicalmente y eso también pues ya lo hablaremos luego quizás más adelante en el tema autoestima, cómo también esto se va a ver reflejado ahí.

Alejandro Vera:

Sí, sí, es muy curioso y creo que cada vez es más importante tener esta visión global y, como digo, muchas veces creo que los que estamos más enfocados en la salud mental lo ponemos todo ahí. Y evidentemente ocurre ahí, pero el nivel fisiológico es muy importante.

Las personas que trabajamos en ámbitos de alimentación, estamos viendo un aumento de patologías digestivas como el SIBO. ¿A qué se debe esto?

Beatriz Titos:

Bueno, esto se debe a varias cosas. Por un lado, sí que es verdad que hay un aumento de estas patologías, pero luego también hay un problema, y es que, de unos años para acá, se ha venido diagnosticando más estas patologías.

Antes eran personas que siempre habían tenido problemas digestivos, que desde pequeñas habían tenido molestias a nivel intestinal, dolores, o que eran personas con mucha diarrea o mucha descomposición estomacal. Pero nadie le daba prioridad. "Tienes problemas digestivos y ya está".

A partir de unos años para acá sí que se ha empezado a investigar un poquito más, se le ha puesto más foco a todo esto.

Alejandro Vera:

Yo estoy diagnosticado de Crohn. Bueno, hace mucho tiempo que estoy bien, pero recuerdo que durante muchos años mi diagnóstico fueron *gases*.

Beatriz Titos:

Exacto. De hecho, uno de los diagnósticos más comunes es esa dispepsia funcional, que traducido es "algo no te funciona bien, no te sabemos decir el qué, pero hay algo que no va bien".

Claro, eso es un diagnóstico un poco impreciso, porque ¿qué es lo que no funciona? ¿Por qué no funciona? Era como un cajón de sastre donde acabábamos muchas de las personas con estas patologías.

Entonces, por un lado, es cierto que ha habido mucha más investigación en los últimos 20 años, quizás menos, pero vamos a poner 20 años.

Por otro lado, también es que las condiciones de vida en las que vivimos son muy propensas a desarrollar problemas digestivos.

El nivel de estrés, la calidad de vida, la calidad de los alimentos, la mala conciliación familiar... Hay muchísimos factores que ahora mismo inciden en que yo tenga alteraciones a nivel digestivo.

Y como no los veo, pasan desapercibidos y se agrava el cuadro.

Alejandro Vera:

¿En qué lado de la balanza pones más peso a la hora de desarrollar patologías digestivas? ¿En un tema de hábitos saludables como puede ser la alimentación o en el tema del estrés emocional, etc.?

Beatriz Titos:

Pues mira, si te digo la verdad, creo que es un conjunto. Es decir, porque al final, dentro de esos malos hábitos, la salud mental también forma parte de un mal hábito en cuanto a mala higiene de sueño, no tener mis gustos o mis hobbies como una prioridad, es decir, solamente dedicar mi tiempo a trabajar o hacer las cosas de casa.

Parte también de cultivar esa salud mental y de tener una salud mental correcta pasa también por cuidar esos hábitos.

Entonces, yo creo que es una combinación de todo.

Y, de hecho, en la investigación se está viendo que hay tantos factores a favor de que esto tiene un origen psicológico como de que tiene un origen orgánico. Es que es multifactorial. No podríamos quedarnos solo con uno o con otro.

Alejandro Vera:

Uno de los mayores retos en la intervención tiene que ver este equilibrio con cuidar la alimentación para protegernos de posibles patologías digestivas, por ejemplo, llevando una alimentación antiinflamatoria, y por el otro lado, no caer en reforzar conductas restrictivas en relación a la alimentación.

Beatriz Titos:

Sí, porque al final el problema con todo esto no es que esté mal planteada la alimentación antiinflamatoria, sino que volvemos a un trabajo de restricción.

No deja de ser restringir. Entonces, sí, hay que tener una alimentación lo más buena y lo más sana posible, pero es que sano y saludable...

Dentro de sano y saludable entra también una categoría que es nutrirme de las experiencias, del placer de comer, del salir con amigos y desconectar de lo que estoy comiendo o no estoy comiendo.

Eso también forma parte de esa nutrición saludable. No solamente comer verduras, comer frutas, sino comer de todo y disfrutar de absolutamente todo.

Yo creo que ahí es donde nos estamos perdiendo el foco.

Alejandro Vera:

Claro. Es que la alimentación antiinflamatoria, aparte de que pone foco en lo que tienes que comer, hay mucho foco en lo que tienes que evitar.

Y eso... A mí, por ejemplo, llega un momento en que dije, bueno, voy a tomarme esto en serio, pero tampoco muy, muy en serio, porque claro, es para volverte loco, ¿no?

Desde el... Ya no solamente la alimentación, sino desde un perfume que te echas, dónde te lo echas, las sartenes con las que cocinas, los plásticos... O sea, es complicado, la vida no está diseñada de manera antiinflamatoria de manera natural.

Beatriz Titos:

Exacto. Y luego también que las personas, tal y como vivimos en la sociedad en la que vivimos, no podemos llevar un control sobre todos los aspectos de nuestra vida.

Es decir, si tú tienes que controlar tu alimentación, tienes que controlar el ambiente, las luces de tu casa, los tóxicos de tu casa, los tóxicos ambientales...

Es que al final acabamos generando personas obsesionadas con la salud.

Antes teníamos personas con una obsesión por la enfermedad y ahora estamos viendo que hay personas obsesionadas con la salud.

Entonces, sí que tenemos que intentar llevar una vida lo

más sana posible, pero también dentro de nuestras capacidades. Si no...

Alejandro Vera:

¿Qué relación hay entre TCA y patologías digestivas? Por ejemplo, es muy frecuente que en trastorno por atracón encontremos patologías como el SIBO. ¿A qué se debe esto?

Beatriz Titos:

Pues mira, primero, dependiendo del trastorno, todos los trastornos de los TCA tienen relación de alguna manera con patología digestiva porque al final...

O bien por inanición o bien por vómitos, por purgas, lo que estamos haciendo es alterar la microbiota estomacal. O sea, de alguna manera eso está influyendo negativamente.

Bien por, como hemos dicho, vómitos, al final el vómito es una producción constante de ácido. Ácido que pasa por el estómago, que sube hacia arriba.

Entonces, todo eso va a provocar una alteración a nivel intestinal.

Y luego, por otro lado, si estamos restringiendo alimentos a diestro y siniestro, le estamos quitando a nuestro cuerpo los nutrientes necesarios para funcionar correctamente.

Por lo tanto, de nuevo vamos a ver alteración a nivel funcional y a nivel orgánico en cuanto al sistema digestivo.

Entonces, normalmente es una de las secuelas que más solemos ver en trastornos de conducta alimentaria.

Alejandro Vera:

Claro, por ejemplo, en trastornos restrictivos, en el momento en que tú dejas de ingerir esos nutrientes que ayudan a la microbiota a funcionar bien, se empiezan a producir esas patologías digestivas.

Pero claro, hay una complicación porque entonces ese paciente que tiene que recuperar un ritmo de ingesta, precisamente se coloca en una posición de *"Ya, pero es que yo tengo SIBO, yo no puedo exponerme a ciertos alimentos, yo no puedo hacer esto porque va en contra de mi enfermedad"*.

¿Cómo los profesionales encuadramos esto para resolver esa situación que es compleja?

Beatriz Titos:

Yo siempre digo que lo principal es que tenemos que estar muy coordinados con el servicio de nutrición que esté llevando el caso.

Yo he visto casos, y de hecho uno en particular se me quedó muy marcado, de una paciente que venía con un

diagnóstico de SIBO y una disbiosis intestinal fuerte, además con un TCA activo, que es importante recalcarlo.

Su nutricionista le había pautado pesar el gramaje de los hidratos y las proteínas que iba a consumir para "tener una relación saludable con la comida".

Y claro, eso no es mi forma de trabajar.

Yo trabajo desde la flexibilidad tanto para la parte de patología digestiva como para la parte de TCA y su combinación.

Entonces, es fundamental que haya una sincronía en el trabajo con nutrición y psicología.

Si no, es imposible sacar adelante a un paciente. Si no hay una comunicación directa y constante con el profesional de la nutrición, es imposible.

Alejandro Vera:

Y en el caso de un nutricionista, ¿cómo enfocamos la recuperación de un TCA, ya sea trastorno por atracón o anorexia, con una patología digestiva donde hay que tener cuidado con ciertos alimentos?

Esa doble lucha entre la exposición a los alimentos y el cuidado con los alimentos que te pueden hacer daño.

Beatriz Titos:

Sobre todo con el discurso.

Donde yo veo más problemas ya no es tanto con la introducción o restricción de alimentos en sí misma, sino con el discurso inicial.

El denominar "alimentos buenos" y "alimentos malos", las tablas de colorines... Esas tablas que son horribles para un paciente con TCA.

Las típicas listas de alimentos en verde (permitidos), en amarillo (moderación) y en rojo (prohibidos).

Si ya a cualquier persona sin una mala relación con la comida le das eso, le generas un problema, porque le estás diciendo que hay alimentos que le van a destruir.

Y claro, eso genera un rechazo hacia esos alimentos.

Y estamos hablando de alimentos como el tomate o las judías verdes, que pueden estar en la lista roja simplemente porque son altos en FODMAP.

Ahora imagínate darle eso a una persona con un TCA. Esa persona va a generar una adicción a la lista verde y un miedo tremendo a la lista amarilla y a la lista roja.

Ahí ya estamos partiendo de una base equivocada. Eso no lo podemos dar a un paciente con un TCA.

Y hay que plantear que el trabajo va a ser muy despacio con un paciente que viene con un TCA y un SIBO o cualquier tipo de patología digestiva.

Plantear que va a haber que hacerlo de manera progresiva, muy coordinado, restringiendo lo mínimo posible y fomentando que esta persona vaya incorporando más alimentos poco a poco, desde la flexibilidad.

Si de repente te apetecen galletas, no pasa nada, te las puedes comer.

¿Está dentro de los alimentos "permitidos" para un SIBO? No, pero no pasa nada porque no va a retrasar tu tratamiento que te comas unas galletas.

Yo siempre le digo a mis pacientes: "¿Tú mejoras comiendo calabacín con pollo?". No.

"Pues entonces, si un día comes galletas, tampoco vas a empeorar de repente. No pasa nada".

Con un paciente con TCA hay que reforzar mucho esa flexibilidad y entender que va a ser un proceso largo, muy largo.

Alejandro Vera:

A ver, a lo mejor digo una barbaridad, pero supongo que habrá gente que es genéticamente más vulnerable a desarrollar este tipo de patologías.

Pero en un caso de un TCA, de alguna manera, ¿es un efecto indirecto del TCA en la mayoría de los casos?

Porque si esa persona, cuando no tenía TCA, su microbiota y su sistema digestivo estaban bien, lo natural es que si vuelve a hacer lo que hace una persona sin TCA, eso se

recoloque en su sitio, ¿no?

Beatriz Titos:

No necesariamente.

Eso es algo que los pacientes con patología digestiva no quieren escuchar, pero no necesariamente se vuelve atrás del todo.

Yo lo explico siempre con la metáfora del esguince en un tobillo.

Si te haces un esguince por primera vez, te recuperas rápidamente con un poco de reposo.

Pero si te haces tres o cuatro esguinces en el mismo tobillo, ya no necesitas un paso en falso muy grande para volver a hacerte daño.

Solo con pisar mal un bordillo, te lo vuelves a torcer.

Con la patología digestiva pasa igual.

Si el problema se ha agravado en el tiempo, y además sin diagnóstico, entonces el daño sigue avanzando.

No es lo mismo tratarlo rápido que cuando ya hay un daño acumulado.

Por eso, muchas veces, una persona desarrolla SIBO, luego intolerancia a la fructosa, luego a la lactosa, luego sensibilidad al gluten, luego candida intestinal... Es una cadena de diagnósticos.

Es como esguince sobre esguince sobre esguince.

Por eso, la vuelta atrás no siempre es una recuperación completa ni perfecta.

Alejandro Vera:

Claro, en cierta parte el daño permanece.

¿Hay algunas patologías digestivas que ves más claramente asociadas a malestar emocional?

Beatriz Titos:

Realmente casi todas pueden empeorar con la salud emocional.

Pero, por ejemplo, el tema de las intolerancias no deja de ser un problema de mala absorción.

Tú puedes desarrollar una intolerancia a la lactosa, fructosa o sorbitol que dure unos años y luego desaparezca.

¿Qué hace que desaparezca?

Cambiar rutinas, bajar el estrés, modificar hábitos.

Las intolerancias están muy relacionadas con el estrés.

Y el SIBO es candidata fiel a verse afectada por el sistema nervioso.

Alejandro Vera:

El colon irritable también es una de las que más veo en consulta.

Beatriz Titos:

Exactamente.

El problema del colon irritable es que se ha convertido en un "cajón desastre".

No es que no exista, pero se ha sobrediagnosticado.

Es como lo que pasó con el TDAH: llegó un momento en que todos los niños parecían tenerlo, y ya no sabíamos quién realmente lo tenía y quién simplemente era más inquieto.

Con el colon irritable ha pasado lo mismo.

Todas las personas con alteraciones digestivas acabaron metidas en ese diagnóstico.

Alejandro Vera:

Claro, porque en el colon irritable el problema es que no hay un correlato fisiológico claro para el diagnóstico, ¿no?

Para el SIBO, por ejemplo, hay que hacer un análisis de microbiota, pero ¿es una prueba 100% fiable?

Beatriz Titos:

Para el SIBO tenemos la prueba del aire espirado, que es como la de intolerancias.

No es 100% fiable porque el día previo tienes que hacer una dieta específica para que no se falsee el resultado.

Pero en general da buenos resultados.

El problema es que mide solo el SIBO de hidrógeno y el de metano.

Pero hay un tercer tipo, el SIBO de sulfuro, que todavía está en investigación y no se diagnostica con esa prueba.

Entonces, muchas veces el diagnóstico de SIBO se hace por sintomatología.

"Me resuena que tienes SIBO, pues tratemos como si fuera SIBO".

Está bien, pero la diferencia con el colon irritable es que ahí sí te mandan antibióticos.

Alejandro Vera:

Eso te iba a decir, que a veces el problema es que te diagnostican SIBO sin pruebas concluyentes y te mandan un tratamiento con antibióticos que quizá ni necesitas.

Beatriz Titos:

Exactamente. Y ya no solo eso, sino que hay otro problema que nos encontramos mucho, que es el miedo que se desarrolla a los antibióticos.

Los antibióticos son necesarios. No podemos hacer una vida sin antibióticos ahora mismo.

Por suerte, tenemos enfermedades para las que los antibióticos son estupendos. Tienes una amigdalitis, tomas amoxicilina y adiós amigdalitis. Maravilloso.

Pero claro, porque sabemos directamente a qué diana estamos apuntando.

En el caso del SIBO, no siempre está claro.

Y lo que ocurre es que los pacientes con patologías digestivas han empezado a desarrollar un miedo muy grande a los antibióticos porque ven que los toman constantemente y luego tienen repercusiones digestivas aún mayores.

Entonces, hay que tener mucho más cuidado. Hay que recetarlos en los casos necesarios, pero no como si fueran caramelos.

Alejandro Vera:

Bien.

Cambiando un poco de tema, tú me has dicho que eres paciente de SIBO, ¿verdad?

En tu caso personal y sobre todo en los de tus pacientes, ¿cómo afecta a nivel de identidad y autoestima el tener una patología digestiva?

¿Se convierte en algo que haces propio o consideras que el afrontamiento ideal es externalizarlo, decir "esto no es parte de mí, es solo una patología"?

¿Cómo lo ves en tus pacientes?

Beatriz Titos:

Mira, si te fijas, una patología digestiva no deja de ser un proceso de duelo.

Porque una patología digestiva llega y, dependiendo de la gravedad, va a implicar muchos cambios en tu vida.

Muchos cambios en tu forma de relacionarte, incluso en tu forma de ser.

Si antes te encantaba salir, hacer planes, subirte a la montaña a hacer senderismo o salir a cenar con tus amigas, de repente llega una patología que te genera síntomas incapacitantes.

Cuadros de diarreas, cólicos intestinales, bajadas de tensión, dolores de cabeza muy fuertes, estreñimiento...

Son síntomas que te impiden hacer una vida "normal", entre comillas.

Entonces, ya no puedes subir una montaña con la misma facilidad porque tienes fatiga crónica.

Y la fatiga crónica en patologías digestivas es algo de lo que no se habla lo suficiente.

Así que, claro, muchas cosas de tu día a día cambian.

Y tu identidad se ve afectada, porque la forma en la que hacías las cosas antes cambia.

Pero eso no significa que la pierdas.

Significa que, durante un tiempo en el que la enfermedad está más activa, tendrás que hacer ajustes.

Es como cuando tienes gripe: estás metido en la cama con una manta hasta arriba y no quieres que nadie te hable.

Pues esto es un poco igual.

Hay que aceptar que va a haber cambios, pero eso no te define.

Externalizar la enfermedad ayuda a no identificarse con ella, pero hay que aceptar que va a formar parte de tu vida, al menos por un tiempo.

Y ese tiempo hay que vivirlo lo más plenamente posible, adaptándose a las nuevas realidades.

Eso por la parte de la identidad.

Pero es que luego, por la autoestima, también hay tela.

El problema es que hay dos síntomas muy llamativos en la enfermedad digestiva.

Uno es la pérdida de peso, que puede ser muy grande.

El otro es la inflamación.

La famosa "barriga de embarazo de cinco meses", esa hinchazón exagerada que aparece con ciertas patologías digestivas.

Entonces, de repente, te levantas con el abdomen plano y, conforme avanza el día, parece que tienes una barriga enorme.

Claro, cómo te sienta la ropa, cómo te ves en el espejo, el asociar esa hinchazón con la enfermedad y con los síntomas que vendrán después...

Todo eso afecta muchísimo a la autoestima.

Las personas se ven vulnerables porque ya no pueden hacer lo que hacían antes.

Tengo, por ejemplo, una paciente que estaba preparando oposiciones y viene con un cuadro digestivo fuerte.

Y me dice:

"Yo antes podía sentarme seis horas seguidas a estudiar. Ahora me siento una hora y media y me siento tonta".

No es que ella haya perdido capacidades.

Es que sus capacidades están mermadas por la enfermedad.

Aceptar eso no es fácil.

Alejandro Vera:

Y a nivel de imagen corporal, imagino que te encuentras muchos casos de personas que intentan revertir esa hinchazón con restricción alimentaria.

Pero evidentemente eso no va a ser eficaz, aunque muchas veces empieza por ahí la relación entre imagen corporal y TCA.

Beatriz Titos:

Sí, aunque en muchos casos, más que restricción alimentaria, lo que veo es compensación con el deporte. Las personas empiezan a hacer más ejercicio, a ir más al gimnasio, a meter más rutinas de entrenamiento para intentar "controlar" la inflamación.

Alejandro Vera:

Sí, cuando digo restricción alimentaria no me refiero solo a no comer, sino a evitar ciertos alimentos o compensar si se ha comido algo "prohibido".

Beatriz Titos:

Claro, ten en cuenta que en patologías digestivas, los pacientes ya están muy concienciados con los alimentos que "no pueden" tomar.

Es lo que te decía antes, la lista roja.

Entonces, ese tipo de alimentos ya no forman parte de su día a día.

De hecho, comerse una galleta puede ser un hito, un gran acontecimiento.

Alejandro Vera:

Claro, pero esto sucede cuando la persona ya está más trabajada y entiende su diagnóstico.

Pero en muchos casos, yo me encuentro con personas que tienen hinchazón y, hasta que reciben un diagnóstico y aprenden sobre alimentación antiinflamatoria, pueden pasar meses o años en los que desarrollan un TCA sin darse cuenta.

Beatriz Titos:

Sí, totalmente.

Sobre todo porque muchas veces van por libre.

Buscan en internet, leen sobre alimentación antiinflamatoria, empiezan a probar cosas sin supervisión y acaban restringiendo cada vez más.

Y ahí es donde muchas veces vemos que la restricción alimentaria puede derivar en un TCA.

No siempre con un foco en la imagen corporal, sino en un

intento de control sobre la alimentación y el malestar.

Pero yo, por ejemplo, lo veo más en la compensación con el deporte que en la restricción de alimentos.

Muchos pacientes dicen:

"Tengo la barriga súper inflamada, así que voy a hacer más deporte para quitarme esto".

Pero claro, si es inflamación, ya puedes pasarte el día haciendo abdominales que seguirás teniendo inflamación.

Alejandro Vera:

Sí, de hecho, incluso puede empeorar.

Mira el caso de Lladós, el *influencer fitness*, que ha desarrollado una disbiosis intestinal y se le ve ahora con una hinchazón brutal.

Beatriz Titos:

Exacto.

Ahora se ve la inflamación con cuadraditos encima, pero sigue siendo inflamación.

Y ahí está el problema: querer controlar con ejercicio algo que no se soluciona así.

Hay que trabajar la aceptación de que hay cosas que no podemos controlar, que ni la alimentación ni el deporte

van a eliminar una patología digestiva de base.

Alejandro Vera:

Sí, sí. A menos de manera inmediata, como reacción inmediata, que es un poco lo que buscan los pacientes: aliviar la ansiedad mediante la compulsión.

Como profesionales de la nutrición, ¿qué podemos hacer para prevenir el desarrollo de patologías digestivas cuando un paciente llega a consulta y dice: "Quiero un plan de alimentación para tener más energía o para perder peso"?

¿Qué cosas tendríamos que tener presentes para evitar fomentar patologías digestivas sin darnos cuenta?

Beatriz Titos:

Realmente, desde la nutrición, no tanto... siempre y cuando no se promueva una nutrición restrictiva o que demonice alimentos.

Eso es quizás lo peor que podemos hacer: demonizar alimentos.

Muchas veces me encuentro pacientes que llegan y me dicen: "Me han dicho que el azúcar es cáncer para mí".

A ver, no es lo más saludable del mundo, pero estamos partiendo de una base equivocada.

No es lo mismo comer azúcar en cada comida del día que tener momentos puntuales en los que tomas algo dulce sin culpa.

Entonces, lo fundamental desde la nutrición es evitar restricciones innecesarias.

Por ejemplo, si no hay un problema real con el gluten, porque no tenemos un diagnóstico que lo justifique, no hay razón para retirarlo.

Alejandro Vera:

Te quería preguntar por eso, porque en tu perfil de Instagram pone "*Bea psico sin gluten*".

No sabía si era porque apoyas la idea de que el gluten es proinflamatorio o si era solo un chascarrillo.

Beatriz Titos:

En mi caso, es porque me diagnosticaron sensibilidad al gluten no celíaca.

Tiene pinta de que era una celiacía que no se diagnosticó bien y, a estas alturas, no vamos a hacer más pruebas introduciendo gluten porque ya sabemos que es un desastre cuando lo hemos intentado.

Entonces, por eso mi alimentación es 100% sin gluten.

Pero, justamente por eso, no soy partidaria de retirar el

gluten cuando no es necesario.

Siempre intento recordárselo a mis compañeros nutricionistas: "No retiréis el gluten si no hay pruebas que lo justifiquen".

Porque no es solo un tema nutricional, sino de calidad de vida.

Alejandro Vera:

Claro, porque el gluten en esencia sí que podríamos considerarlo un alimento proinflamatorio, ¿no?

Pero tú abogas más por la flexibilidad, porque tiene más beneficios que perjuicios si la persona no tiene un problema real con él.

Beatriz Titos:

Exactamente.

Yo, desde la psicología y desde la nutrición, siempre abogo por la flexibilidad.

No considero que haya nada absolutamente bueno o absolutamente malo.

Todo en los extremos es problemático.

Alejandro Vera:

Estoy totalmente de acuerdo contigo.

Luego es verdad que hay casos de personas que tienen un sistema digestivo muy sensible y necesitan ajustar más la alimentación, pero en principio...

Beatriz Titos:

Claro, pero como tú dices, en esos casos ya hay pruebas de base que te están diciendo que esa persona necesita hacer un tratamiento específico.

Si a una persona le diagnostican SIBO, no hay ninguna necesidad de retirar el gluten por defecto.

Hay muchísimos estudios que muestran que no hace falta retirar el gluten para tratar el SIBO.

Pero, sin embargo, se hace.

¿Por qué?

Porque es lo fácil. "Esto es inflamatorio, te lo retiro".

Pero muchas veces eso puede llevar a diagnósticos erróneos.

Por ejemplo, trabajo mucho con pacientes celíacos y hay muchas personas que no son diagnosticadas correctamente de celiaquía porque retiraron el gluten antes de hacerse las pruebas.

Y luego, cuando quieren confirmarlo, no pueden porque

para diagnosticar celiacía hay que volver a introducir gluten en la dieta, y muchos pacientes no quieren o no pueden hacerlo porque se sienten fatal.

Alejandro Vera:

Porque a raíz de retirar el gluten pueden generar sensibilidad al gluten, ¿no?

Beatriz Titos:

No, no necesariamente.

Cuando hablamos de celiacía, hablamos de una enfermedad autoinmune.

Es decir, genéticamente tienes una predisposición, como quien tiene ojos azules o marrones.

Lo que ocurre es que esa predisposición puede expresarse o no a lo largo de la vida.

Tú puedes tener el gen de la celiacía y no desarrollarla nunca.

O puedes desarrollarla en algún momento por una combinación de factores.

Ahora bien, lo que no va a pasar es que, por dejar de consumir gluten, vayas a desarrollar celiacía.

Eso no funciona así.

Si tienes la genética para desarrollarla, se activará en algún momento, hagas lo que hagas.

Alejandro Vera:

Pero digamos que dejar de consumir gluten no va a hacer que ese gen se exprese ni que tengas más probabilidades de desarrollar celiacía.

Beatriz Titos:

Exacto. No tienes ninguna mano ahí.

Eso va por libre.

Es como cualquier otra enfermedad genética: si tiene que expresarse, se expresará en algún momento determinado.

Alejandro Vera:

De todos modos, estamos hablando en términos dicotómicos: gluten sí o gluten no.

Pero supongo que también habrá un tema de regulación del consumo.

Si yo como muchísimo pan y tengo una patología digestiva, no eliminaré el gluten, pero sí reduciré la cantidad que consumo.

Beatriz Titos:

Sin problema.

No habría ningún problema en modular la alimentación según cómo se sienta mejor la persona.

Lo importante es no demonizar los alimentos.

Porque si una persona se queda con la idea de "esto es inflamatorio", empezará a retirar el gluten, luego la leche, luego el azúcar, luego todo...

Y al final, se queda con una alimentación súper restringida sin necesidad.

Alejandro Vera:

Y, sobre todo, creo que lo importante es ir introduciendo cambios de manera progresiva y natural.

No hacer un cambio radical de la noche a la mañana por pensar que algo es malísimo.

Si, por ejemplo, a mí no me cuesta nada cambiar el pan normal por uno de harina integral o de centeno, lo hago.

Pero sin la mentalidad de "*esto está prohibido*", sino de forma natural.

Beatriz Titos:

Exactamente.

Porque si no, lo que hacemos es generar miedo a los alimentos.

Y entonces, cuando llega el día en que tienes que comer algo con gluten, te lo comes pensando: "Verás tú esta noche la inflamación que voy a tener".

Y al final, todo ese estrés y nerviosismo probablemente te dé más síntomas que el propio pan que te estás comiendo.

Alejandro Vera:

Y lo que decíamos antes: el autocuidado no tiene fin.

Te puedes volver todo lo obsesivo o rígido que quieras con la alimentación y siempre habrá algo más que puedas controlar.

Llega un punto en el que tienes que decir: "Mira, esto que me siente como tenga que sentar".

Si hay mucho dolor y mucha patología, entiendo que la persona ajuste más.

Pero, en general, creo que el marco tiene que ser flexible.

Beatriz Titos:

Totalmente.

Yo siempre digo que esto es un juego de equilibrios.

En un lado de la balanza está la salud digestiva y en el otro

la salud mental.

A veces tendrás que priorizar la salud digestiva.

Si ayer cenaste algo pesado y hoy tienes un ardor horrible, pues quizá te hagas un caldito de pollo en vez de unos macarrones.

Pero habrá momentos en los que la balanza gire y priorices tu bienestar social o emocional.

Alejandro Vera:

Exacto. Y cuando el cuerpo tiene dolor, muchas veces ni siquiera te pide ciertos alimentos.

Cuando yo tenía brotes de Crohn, no me apetecía tomar ciertas cosas porque el cuerpo me pedía lo que necesitaba.

Pero en un TCA esto no ocurre, porque el hambre es mental y no está guiada por sensaciones reales del cuerpo.

Beatriz Titos:

Justo.

Porque en un TCA las personas han ignorado sus señales de hambre durante tanto tiempo que ya ni las perciben.

Alejandro Vera:

Bueno, Bea, creo que hemos cubierto un montón de temas súper interesantes.

Muchas gracias por estar aquí y por compartir toda esta información.

Beatriz Titos:

Gracias a ti. Ha sido un placer.

Alejandro Vera:

Nos vemos pronto. ¡Un abrazo!

Beatriz Titos:

¡Un abrazo!

El estancamiento terapéutico en la recuperación de un TCA restrictivo: Eli Custó (@elicusto.psico)

Alejandro Vera:

Antes de empezar ya con las preguntas a saco, cuéntanos un poquito sobre ti, Eli.

Eli Custó:

Pues yo soy psicóloga y dietista, aunque fui antes dietista que psicóloga.

Justamente empecé a estudiar nutrición desde la enfermedad, desde el padecimiento de un trastorno alimentario. Fue lo que exacerbó y generó mi interés por la nutrición.

Y ya la vida me llevó a un punto donde tomé conciencia de que no me estaba relacionando bien ni con la alimentación, ni con el movimiento, ni con la autoimagen.

Me di cuenta de que eso que yo decía que hacía por salud, en realidad no tenía salud.

Eso me inspiró a graduarme en psicología para poder ayudar a otras personas que también sufrieran problemas con la alimentación.

Alejandro Vera:

Te conocí en el podcast de *Soy Cómo Como* y me gustó muchísimo tu intervención.

Lo siguiente que hice fue comprarme el libro, o sea que me ha gustado mucho tu trabajo.

Hoy vamos a hablar de un tema que creo que para los profesionales es bastante interesante y relevante.

Es esta frustración que podemos sentir muchas veces los profesionales cuando trabajamos con un caso de TCA y hay estancamiento.

Incluso a veces las familias, cuando el paciente es menor, nos transmiten esa impresión de: *"Es que no acaba de mejorar, es que no acaba de subir de peso"*.

Creo que este es un tema que a muchos profesionales que trabajamos con este colectivo nos puede traer de cabeza en ciertos momentos.

¿Cuáles son los miedos y resistencias más habituales que te encuentras en pacientes con TCA de tipo restrictivo cuando tienes que empezar a trabajar la parte de reintroducción de alimentos?

Eli Custó:

Yo creo que el miedo estrella acostumbra a ser el miedo a subir de peso.

Porque, de repente, son perfiles que llevan muchísimos años vinculados al trastorno alimentario, con un déficit energético prolongado en el tiempo y, por lo tanto, con un cuerpo suprimido durante muchos años.

Así que el miedo no es solo a subir de peso, sino a perder una identidad vinculada a la delgadez o una identidad vinculada al TCA.

Se han construido normas en torno a cómo como, cómo me muevo...

También hay un miedo muy manifestado por las pacientes en su propia terminología: "*Voy a perder el control*".

Obviamente, el control ya lo tiene el TCA, no la persona, pero ese es el miedo que expresan.

Porque están acostumbradas a lo predecible:

- Comer siempre *ABC*,
- Controlar las porciones,
- Establecer una pauta de entrenamientos,
- Ejercer conductas de *body checking*.

Todo esto es predecible, les resulta familiar y, por lo tanto, les da confort.

A menudo, lo que nos toca a los profesionales es ayudarles a discernir entre lo que es confort familiar y lo que realmente les genera bienestar.

Porque lo que da confort no siempre es lo que hace bien.

Al final, el TCA es una suma de hábitos restrictivos:

- *"Desayuno solo esto y con estas porciones",*
- *"Al mediodía hago tal cosa",*
- *"En la cena, esto otro".*

Todo se convierte en un ritual, en normas que les dan control.

Así que también hay un miedo profundo a perder todo esto.

Alejandro Vera:

Existen diferentes enfoques para trabajar esa disminución del control.

En tu libro hablas de la reintroducción gradual y de la estrategia *All-In*.

¿Puedes explicar las diferencias entre ambas y si hay algún criterio para que los profesionales elijamos un camino u otro?

Eli Custó:

Bueno, a los profesionales nos toca siempre adaptarnos a lo que puede hacer cada paciente.

Si nos llega un paciente ya muy predispuesto al cambio, con ganas de romper con todas las normas alimentarias de golpe, con ganas de por fin honrar su hambre y su apetencia, podemos acompañarle a hacer ese *All-In*.

El *All-In* no es más que la introducción total de todos aquellos alimentos que no se estaban consumiendo, una disrupción absoluta de todas las normas alimentarias y de movimiento.

Es honrar toda esa hambre extrema mental que la persona está sintiendo.

Nuestra misión es informarle de qué esperar en este proceso.

- Explicarle qué es el hambre extrema,
- Explicarle que es normal que su sistema digestivo tarde en adaptarse a este nuevo ritmo,
- Acompañarle y sostener todas esas emociones e incertidumbres por las que irá transitando.

Alejandro Vera:

No, no, totalmente.

Eli Custó:

Por otro lado, la progresividad es justo lo opuesto.

Si el *All-In* implica reintroducir todo de golpe y comer lo que quiero, cuando quiero y en la cantidad que quiero, la progresividad es hablar con el paciente y preguntarle:

"¿Qué pequeño paso sí que puedes dar hoy?"

Si a una persona le genera muchísimo miedo soltar todas sus normas de golpe, no pasa nada.

Se trata de preguntarle:

"¿A qué sí te atreves?"

Obviamente, tendremos que darle un mínimo de orientación.

A mí, por ejemplo, me gusta trabajar con una pirámide.

En la base de la pirámide, lo primero sería asegurarnos de que la persona no pase hambre.

Si está en una situación de déficit energético, lo primero será incrementar el número de comidas.

Luego, podemos empezar a introducir más carbohidratos.

Si, de momento, la persona solo se siente segura comiendo patata, arroz o pasta de legumbres, pues empezamos por ahí.

Si no se atreve con la pasta de trigo, le pregunto: *"¿Con qué sí te atreves?"*

Porque muchas veces, cuando hablamos de pasta, la persona piensa en un plato de espaguetis con boloñesa y queso gratinado.

Si eso le asusta, podemos buscar una opción intermedia.

Cuando generamos estos escenarios intermedios entre el *negro* donde está la persona y el *blanco* al que queremos llegar, es mucho más plausible que vaya avanzando en su recuperación.

Así que la progresividad consiste en ir dando pasos graduales hacia la libertad alimentaria, corporal y de movimiento.

Alejandro Vera:

Yo creo que muchas veces, a los profesionales, la duda que nos entra cuando hacemos ese enfoque de progresividad—que la mayoría de veces no queda otra porque los pacientes no nos permiten o no aceptan otras alternativas distintas—es que nos da miedo estar manteniendo el trastorno.

En el sentido de que, si con un paciente de TCA diseñamos un plan de alimentación que incorpora ciertos alimentos que antes no comía, pero seguimos manteniendo una estructura rígida donde *"el lunes tiene que ser esto porque es lunes y no puede ser un martes"*, ¿en cierta manera no estamos reforzando el trastorno?

Tú, ¿cómo ves esa parte? ¿Y qué recomendarías hacer en esos casos?

Eli Custó:

Una de las cosas que has comentado y que me ha llamado la atención es el tema de trabajar con *menús cerrados*, con nombre y apellido: "*el lunes toca esto, el martes lo otro*".

Ahí sí que lo reformularía.

En vez de hacer un menú estructurado por días, podemos hablar más de *oferta de comidas*.

Por ejemplo, en lugar de tener *el menú de los martes*, podemos ofrecer *opciones para los mediodías*, opciones para las cenas, o directamente *platos sugeridos* sin necesidad de vincularlos a un momento temporal específico.

Con esto ya estamos rompiendo un poco esas normas rígidas de consumo por días de la semana.

Luego, respecto a lo que decías sobre perpetuar el TCA, creo que siempre y cuando ni el paciente ni el profesional se autoengañen y sepan que esto es un *escenario intermedio y provisional, no hay problema*.

Lo que estamos haciendo es generar una *zona de confort intermedia*:

- Partimos de una que es muy chiquitita (la del TCA),
- Queremos llegar a una más amplia (libertad alimentaria),
- Y en el proceso, creamos puntos intermedios de confort para facilitar la transición.

Quizá haya que ir generando varias zonas de confort antes de llegar a la final.

Pero si somos conscientes de que este es un paso provisional y el profesional se lo marca en ámbar, en amarillo— como algo a lo que hay que seguir insistiendo y supervisando—, entonces no estamos perpetuando el trastorno.

Si, por ejemplo, en mis notas de sesión tengo apuntado: *"Tengo que seguir preguntándole cómo va esto"*, entonces ya estoy asegurándome de que hay un seguimiento y no lo estoy dejando en el aire.

Te pongo un ejemplo con lo que acabamos de hablar.

Si mi paciente tiene muchísimo miedo a la pasta y antes no la consumía, pero ahora la ha reintroducido con normas (*"solo pasta de legumbres, siempre con verduras y con una proteína específica"*)...

Yo tengo que señalarle esto.

Primero, refuerzo positivamente el paso que ha dado: *"¡Qué bien que por fin te atrevas a comer pasta!"*.

Pero luego le hago reflexionar:

"Fíjate, la pasta que has elegido es de legumbres y sigues respetando una serie de normas. ¿Nuestra meta no es que un día puedas comerte un plato de pasta sin que necesariamente tenga que ser de legumbres, sin que necesariamente tenga que llevar verduras, sin que necesariamente tenga que cumplir una serie de condiciones?"

Entonces, no nos engañemos y vayamos supervisando la evolución.

Evidentemente, el profesional siempre va con notas, apuntando qué mejoras hay y qué áreas siguen rígidas, para no perderse en el proceso.

Así nos aseguramos de que efectivamente no estamos instalando a la persona en el TCA.

Alejandro Vera:

Esto me está recordando una publicación que hice el otro día sobre la importancia de la repetición en terapia.

Creo que algunas personas que no están tan focalizadas en TCA no lo entendían bien, pero yo pensaba justo en estos casos.

Es decir, lo importante y necesario que es estar todo el rato repitiendo esos mensajes de:

"Vale, ahora estamos aquí, pero que sepas que este no es el modelo de salud al que aspiramos definitivamente".

Porque la idea es que, algún día, la persona pueda comer sin ninguna autonorma ni ninguna tensión.

Incluso, a veces, cuando trabajamos con nutricionistas especializados en TCA, esto de hacer *menús cerrados* es una mala idea.

Aunque sí que hay casos en los que, al inicio, la persona necesita ese nivel de previsibilidad porque no te concede otra alternativa.

Y entonces a veces hay que empezar ahí, aunque luego iremos abriendo más adelante.

Eli Custó:

Estoy de acuerdo.

Claro, estoy de acuerdo siempre y cuando sepamos que tenemos que seguir avanzando.

Es decir, llega un punto en el que el profesional tiene que ofrecer dirección y marcar cuándo toca el siguiente paso.

No podemos esperar a que el paciente diga:

"Bueno, ya creo que estoy preparada para soltar la pauta".

No.

Es el profesional quien, observando la evolución, determina que ya es momento de soltarla.

Y entonces ya no es solo una sugerencia, sino que dirige el cambio.

Obviamente, hay que encontrar el balance entre ser directivos y ser conciliadores, familiares, afectuosos...

Creo que en terapia, y en especial en TCA, deben convivir todos estos tonos.

Alejandro Vera:

Estoy muy de acuerdo con lo que dices.

Y muchas veces, no usamos el mismo tono siempre con el mismo paciente.

Vamos viendo cuánto hay de miedo, cuánto hay de evitación, cuánto hay de otras variables, y ajustamos.

Pero sí, personalmente, y en general en cualquier aspecto de la terapia, me gustan los terapeutas que azuzan un poco.

Porque si no, el paciente muchas veces se queda ahí atrapado.

También porque, en muchos casos, sobre todo en menores, ni siquiera son completamente conscientes de la gravedad del trastorno.

Así que tenemos que azuzar y generar conciencia de ello.

Eli Custó:

Claro.

Al fin y al cabo, nos guste o no, los profesionales representamos una figura de autoridad frente a la cual el paciente rinde cuentas.

Y esto no es negativo, porque hay una parte del paciente que *quiere* ese *boost*, ese empujón del terapeuta que le acompaña y le saca de su zona de confort.

Así que sí, es necesario.

Alejandro Vera:

En general, en casi toda la psicología es importante, pero en TCA creo que aún más.

El paciente tiene que verte como un agente de salud.

No digo como un médico, pero sí como una figura de cuidado.

Porque al final no es solo una figura emocional, también es una figura que transmite:

"Yo no voy a participar en algo que a ti te mata o que es potencialmente muy peligroso para ti".

Y eso creo que es importante que lo vean.

Me estoy acordando de algo... Últimamente, no sé si a ti te pasa, pero estoy recibiendo en el correo muchas solicitudes de pacientes que buscan un psicólogo o nutricionista que no sea *pesocentrista*.

Y esto lo entiendo, entiendo de dónde viene, pero también me parece un poco peligroso.

Tengo la sensación de que hay como un mensaje que, en algunos casos, parece más una estrategia comercial que otra cosa.

Como si se estuviera vendiendo la idea de:

"Yo te ayudo con tu TCA, pero no nos vamos a centrar en el peso".

Y de ahí deduzco: *"No nos vamos a centrar en el peso, no vamos a hablar de alimentación..."*

Entonces, claro, el paciente con TCA está encantado en consulta.

Vamos a hablar de mis traumas emocionales, pero como no voy a tener que comer, genial.

Eli Custó:

Sí, has tocado dos puntos clave.

Uno es el marketing de muchos psicólogos y nutricionistas que dicen: *"No, yo no soy pesocentrista"*, pero luego siguen hablando de lo que se puede comer y lo que no, de composición corporal, etc.

Entonces, ¿qué estamos haciendo?

Seguimos dentro del paradigma de la cultura de dieta.

Y luego está la otra parte que mencionaste:

Perfiles que son muy evitativos en conocer su peso.

Pacientes que dicen:

"De acuerdo, no me van a pesar, así que tampoco me estarán insistiendo en que tengo que subir de peso".

Porque claro, como no me pesan, no hay un indicador tangible que lo refuerce, y eso lo aparcan.

Y aquí es donde nos encontramos con el dilema de si conviene hacer controles de peso en algunos casos.

Indiscutiblemente, habrá pacientes en los que sí convenga hacerlos.

La clave está en *el cómo, el cuándo y la intencionalidad* con la que se realizan, que puede diferir de los enfoques más tradicionales y pesocentristas.

Depende mucho del caso.

Alejandro Vera:

No me lo había preparado en las preguntas, pero me parece un temazo.

¿Tú pesas a los pacientes? ¿Llevas control del peso en consulta?

Eli Custó:

Depende.

Si son menores de edad y hemos hecho un buen trabajo de psicoeducación con los padres, y hay un evidente déficit energético, sí.

En estos casos, facilito información a los padres sobre cómo y cuándo pesar, cómo va a fluir la información, etc.

Tampoco mantengo al paciente *hiper al margen*.

Hay otros perfiles en recuperación activa en los que tengo indicadores mucho más optimizados que el peso, por lo que ahí no lo utilizo.

Y luego hay casos de déficit energético en los que decido no pesarles, porque veo que no es necesario o puede ser contraproducente.

Voy viendo caso por caso.

Si en los primeros dos o tres meses veo una evolución clara y palpable—que no solo sea visible en pantalla, sino con otros indicadores—, no necesito incluir el peso.

Pero si veo que no está habiendo evolución, entonces sí empiezo a introducirlo como un indicador más de referencia.

Así que depende.

Siento no poder dar una respuesta más concreta, pero es que realmente depende del caso.

Alejandro Vera:

No, estoy de acuerdo.

Yo también lo veo así.

Cada caso tiene un punto de decisión clínica, y a veces en un momento decides una cosa y luego cambias de dirección porque ves que no está funcionando y necesitas otro enfoque.

Creo que es así.

También depende del nivel de simbolismo que tenga la persona con la báscula.

Hay pacientes que quieren pesarse y otros que no quieren ni verla.

Así que cambia mucho en función de la relación que tengan con la báscula.

Eli Custó:

Totalmente.

Alejandro Vera:

¿Hasta qué punto crees que es importante, en la recuperación de un TCA restrictivo, que el paciente sea consciente de que ha subido de peso?

Eli Custó:

¿Te refieres a que sea yo quien lo introduzca en consulta, preguntándole cómo se está familiarizando con su nuevo peso?

¿O a cómo gestionar cuando el paciente me dice: *"Estoy subiendo de peso y lo estoy llevando mal"*?

Alejandro Vera:

No exactamente.

Me refiero no solo a nuestra necesidad de tener datos sobre la evolución del paciente, sino a que creo que para salir de un TCA restrictivo, el paciente tiene que integrar que ha subido de peso.

Porque, si no, es como una negación.

Si la persona evita pesarse, evita el contacto con su cuerpo, usa ropa ancha, puede ocurrir que mentalmente sienta que sigue en el mismo sitio.

Y hasta que no se expone a la realidad de haber subido de peso y enfrenta el drama que se supone que eso implica en su mente, no se produce el cambio.

Eli Custó:

Ajá, ok.

Yo este tema lo introduzco en sesión con preguntas tipo entrevista.

Por ejemplo:

"¿Cómo llevas el tema de verte mientras te duchas?"

"¿Cómo estás llevando ponerte un vaquero que pueda quedarte más ajustado?"

"¿Cómo te estás refamiliarizando con tu imagen corporal?"

A través de esas preguntas, ya voy indagando en la percepción corporal del paciente y en si está evitando reconocer que su cuerpo está cambiando.

Porque sí, hay un punto clave en la recuperación de un TCA, y es aceptar el cambio corporal.

Es algo que no podemos evitar.

Si la persona evita ese contacto con su cuerpo, sigue negándolo, sigue eludiendo la realidad de su recuperación.

Y ahí es donde toca trabajarlo.

Alejandro Vera:

Exacto.

Creo que la clave es que el paciente *integre* su nuevo cuerpo, lo acepte y lo haga suyo.

Porque, si sigue en una especie de disonancia donde su mente no acepta el cambio, la recuperación se queda a medias.

Eli Custó:

Sí, y en esos casos es muy importante trabajar la tolerancia a la incertidumbre y la exposición progresiva.

Porque no puedes obligar a la persona a aceptar su nuevo cuerpo de golpe.

Pero sí puedes ir poco a poco trabajando la idea de que su cuerpo está cambiando y que es parte de la recuperación.

Por ejemplo, si el paciente nunca se mira en el espejo, podemos empezar con pequeñas exposiciones:

"Hoy, simplemente, quédate un par de segundos más delante del espejo"

"Prueba a ponerte una prenda que no sea tan holgada"

Y poco a poco, vamos trabajando la integración de su nueva imagen corporal.

Alejandro Vera:

¿Crees que a veces los profesionales, por una especie de solidaridad con el miedo del paciente, intentamos ocultarle información sobre su aumento de peso o incluso negarlo cuando el paciente verbaliza que se ve mal?

Por ejemplo, cuando nos dicen: *"Me veo más grande, he subido de peso"*, y nosotros respondemos: *"No, estás igual que siempre"*, o minimizamos su percepción.

Eli Custó:

Sí, y creo que es una mala praxis.

No hacemos más que reforzar la idea de que subir de peso es algo negativo, algo malo.

Es como si le estuviéramos diciendo: *"Tranquila, que esto no va a pasar"*, cuando en realidad, subir de peso en su proceso de recuperación *sí* es necesario.

También pasa cuando te coordinas con otros psicólogos o profesionales. No sé si a ti te ha pasado, pero yo me encuentro con muchos que dicen frases como:

"No te preocupes, tú eres de complexión delgada, así que tampoco vas a subir mucho de peso".

De nuevo, esto lo que hace es exacerbar la *gordofobia internalizada* del paciente.

Nuestra misión no es tranquilizar con mensajes erróneos, sino decirle:

"No tiene por qué gustarte tu cambio corporal, pero estoy aquí para acompañarte. Tu cuerpo está haciendo lo que tiene que hacer y no hay nada negativo en ello. Entiendo que esto te genere rechazo, ganas de chequearte constantemente o de evitarlo, pero vamos a trabajarlo juntos".

Alejandro Vera:

Yo entiendo el componente humano, tanto de los profesionales como de las familias, de intentar tranquilizar.

Pero creo que es un error de concepto, porque la persona tiene que *incorporar* su nuevo cuerpo, aceptar ese *duelo* del cuerpo de la anorexia.

Hasta que no sucede esa aceptación, la persona sigue persiguiendo esa estética y ese cuerpo anterior.

Eli Custó:

Sí, pero hay muchas pacientes que incluso te dicen: *"En verdad no me gusta verme tan delgada, odio verme tan delgada"*.

Porque muchas veces los TCA no se desarrollan *solo* por un rechazo inicial a su cuerpo.

Sabemos que los TCA son *multifactoriales* y que el miedo a subir de peso es solo uno de los *muchos* factores de riesgo.

Pero, aunque no les guste verse tan delgadas, lo que realmente les cuesta es soltar el *control alimentario*.

Es como si su miedo no fuera exactamente a ganar peso, sino a perder su sistema de normas y restricciones que les da seguridad.

Y muchas veces me dicen: "*No entiendo por qué me cuesta tanto subir de peso*".

La respuesta es:

"No te está costando subir de peso. Te está costando soltar el control que el TCA te ha dado. Te está costando sustituir esa estructura de normas alimentarias por otro tipo de enfoques más flexibles".

Alejandro Vera:

Sí, totalmente.

De hecho, hay una imagen que siempre se asocia a la anorexia nerviosa: la persona que se mira al espejo y se ve gorda cuando está muy delgada.

Pero yo no veo tanto eso en mis pacientes.

Lo que veo más es que muchas reconocen que están delgadas, pero lo que tienen miedo es a *perder el control* sobre su cuerpo.

Prefieren estar muy delgadas porque sienten que eso las aleja del descontrol, que es su mayor miedo.

No necesariamente sienten placer por su imagen actual, sino que estar en ese peso les da *seguridad*.

Eli Custó:

Exacto.

Esa imagen estereotipada que describes es más propia de un *trastorno dismórfico corporal* (TDC), que es una condición diferente.

Obviamente, hay mucha *comorbilidad* entre el TDC y los TCA, pero no todas las personas con TCA tienen TDC, ni viceversa.

Por eso, la *dismorfia corporal* se maneja de manera diferente en cada caso.

Alejandro Vera:

¿Cuáles son los errores más habituales que ves cuando te llegan casos derivados de otros profesionales o cuando colaboras con ellos?

Eli Custó:

Bueno, uno ya lo hemos dicho: no insistir en reforzar la gordofobia del paciente diciéndole frases tranquilizadoras como: "*No te preocupes, que no vas a subir tanto de peso*".

En su lugar, tenemos que fomentar la confianza en el propio cuerpo y en su capacidad de autorregulación.

Otro error muy grave que veo es utilizar el *peso* como *indicador único* para evaluar la gravedad o la evolución de la recuperación.

Es decir, considerar que una paciente no está grave solo porque no tiene un peso extremadamente bajo.

Alejandro Vera:

Claro.

Eli Custó:

Muchas veces me llegan pacientes con cuerpos normativos, o incluso con corporalidades grandes, que han sido invalidados por los profesionales que los llevaban antes.

Porque no encajaban en la imagen *estereotipada* de la anorexia nerviosa: una chica adolescente, extremadamente delgada y demacrada, que no come.

Cuando sabemos que este perfil representa solo el 7% del colectivo de personas con TCA.

Para mí, esto es una *mala praxis*, porque impide diagnosticar correctamente la gravedad del problema.

Los TCA no se definen por un *peso*, sino por una *mentalidad*.

Ahí es donde se gesta y se resuelve el TCA.

Si nos basamos solo en el peso, nos perdemos información esencial:

- ¿Cuántas normas alimentarias tiene la persona?
- ¿Cuánta culpa siente al comer?

- ¿Cuánto planifica sus comidas?
- ¿Está pensando en compensar con ejercicio o ayuno?

Todos estos son indicadores mucho más fiables de la gravedad de un TCA.

Otro error que veo es confundir el *hambre mental* con el *hambre emocional*.

No sé si quieres que lo desarrolle...

Alejandro Vera:

Sí, me parece muy interesante.

Eli Custó:

Muchas veces, en los TCA restrictivos, hay muchísimo *hambre mental*.

¿Qué es esto?

Es cuando el cerebro está *hiperfocalizado* en la comida:

- Mirar las cartas de los restaurantes sin intención de ir.
- Obsesionarse con lo que comen los demás.
- Ver en bucle videos de "lo que como en un día" de influencers.
- Planificar la cena mientras todavía se está merendando.

El *hambre mental* es una respuesta *de supervivencia* del cerebro.

Cuando llevas mucho tiempo en déficit energético, tu cerebro busca desesperadamente comida, aunque no puedas sentir *hambre física* por desbalances hormonales como la *grelina*.

Pero muchos profesionales lo confunden con *hambre emocional* y dicen cosas como:

"Eso es ansiedad, distráete, da un paseo, no pienses en la comida".

Cuando en realidad lo que el paciente necesita es *comer*.

La diferencia es que el *hambre emocional* suele ir asociada a un estado de ánimo concreto y se centra en alimentos específicos.

Mientras que el *hambre mental* no tiene ese componente emocional tan intenso y puede presentarse en cualquier momento del día.

Alejandro Vera:

En casos de anorexia, quizás es más fácil verlo, porque sabemos que la paciente tiene que comer sí o sí.

Pero en casos de bulimia o trastorno por atracón, cuesta más diferenciar la parte de *hambre mental* de la parte de *atracción*.

Eli Custó:

Totalmente.

Y en el *trastorno por atracón* pasa igual.

Muchos creen que es completamente diferente a la anorexia, pero *comparten muchas bases en común*:

- La culpa al comer.
- La cultura de dieta.
- Las normas alimentarias rígidas.

Las diferencias son más conductuales que cognitivas.

Alejandro Vera:

Claro, es que en el *trastorno por atracón* hay dos perfiles bastante diferenciados.

Por un lado, está la persona que intenta restringir y no es capaz de sostenerlo en el tiempo, por lo que acaba cayendo en episodios de atracón.

Es decir, su intento original es anoréxico, pero su cuerpo no lo aguanta y acaba en el otro extremo.

Y, por otro lado, hay pacientes que regulan sus emociones a través de la alimentación, desarrollando episodios de sobreingesta.

A veces ni siquiera llegan a ser atracones en el sentido clínico, sino simplemente una conducta de regulación emocional a través de la comida.

Eli Custó:

Sí, exacto.

Pero incluso ese segundo perfil, el que usa la comida como regulación emocional, muchas veces *también* tiene muchísima *restricción mental*.

Es decir, aunque *conductualmente* no restrinja y siga comiendo, su cerebro está en una mentalidad de dieta constante.

Por ejemplo, piensan:

"Me he pasado cenando pizza y postre. Mañana ayuno".

Y luego no lo hacen, pero lo piensan.

Ese pensamiento restrictivo es muy problemático porque refuerza el ciclo del atracón.

Alejandro Vera:

Totalmente.

Me viene a la mente el caso de una paciente que, cuando empezó a recuperarse de su restricción, cada momento de comer se volvía súper ritualizado.

Era como si quisiera exprimir al máximo el placer de cada comida.

Ella lo vivía como un atracón y se lo habían reforzado porque alguien le había dicho: *"Eso es un atracón"*.

Pero yo le decía:

"Es completamente normal. Lo raro sería que no te pasara. Has pasado tanto tiempo restringiendo que ahora es lógico que quieras disfrutar de la comida".

Creo que en la recuperación de los TCA hay una tendencia a etiquetar como *atracon* cosas que, en realidad, son simplemente la necesidad fisiológica del cuerpo de recuperar energía.

Eli Custó:

Exacto.

Por eso es tan importante diferenciar entre *atracones objetivos* y *atracones subjetivos*.

No podemos meterlo todo en el mismo saco.

Alejandro Vera:

Antes mencionaste el enfoque pesocentrista.

¿Conoces el caso de *@FitRegi*?

Es una influencer, creo que estadounidense, que se ha convertido en un *icono* de la recuperación del TCA.

Pero su recuperación ha sido *a través del deporte*.

Eli Custó:

¡Ah! Como *Stephanie Buttermore*, ¿no? Me suena mucho ese caso.

Alejandro Vera:

Sí, exacto.

Básicamente, ella pasó de estar en una delgadez extrema a estar súper en forma, muy musculada.

Pero cuando ves sus vídeos y su contenido, la sensación que transmite es de *rigidez*.

Su relación con el cuerpo y con el deporte sigue siendo *muy identitaria*.

¿Eso es recuperación?

A nivel fisiológico sí, porque ha salido del estado de peligro, pero mentalmente... yo no lo tengo tan claro.

Eli Custó:

Totalmente de acuerdo.

Hay muchas influencers que documentan su recuperación, pero siguen mostrando una vida *súper estructurada*:

- Sus desayunos siempre son los mismos.
- Su entrenamiento con pesas es inamovible.
- Muestran su progreso en fotos de "antes y después".

- Dicen: "Aquí peso 10 kilos más y ya tengo la regla, así que estoy bien".

Pero...

Tener la regla y pesar más *no significa* que te hayas recuperado mentalmente.

Alejandro Vera:

Exacto.

Eli Custó:

Por eso es tan importante que, como profesionales, dejemos de juzgar la salud de una persona solo por su cuerpo.

Una persona puede tener un cuerpo normativo y *no estar* bien.

Y una persona con un cuerpo grande puede tener buenos indicadores de salud.

Lo que hay que evaluar es:

- ¿Cómo me relaciono con el ejercicio?
- ¿Cómo me relaciono con la comida?
- ¿Cómo me relaciono con mi cuerpo?

Si sigues apegando tu valía personal a tu imagen corporal, aunque ahora luzca más saludable, *no es una recuperación real*.

Alejandro Vera:

¿Qué haces con pacientes que están en *fase pre-contemplativa* y no aceptan el trabajo terapéutico?

Es decir, que *saben* que tienen un problema, pero no están dispuestos a cambiar.

Eli Custó:

Normalmente, los pacientes que vienen a consulta no están en la fase 0 de "*yo no tengo ningún problema*".

Suelen estar en la fase 1:

"*Sí, sé que tengo un problema, pero no sé si quiero solucionarlo*".

Que, en realidad, es una fase complicadísima.

Es tan difícil como la *co-restricción*, ese momento en que la persona *quiere* recuperarse pero sigue restringiendo.

A mí me gusta trabajar esta fase con *conciencia diaria*.

Por ejemplo, les pido que lleven un registro con preguntas tipo test:

- ¿Cuántas veces pasas hambre al día?
- ¿Cuántas veces sientes confusión mental?
- ¿Cuántas veces piensas en comida sin tener hambre?
- ¿Cuántas veces evitas ver tu cuerpo en el espejo?

Esto les ayuda a tomar conciencia de su relación real con la comida y el cuerpo.

Alejandro Vera:

Tiene sentido.

Eli Custó:

También les doy material informativo.

Por ejemplo, si es una mujer sin ciclo menstrual, les envío un vídeo explicando:

- Cómo la amenorrea afecta a la salud física, mental y sexual.
- Por qué recuperar la regla no es opcional.

Así, la persona empieza a darse cuenta de que *esto no es solo un problema futuro*, sino que ya le está afectando ahora.

Alejandro Vera:

Sí, totalmente.

Con los pacientes más jóvenes, a veces los argumentos de salud no funcionan porque piensan:

"Soy joven, esto no me va a afectar tanto, ya me preocuparé por mi salud en el futuro".

Y ahí cuesta mucho hacerles ver la gravedad del TCA.

Eli Custó:

En esos casos, yo hago una lista de indicadores físicos, emocionales y conductuales.

Y les pido que marquen los que les afectan en el presente.

Por ejemplo:

- *"Falta de libido"*. Si es una chica de 15 años que nunca ha tenido contacto sexual, esto le da igual.
- *"No poder disfrutar de eventos sociales"*. Esto sí le afecta, porque se siente la "rara" en los cumpleaños.
- *"Dificultad para concentrarse en los estudios"*. Si tiene problemas para estudiar, lo va a notar.

Así les ayudo a ver que *el problema es ahora*, no en el futuro.

Alejandro Vera:

Para terminar, hay una pregunta que genera mucho debate:

¿Se puede recuperar totalmente alguien con TCA o simplemente se aprende a convivir con ello?

Eli Custó:

Sí, hay recuperación total.

El problema es que muchos estudios no saben definir bien qué significa recuperación total.

Además, muchos tratamientos solo se enfocan en la rehabilitación nutricional, pero no trabajan la reprogramación mental.

Si abordamos el TCA como un modelo por capas—trabajando la comida, el cuerpo, la autoestima, los traumas—se puede lograr una recuperación completa.

Alejandro Vera:

Estoy de acuerdo.

Creo que en los TCA se exige más "*perfección*" en la recuperación que en otros trastornos.

A una persona con ansiedad no le pedimos que nunca tenga una taquicardia.

Pero a una persona con TCA sí le pedimos que *nunca dude de su relación con la comida*.

Eli Custó:

Exacto.

La clave es que, aunque puedas tener un mal día con tu imagen corporal, ya no vuelves al TCA como estrategia de control.

Eso es recuperación.

Alejandro Vera:

Pues creo que con esto cerramos con broche de oro.

Eli, muchísimas gracias por este rato, se nota que sabes muchísimo del tema.

Eli Custó:

A ti, Alejandro, ha sido un placer. ¡Gracias!

Iatrogenia y puntos ciegos con pacientes preocupados por su imagen corporal: Estefanía Del Barrio – Herguedas (*@psicologia_en_armonia*)

Alejandro Vera:

Hola Estefanía ¿qué tal? ¿Nos cuenta un poco sobre ti?

Estefanía Del Barrio - Herguedas:

Soy Estefanía del Barrio Hergueda, psicóloga general sanitaria, educadora social y gerontóloga en el modelo de Atención Centrada en la Persona.

Aunque en los primeros años de mi carrera me dediqué más a ese ámbito de la educación social y las personas mayores, el grueso de mi trayectoria se está enfocando en la atención a pacientes con lipedema, principalmente. Y, asociado a esto, también trato linfedema, flebiedema, fibromialgia, endometriosis...

Vamos, un poco todo lo que gira alrededor del autocuidado en enfermedades crónicas inflamatorias y la vinculación que tiene con la psiconutrición, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y cómo todo esto influye en la trayectoria de una enfermedad crónica.

Alejandro Vera:

¡Una crack! Como ahora veremos.

Hoy vamos a hablar de un tema delicado en el entorno profesional: cuando quiénes intentamos ayudar acabamos haciendo lo contrario.

Hablamos de iatrogenia. ¿Qué significa exactamente esta palabra?

Estefanía Del Barrio - Herguedas:

Es cuando un profesional, por falta de conocimiento o por no saber dar la atención adecuada, termina causando daño en la salud del paciente.

En términos sencillos, no es exactamente una negligencia, pero puede tener repercusiones muy similares en la salud de la persona.

Alejandro Vera:

Muchas veces esto ocurre por desconocimiento, no porque queramos hacer daño. Sin embargo, podemos acabar reforzando ideas problemáticas.

¿Cómo crees que los profesionales de la psicología y la nutrición pueden resultar iatrogénicos en relación a la imagen corporal?

Estefanía Del Barrio - Herguedas:

Esto nos puede pasar a cualquier profesional en cualquier

momento de nuestra trayectoria.

Uno de los errores más comunes es juzgar los hábitos de la persona sin conocer su contexto.

Por ejemplo, si un paciente tiene hipotiroidismo, lipedema o alguna otra afección que influye en el volumen y la distribución de la grasa, pero no lo sabemos, podríamos asumir que simplemente no está cumpliendo con hábitos saludables.

Y si tratamos su caso desde ahí, lo que hacemos es aumentar su frustración y privarle de aprender a gestionar su enfermedad correctamente.

Alejandro Vera:

Claro, sería como culparle o responsabilizarle de su situación, diciéndole que solo necesita más esfuerzo y fuerza de voluntad.

Estefanía Del Barrio - Herguedas:

Exactamente.

La maravillosa fuerza de voluntad, que todavía no tengo muy claro qué es, pero ahí está, omnipresente.

Alejandro Vera:

El paradigma clásico de la insatisfacción corporal suele estar ligado a la pérdida de peso.

Ahí es cuando aparece el tándem dieta y ejercicio como la

solución universal.

Pero, ¿qué enfermedades o problemas son los más susceptibles de generar hiatrogenia cuando planteamos la solución como simplemente cuidarse mejor?

Estefanía Del Barrio – Herguedas:

Dentro de la psiconutrición, esto puede afectar tanto a quienes intentan perder peso como a quienes quieren ganarlo y no pueden.

Los problemas más comunes que se ven afectados por esto son:

1. Problemas digestivos: patologías intestinales que impiden la correcta absorción de nutrientes.
2. Trastornos tiroideos: hipotiroidismo e hipertiroidismo pueden dificultar el control del peso.
3. Lipedema y lipodistrofias: que afectan la distribución de la grasa y no responden como se espera a la dieta y el ejercicio.

En todos estos casos, decirle a una persona "esto se soluciona con más ejercicio y mejor alimentación" puede ser totalmente erróneo.

Alejandro Vera:

¿Cómo podemos evaluar los profesionales si un paciente tiene una condición subyacente antes de asumir que el problema es solo de hábitos?

Estefanía Del Barrio - Herguedas:

Deberíamos actuar igual que cuando un paciente llega con una sintomatología ansiosa fuerte.

Si alguien viene con taquicardias y temblores, antes de diagnosticar ansiedad, descartamos posibles causas fisiológicas como cardiopatías o problemas pulmonares. Con la imagen corporal, deberíamos hacer lo mismo.

Si un paciente dice: *"Estoy haciendo todo bien y sigo engordando"* o *"No puedo ganar peso a pesar de comer suficiente"*,

No podemos asumir que está mintiendo o que simplemente no se esfuerza lo suficiente.

Ahí es donde debemos derivar a otros profesionales para descartar factores médicos.

Si después de los estudios pertinentes no hay nada alterado, entonces nos centramos en el aspecto psicológico y los hábitos.

Pero si hay algo clínico detrás, nuestra intervención tiene que adaptarse a ello.

Alejandro Vera:

En casos de enfermedades como el lipedema, tú que tienes mucha experiencia en esto, ¿cuál suele ser el recorrido del paciente cuando la solución que le ofrecen es solo dieta y ejercicio?

Estefanía Del Barrio - Herguedas:

La mayoría de los pacientes con lipedema son mujeres, por lo que hablaré en femenino.

Sin embargo, en el caso del linfedema o flebedema, puede afectar a ambos géneros.

El lipedema es una enfermedad inflamatoria que afecta al tejido graso, pero no es solo una enfermedad del tejido graso.

Esto es un matiz importante porque muchos profesionales se enfocan solo en tratar el tejido adiposo cuando en realidad la clave del tratamiento es abordar la inflamación crónica subyacente.

El lipedema tiene tres componentes principales:

1. Genético: Se observa una predisposición hereditaria.
2. Inflamatorio: Hay una respuesta inflamatoria crónica que afecta la circulación y la acumulación de grasa.
3. Hormonal: Se ve influenciado por cambios hormonales en la pubertad, el embarazo, la menopausia, tratamientos anticonceptivos, entre otros.

Generalmente, la enfermedad se manifiesta en la pubertad, cuando los cambios hormonales provocan:

- Aumento de volumen en piernas y/o brazos desproporcionado con el tronco.

- Aparición de celulitis más marcada y dolorosa.
- Sensación de pesadez e hinchazón.
- Posible coexistencia con insuficiencia venosa.

Y lo que ocurre es que la respuesta médica suele ser: "Dieta y ejercicio".

Alejandro Vera:

Imagino que cuando hay dolor es cuando el profesional empieza a sospechar que hay algo más, ¿no?

Estefanía Del Barrio - Herguedas:

No necesariamente.

Muchas veces el dolor también se minimiza diciendo: "Es porque tienes sobrepeso. Si adelgazas, se te quitará". Pero el problema es que no responde igual a la dieta y el ejercicio como se espera.

Entonces, la paciente hace dieta y ejercicio, y su tronco adelgaza porque responde a la restricción calórica, pero sus piernas y brazos no.

Esto genera más frustración y aumenta el sentimiento de culpa, porque la paciente cree que está haciendo algo mal.

A lo largo de la vida de la paciente, hay eventos que pueden agravar la enfermedad si no se trata correctamente:

- Pubertad: La primera manifestación de la enfermedad.
- Anticonceptivos hormonales: Pueden influir en la progresión de los síntomas.
- Embarazo: Puede causar un aumento notable en el volumen de las piernas.
- Menopausia: Al haber cambios hormonales, el lipedema puede empeorar si no está controlado.
- Otras enfermedades metabólicas: Como el hipotiroidismo o problemas venosos, pueden coexistir y dificultar el manejo.

Hasta hace poco se creía que el lipedema siempre era progresivo, pero ahora sabemos que no en todos los casos lo es.

Eso es un alivio para muchas pacientes, porque significa que con el manejo adecuado se puede estabilizar y mejorar la calidad de vida.

Alejandro Vera

Me cuesta entender cómo, a día de hoy, un profesional que tiene un paciente que no responde a la pauta estándar no se plantea que hay algo más.

Estefanía Del Barrio - Herguedas:

El problema es que muchas veces el discurso del profesional es:

"La paciente miente sobre lo que come"

"Es su genética y no se puede hacer nada".

Por eso, el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es altísimo.

La historia de estas pacientes suele ser un ciclo de dietas restrictivas cada vez más severas, intentando conseguir resultados que nunca llegan.

Alejandro Vera:

Claro, porque si la solución siempre es más dieta y más ejercicio, la persona cada vez restringe más hasta que el cuerpo colapsa.

Estefanía Del Barrio – Herguedas:

Exacto.

No hay estudios específicos sobre la prevalencia de TCA en mujeres con lipedema, pero yo estoy realizando un doctorado para diseñar un cuestionario que nos permita obtener datos en la población española.

A nivel clínico, veo que muchas pacientes con lipedema tienen una relación alterada con la comida.

Y aquí hay algo fundamental:

Una de las principales causas de inflamación en el organismo es la desnutrición.

Si seguimos recomendando dietas restrictivas y ayunos prolongados para "quemar grasa", en realidad estamos empeorando la inflamación crónica.

El curso del TCA que más veo en pacientes con lipedema es el trastorno por atracón.

Siempre les explico el atracón con una analogía:

"Es como si intentaras moverte por el mundo buceando. No puedes estar siempre bajo el agua. Tarde o temprano, necesitas salir a respirar, y cuando lo haces, coges todo el aire posible. Pero luego vuelves a sumergirte."

Alejandro Vera:

Sí, totalmente.

Nadie puede vivir con tanto nivel de control sin acabar perdiéndolo en algún momento.

Otra cosa que veo mucho en consulta es que muchas pacientes creen que tienen atracones, cuando en realidad lo que tienen es una ingesta emocional.

Estefanía Del Barrio - Herguedas:

Sí.

Muchos pacientes llaman atracón a:

- Comer con ansiedad.
- Terminarse un paquete entero de galletas o una bolsa de patatas.
- Saltarse una auto-norma: "Esto no estaba en mi plan, por lo tanto, es un atracón".

Pero clínicamente, un atracón es otra cosa.

Un atracón objetivo implica:

- Comer una cantidad desproporcionada de comida.
- Hacerlo en un tiempo corto (30 min a 2 horas).
- Sensación de pérdida de control.

El problema es que, en redes sociales, hay una tendencia a sobrepatologizar comportamientos normales.

Alejandro Vera:

Aquí también hay un tema interesante. Hemos hablado de la relación entre el lipedema y los TCA, pero a nivel de imagen corporal, supongo que también habrá mucha invalidación por parte de los profesionales.

Me refiero a cuando la paciente dice: "*Me veo hinchada*" y la respuesta del profesional es: "*No, eso es distorsión corporal, estás exagerando*".

Estefanía Del Barrio – Herguedas:

Sí, aunque en este caso es distinto porque las pacientes con lipedema sí que tienen una desproporción real. Hay grados más avanzados en los que las piernas adquieren una forma más columnar, desaparece la rodilla y se ve una diferencia notable con el tronco.

Entonces, negar lo que la paciente está viendo no tiene sentido.

El problema es que, aunque el profesional lo vea, muchas veces la respuesta sigue siendo:

"Esto es tu genética, no puedes hacer nada".

"Tienes que aceptarte porque tu cuerpo es así".

"O lo mejoras con dieta y ejercicio o te resignas".

Y eso es muy dañino, porque la aceptación corporal no es lo mismo cuando sabes lo que te pasa que cuando no lo sabes.

Muchas pacientes llegan a consulta con una sensación de frustración e indefensión total, porque sienten que son "mujeres gordas que se quejan", como si sus síntomas no fueran válidos.

Alejandro Vera:

Claro.

Y encima, si no te encargas del problema, viene la culpa, porque socialmente la gordofobia está asociada a la idea de que "si te pusieras las pilas, lo solucionarías".

Estefanía Del Barrio - Herguedas:

Exacto.

Aquí se juntan tres factores muy fuertes:

- La enfermedad de género (porque el lipedema afecta casi exclusivamente a mujeres).

- La gordofobia médica y social.
- La falta de formación en los profesionales que las atienden.

Por eso, muchas pacientes van a la consulta médica sin saber lo que les pasa y terminan sintiéndose responsables de algo que está fuera de su control.

Alejandro Vera:

Otro tema clave en el lipedema es la oscilación del peso y la imagen corporal.

Porque claro, si el cuerpo cambia tanto en función del ciclo hormonal o la inflamación, la aceptación corporal no es solo aceptar cómo eres, sino aceptar que vas a cambiar constantemente.

Estefanía Del Barrio - Herguedas:

Sí.

Algunas mujeres con lipedema pueden variar hasta dos tallas en pocos días debido a la inflamación.

Por eso, les enseño que en lugar de luchar contra ese cambio, deben aprender a convivir con él.

Tener ropa de varias tallas sin que eso sea un drama.

No obsesionarse con el número en la etiqueta.

No interpretar cada subida de peso como "estoy engordando", sino como "estoy inflamándome" y pensar qué

pueden hacer para aliviarlo.

En psiconutrición, muchas veces se dice: "No te peses, el peso no es importante".

Pero en lipedema, sí necesitamos saber el peso, porque es un indicador de la enfermedad.

Entonces, la paciente tiene que hacer un proceso similar al de una fobia:

- Re-significar el peso como una herramienta de salud, no como un juicio sobre su cuerpo.
- Integrar la báscula de manera progresiva para que no genere angustia.
- Usarla con la misma lógica con la que un diabético mide su glucosa.

Es un proceso muy delicado, pero necesario.

Alejandro Vera:

En TCA, la dismorfia corporal suele ir en dos direcciones:

1. Evitar la mirada: *No me miro, me tapo, no me toco.*
2. Sobreenfocar en un defecto: Pierdo la visión de conjunto y solo veo lo que me obsesiona.

¿En el lipedema también pasa esto?

Estefanía Del Barrio - Herguedas:

Totalmente.

Hay pacientes que evitan mirar sus piernas durante años.

- No se ponen crema en ellas.
- Se duchan sin tocarlas.
- Se visten sin mirarse en el espejo.
- Siempre buscan ángulos en fotos donde no se vean sus piernas.

Y luego está el otro extremo:

Las pacientes que solo ven lo que les molesta y pierden la visión de su cuerpo completo.

En estos casos, hago un ejercicio que funciona muy bien: Hacerse una foto en una plaza con mucha gente. Antes de ver la foto, escribir con qué personas crees que tienes un tamaño similar. Luego, ver la foto y comparar si tu percepción era real o estaba distorsionada.

Esto se debe hacer en un momento adecuado, porque si no la paciente puede entrar en comparaciones y generarse más malestar.

Alejandro Vera:

Otra cosa que hablábamos antes es la gestión de expectativas en las pacientes que se operan.

Porque entiendo que, aunque la persona pase por cirugía,

no va a lograr el cuerpo idealizado que tiene en mente.

Estefanía Del Barrio - Herguedas:

Exacto.

Primero, el lipedema no tiene cobertura en la sanidad pública, así que las pacientes tienen que operarse en la sanidad privada.

Y en redes sociales hay una narrativa muy dañina basada en:

Antes y después. Imágenes editadas que no muestran las cicatrices ni la flacidez. Cirujanos que prometen "*te curamos el lipedema*" sin explicar que la inflamación sigue existiendo.

El problema es que muchas pacientes llegan a la cirugía huyendo de su cuerpo.

El pensamiento suele ser: "*Que me lo quiten todo*", como si fuera un tumor.

Pero claro, esto no es reversible.

No es como cambiarte el color del pelo y si no te gusta, vuelves al de antes.

Y la recuperación es dura.

Las expectativas deben gestionarse desde antes, porque si no, muchas pacientes salen del quirófano sintiendo que "*no es suficiente*".

Alejandro Vera:

Y el lipedema, aunque te operes, ¿puede volver a salir?

Estefanía Del Barrio - Herguedas:

En teoría, en la zona operada no debería volver a aparecer porque se han retirado las células grasas enfermas.

Pero si no se estabiliza la inflamación, el cuerpo puede responder acumulando grasa en otras zonas.

Además, si el cirujano le dice a la paciente "Con esto te curas y no tienes que hacer nada más", la paciente puede descuidar la alimentación y los hábitos, lo que podría empeorar su condición a largo plazo.

Por eso es fundamental que las pacientes entiendan que la cirugía no es la solución definitiva.

Es una herramienta dentro de un tratamiento más amplio que incluye:

- Alimentación antiinflamatoria.
- Uso de medias de compresión.
- Gestión del estrés y hábitos de vida.

Alejandro Vera:

Si somos profesionales y sospechamos que una paciente tiene lipedema, pero no estamos seguros, ¿cómo podemos orientar nuestro criterio para evitar hacerle perder el

tiempo con derivaciones innecesarias?

Estefanía Del Barrio - Herguedas:

Lo primero es conocer los signos y síntomas clave:

Signos visibles (objetivos):

- Desproporción entre el tronco y las extremidades.
- Piernas y brazos con volumen desproporcionado, a veces con un efecto bombacho en los tobillos.
- Piel con celulitis muy marcada, incluso en grados avanzados, con una textura modular.

Ausencia de afectación en pies y manos (el lipedema no afecta estas zonas).

Síntomas percibidos (subjetivos):

- Dolor espontáneo o a la palpación.
- Sensación de pesadez e hinchazón que varía según el ciclo hormonal.
- Aparición fácil de hematomas.
- Fatiga en las piernas, dificultad para moverse con agilidad.

Historia clínica relevante:

- Inicio de los síntomas en la pubertad, embarazo o menopausia.

- Dietas fallidas y frustración porque la grasa en las piernas no responde como debería.
- En muchos casos, diagnóstico erróneo de sobrepeso u obesidad sin considerar el factor inflamatorio.

Alejandro Vera:

¿Hasta qué punto sería adecuado pedirle a la paciente que nos muestre sus piernas o brazos para ver si se ajustan a estos signos?

Estefanía Del Barrio - Herguedas:

Depende mucho de la alianza terapéutica y del contexto. Si hay confianza y la paciente se siente cómoda, se le puede decir algo como: *"Me resuena mucho lo que me cuentas con el lipedema. ¿Has oído hablar de esta enfermedad?"*

Si la paciente muestra interés, podemos explicarle más y decirle:

"Si te sientes cómoda, podemos verlo para orientarte mejor. Si no, te animo a que consultes a un especialista en lipedema o te pongas en contacto con una asociación."

En algunos casos, si la paciente se identifica con la descripción y quiere mostrarnos, podemos palpar la piel. El test del pellizco es útil:

En el lipedema, la piel es tan dura que no se puede pellizcar fácilmente.

También puede haber un efecto goma, donde la grasa parece compacta y firme en ciertas zonas. Pero hay que tener mucho cuidado de no inducir diagnósticos erróneos.

Nosotros no diagnosticamos lipedema, solo lo sospechamos y derivamos.

Alejandro Vera:

Vale, entonces si sospechamos de lipedema, ¿a quién derivamos?

Porque entiendo qué si le enviamos a un médico de cabecera, probablemente no conozca la enfermedad.

Estefanía Del Barrio - Herguedas:

Exacto.

- Primera opción: Asociaciones de pacientes.
- Segunda opción: Médicos especializados en lipedema (angiología, cirugía vascular, endocrinos especializados).
- Tercera opción: Nutricionistas con experiencia en inflamación crónica.

Pero hay que preparar a la paciente para lo que puede encontrar.

Los tiempos de respuesta en asociaciones son lentos. Si va a un médico generalista, es probable que no conozca el lipedema.

Puede que le digan que simplemente es obesidad y que haga dieta y ejercicio.

Aquí es donde le explicamos que debe insistir y buscar especialistas que realmente conozcan la enfermedad.

Alejandro Vera:

¿Y los endocrinos? ¿No deberían ser los primeros en detectar esto?

Estefanía Del Barrio - Herguedas:

Deberían, pero la realidad es que muchos endocrinos no conocen bien el lipedema.

Hay estudios en España que indican que el tiempo medio para obtener un diagnóstico es de 20 años. Y una paciente pasa, en promedio, por cinco profesionales antes de recibir un diagnóstico adecuado.

Así que, más que decirle "ve al médico", hay que orientarla para que busque un especialista adecuado.

Alejandro Vera:

Para cerrar, ¿cuáles son las ideas clave que los profesionales debemos tener en cuenta cuando trabajamos con pacientes que podrían tener lipedema?

Estefanía Del Barrio - Herguedas:

Si tuviese que definir unos pasos a seguir, sería algo así:

1. Escucha la historia de la paciente: Si te dice que ha hecho "todo" y no ha conseguido reducir la grasa en piernas y brazos, préstale atención.
2. Ten presente que el lipedema es una enfermedad real. No es solo un tema estético ni de "mala alimentación".
3. Deriva a profesionales adecuados. No todos los médicos y nutricionistas tienen formación en lipedema.
4. Evita recomendaciones iatrogénicas. No insistas en dieta y ejercicio si la paciente ya lo ha intentado sin éxito.
5. Ayuda a reconstruir la relación con la comida y el cuerpo. El lipedema puede generar TCA, dismorfia corporal y ansiedad.
6. Ten en cuenta el impacto emocional y la frustración. Estas pacientes suelen haber vivido años de invalidación médica.
7. No sobrepatologices ni minimices sus síntomas. Si te dice que le duele, es porque le duele.
8. Infórmate sobre la enfermedad. Si eres psicólogo, nutricionista o sanitario, puedes leer libros como Lipedema: Mitos y Realidades.

Alejandro Vera:

Pues sí, creo que es clave que los profesionales que trabajamos con imagen corporal tengamos esto en cuenta. También los nutricionistas, porque la alimentación va a condicionar el abordaje.

Estefanía Del Barrio - Herguedas:

Sí, y también gracias a espacios como este, donde se habla del tema.

Alejandro Vera:

Muchísimas gracias por segunda vez, Estefanía. Explicas todo de manera súper clara.

Haces un trabajo brutal porque estás en un campo que no está muy visibilizado y cada vez más personas se benefician de tu trabajo.

Estefanía Del Barrio - Herguedas:

¡Se intenta! A ti, gracias.

Diseñar un plan Nutricional Práctico para la recuperación de la Bulimia Nerviosa: Flor Horno (@nutricionflorhorno)

Alejandro Vera:

Muy buenas, Flor, ¿qué tal?

Flor Horno:

¿Qué tal? ¿Cómo va?

Alejandro Vera

Muy bien. Siempre empiezo las charlas con la misma entrada: cuéntanos un poco sobre ti, sobre tu labor profesional, para conocerte un poquito más.

Flor Horno:

Bien. Bueno, yo soy Florencia, soy nutricionista, dietista, especialista en conducta alimentaria.

Es algo en lo que vengo trabajando en los últimos cinco años. Me encanta tu invitación porque me parece que estos espacios son muy enriquecedores para compartir nuestra experiencia.

Como sabemos, la conducta alimentaria es algo que en los últimos años se ha empezado a hablar más, pero antes había muy poca información, sobre todo en los manuales y en lo que hemos estudiado en la universidad.

Entonces, compartir desde la experiencia me parece fundamental para enriquecer y acompañar a este tipo de pacientes que lo necesitan.

Alejandro Vera:

Totalmente. No sé si a ti te pasará, pero yo recuerdo cuando empecé a ejercer que iba a bibliotecas, a librerías como *La Casa del Libro* en Madrid, y veía un montón de libros de psicología. Pensaba: "*iCuántas cosas voy a aprender!*"

Me los iba comprando y, bueno, bien... pero notaba que estaban desconectados de la realidad clínica, de lo que luego veía en consulta con mis pacientes.

En los manuales de intervención sobre bulimia nerviosa o trastorno por atracón, ¿qué sueles echar en falta? ¿Qué pasa desapercibido?

Flor Horno:

Antes que nada, hay que saber que la bulimia nerviosa es un trastorno complejo. Se basa en episodios de atracones seguidos de compensaciones, que pueden ser purgativas (vómitos, laxantes) o no purgativas (ayunos prolongados, ejercicio excesivo).

Pero no se trata solo de la comida. Es un escenario complejo donde se cruzan la alimentación, el cuerpo y las emociones.

Por eso, es un tema mucho más profundo que simplemente hablar de comida.

Y algo que no encontramos en los manuales es el miedo a engordar. Es un miedo constante, siempre presente. Muchas veces, cuando los pacientes llegan a consulta, tienen pavor de preguntar: "*¿Tendré que subir de peso para recuperarme?*"

Y realmente no es tan así.

Yo intento trabajar el peso sin ponerle *peso* al peso.

Es decir, explicarles que el cuerpo logrará su rango de peso natural si le damos la comida que necesita, equilibrada y nutritiva, junto con movimiento placentero.

El cuerpo tiene su propio rango de peso en el que se siente bien. Validamos el miedo, lo trabajamos, pero sin hacer tanto hincapié en el número en la báscula.

También puede suceder que algunas personas ganen un poco de peso durante la recuperación. Si esto ocurre, lo abordamos desde el enfoque de que es un síntoma de recuperación.

Si los atracones y compensaciones se han frenado, el cuerpo transitoriamente necesita ocupar ese espacio.

Entonces, lo importante es acompañarlo, validarlo y trabajarlo siempre desde la salud.

Muchas veces, en consulta dejamos de lado la báscula, el índice de masa corporal y todo lo que nos han enseñado en la universidad.

Y esto es fundamental.

No sé si tú has tenido experiencias similares.

Alejandro Vera:

Sí. De hecho, en muchos casos de bulimia nerviosa, o incluso en personas que desarrollan un trastorno por atracón sin cumplir todos los criterios de la bulimia, el problema empieza con la búsqueda de pérdida de peso.

Comienzan con dietas restrictivas y, al final, terminan en este círculo de descontrol.

¿Cuál sería el objetivo nutricional en un caso de bulimia nerviosa?

Flor Horno:

Bueno, aquí es muy interesante.

Nosotros buscamos reorganizar la alimentación a través de un plan alimentario flexible.

Estas personas suelen saltarse comidas, hacer largos periodos de ayuno, compensar con ejercicio y, por lo tanto, están mal nutridas.

Esto hace que vuelvan a caer en atracones.

Por eso, el plan debe ser:

- Suficiente para sostenerlas y evitar que lleguen con un hambre descontrolada.
- Flexible, adaptado a su vida cotidiana.
- Centrado en mejorar la relación con la comida.

Es clave trabajar con la lista de alimentos prohibidos. Muchas veces tienen miedo a ciertos alimentos y debemos hacer una exposición gradual y continua a ellos.

Por ejemplo, tengo consultantes que se saltan la cena porque llegan cansados y no saben qué comer.

En esos casos, los acompaño a encontrar ideas de cenas sencillas, nutritivas y placenteras, sin imponer cantidades ni menús cerrados.

Les enseño cómo complementar su plato para hacerlo más satisfactorio y equilibrado.

Alejandro Vera:

Has usado una palabra que me parece muy importante: organizar.

Suelen ser pacientes con una conducta muy desorganizada con la alimentación.

Primero están los atracones, seguidos de largos periodos de ayuno, donde intentan compensar.

Y, muchas veces, los atracones pasan de ser impulsivos a ser programados.

Por ejemplo, saben que se van a dar un atracón a las seis de la tarde y, pasan el resto del día restringiendo su comida para "compensarlo".

Entiendo que uno de los puntos principales del tratamiento es romper esta desorganización y crear una rutina de alimentación más estable.

¿Trabajas con pautas como "cuatro o cinco comidas al día" o cómo lo adaptas?

Flor Horno:

Sí, pero siempre lo adapto a la persona.

Por ejemplo, si alguien tiene un trabajo donde no puede hacer una pausa para comer a media mañana, lo ajustamos para que esa comida sea suficiente hasta la siguiente.

Nuestro objetivo es que no lleguen a la siguiente comida con hambre extrema, pensamientos constantes en comida o falta de energía.

Si eso sucede, significa que no han comido suficiente antes.

Así que trabajamos en reconectar con las señales de hambre y saciedad, pero sin imponer reglas rígidas como *"tienes que desayunar a las 8 de la mañana sí o sí"*.

Es más bien: "*¿A qué hora te despiertas? ¿Cuáles son tus actividades? ¿Cómo podemos encontrar una estructura flexible que funcione para ti?*"

Y lo más importante: evitar saltarse comidas.

Alejandro Vera:

Sí, tienes razón en que en muchos casos el atracón aparece en la tarde-noche.

Creo que también hay un punto simbólico en esto.

La tarde-noche es el momento en el que termina el día, cuando llegas de trabajar y ya puedes relajarte.

Entonces, es el momento en el que la persona suelta el control y se da el atracón.

De hecho, muchas veces la restricción severa previa funciona casi como un ritual de preparación para hacer que el atracón sea aún más voraz.

Luego, en la bulimia nerviosa, este atracón es seguido de la purga o el vómito.

No sé si te has encontrado con pacientes que tienen mucha resistencia a establecer una rutina de comidas más estructurada porque piensan:

"Si ya me estoy dando atracones, si encima ahora tengo que desayunar, comer, merendar y cenar, voy a ingerir muchas más calorías y mi peso se va a descontrolar."

Supongo que esto te lo habrás encontrado en consulta también.

Flor Horno:

Sí, totalmente.

Esa resistencia está muy vinculada a la sensación de pérdida de control.

Estas personas sienten que "controlan" su alimentación restringiendo ciertos alimentos o manteniendo horarios rígidos.

También ocurre algo muy común: la ansiedad post-ingesta.

Cuando empiezan a incorporar comidas en su día a día, tienen miedo de que esto les haga engordar.

Aquí lo que debemos hacer es explicarles qué ocurre cuando combinamos adecuadamente los alimentos.

Trabajamos desde la observación:

Si añades alimentos adecuados, ¿cómo terminas el día?

¿Cómo te sientes a lo largo del día?

¿Tienes más energía? ¿Tienes menos pensamientos obsesivos sobre la comida? ¿Han disminuido los atracones?

Cuando se dan cuenta de que al alimentarse de forma más organizada su ansiedad baja y los atracones disminuyen, empiezan a confiar más en el proceso.

En muchos casos, más que engordar por comer ciertos alimentos, lo que realmente les hace aumentar de peso es la restricción.

¿Por qué?

Porque genera ansiedad, aumenta el riesgo de atracón y, al final, terminan comiendo esos alimentos de forma descontrolada.

Entonces, lo mejor es permitírselos gradualmente, poco a poco.

Una técnica que usamos mucho es acompañar los alimentos "prohibidos" con alimentos que les generen seguridad.

Por ejemplo, si alguien tiene mucho miedo al pan porque le ha generado atracones, podemos introducirlo en combinación con alimentos que le resulten más seguros.

No sé, por ejemplo:

- Pan con jamón y tomate.
- Pan con queso y aguacate.

Esto ayuda a que el alimento "prohibido" deje de ser un detonante de ansiedad.

Alejandro Vera:

Claro, es que en los TCA muchas veces hay una relación dicotómica con la comida.

O no prueban ciertos alimentos o, si los prueban, sienten que tienen que comérselos todos.

¿Trabajas la idea de establecer una ingesta intencionada de esos alimentos "prohibidos", pero con una pauta?

Es decir, por ejemplo, con el pan: *"No te comas toda la barra de pan, sino una porción determinada."*

¿Lo trabajas de esa manera o cómo lo haces?

Flor Horno:

Intento no hablar en términos de porciones o cantidades, porque eso puede reforzar la parte obsesiva.

Más bien lo abordo desde la sensación y la combinación de alimentos.

Por ejemplo, si alguien tiene miedo al pan, le pregunto:

¿Cómo te gustaría comerlo? ¿Dulce o salado?

¿Prefieres una textura crujiente o blanda?

¿Te gustaría caliente o frío?

A partir de ahí, buscamos formas de combinarlo con otros alimentos para que la experiencia sea placentera.

Y lo más importante: trabajamos en comer despacio y con conexión.

Porque si comes de forma rápida y automática, la señal de saciedad no llega a tiempo.

Por eso les enseño que la señal de saciedad tarda unos minutos en llegar.

Si alguien tiene miedo de perder el control y no saber cuándo parar, le digo:

"Confía en que tu cuerpo sí puede identificar cuándo es suficiente, pero para eso necesitas comer despacio y prestar atención a las sensaciones."

Para muchas personas, este proceso es un reto porque han vivido en un estado constante de desconexión con su cuerpo.

Alejandro Vera:

De hecho, al regularizar las ingestas, la persona va creando una barrera mental y fisiológica que le permite romper el automatismo del atracón.

Porque alguien con bulimia o trastorno por atracón, aunque esté en un sistema caótico, siente que tiene un sistema de control.

Parece contradictorio, pero dentro de su caos han creado un "orden" en el que pueden funcionar.

Si seguimos en esa lógica de restricción, no rompemos el problema.

Por eso el objetivo es desmontar ese falso control y sustituirlo por una estructura flexible y estable.

Flor Horno:

Exactamente.

Es lo que yo llamo "el falso control".

El control siempre lleva al descontrol.

Entonces, ¿realmente es control lo que hay en su alimentación o es una restricción extrema que inevitablemente conduce a la pérdida de control?

Por eso insisto en que la alimentación no es control, es conciencia.

No podemos determinar rigurosamente qué, cuánto y cómo comer en cada momento del día, porque nuestro cuerpo tiene necesidades diferentes cada día.

Trabajamos en perder el miedo a la comida y en aprender a identificar señales reales de hambre y saciedad.

Alejandro Vera:

Has mencionado antes la exposición gradual a los alimentos "prohibidos".

Muchas veces estos alimentos están totalmente disociados en la mente de la persona:

En su día a día, no los pueden ni tocar. En los atracones, se los comen sin control.

Por ejemplo, alguien que se da atracones de pan, el resto del tiempo evita comer pan a toda costa.

Tú propones que, en esos otros momentos del día, el pan se vaya introduciendo de forma gradual.

Flor Horno:

Sí, exactamente.

La exposición debe ser gradual y en los momentos adecuados.

Por ejemplo, le pregunto al paciente:

¿En qué momento del día te sentirías más tranquilo para enfrentarte a este alimento?

¿Podrías hacerlo en un ambiente acogedor, sin distracciones y sin prisa?

¿Hoy tienes la energía mental para exponerte a esto o prefieres intentarlo en otro momento?

Si alguien ha tenido un día muy estresante, quizá no es el mejor momento para enfrentarse a un alimento que le genera ansiedad.

También es importante que la exposición sea frecuente.

Si alguien solo se expone una vez a la semana a un alimento "prohibido", es muy poco para que el cerebro se acostumbre.

A veces empezamos con un alimento y nos damos cuenta de que todavía genera demasiado estrés.

En ese caso, buscamos otro alimento con el que se sienta un poco más cómodo y avanzamos desde ahí.

Así vamos ganando confianza y ampliando poco a poco los alimentos permitidos.

Alejandro Vera:

Eso te iba a decir también.

En determinados tipos de alimentos hay una relación muy dicotómica con ellos, en el sentido de que o no los prueban o, si los prueban, sienten que tienen que comérselos hasta terminarlos.

Por ejemplo, con el pan: *"Si empiezo, ya no puedo parar."*

¿Trabajas la idea de hacer una ingesta intencionada de ese alimento, pero con un fin?

Es decir, en lugar de evitarlo por completo o comérselo todo, hacer una ingesta con una pauta más equilibrada.

Flor Horno:

Sí, pero intento no centrarme en cantidades específicas.

Más bien, el enfoque es en cómo combinar el alimento, cómo experimentarlo y cómo notar las señales del cuerpo.

Por ejemplo, si trabajamos con el pan, en lugar de decir *"come esta cantidad y no más"*, hablamos de:

- ¿Cómo te gusta más el pan? ¿Dulce, salado, tostado, blando?
- ¿Con qué te gustaría acompañarlo?
- ¿Qué te hace sentir más seguridad al incluirlo en tu plato?

Y, sobre todo, en comer despacio y con consciencia para poder notar las señales de saciedad.

Porque cuando hay atracones, muchas veces la persona no siente que pueda parar porque el proceso es completamente automático.

Les digo:

"Tu cuerpo sí te puede dar señales de cuándo es suficiente, pero para eso necesitamos bajar el ritmo y prestar atención."

A veces, el miedo es: *"¿Y si no me doy cuenta de cuándo parar?"*

Y mi respuesta es: *"Si te vas a dar cuenta, pero tienes que entrenarlo con paciencia."*

Alejandro Vera:

Vale, eso te lo quería preguntar también.

En algunos tratamientos para el trastorno por atracón muy severo se recomienda no tener ciertos alimentos en casa para evitar descontrolarse.

Tú, sin embargo, abogas porque los pacientes sí tengan esos alimentos en casa y aprendan a gestionarlos.

¿Cómo manejas esto?

Flor Horno:

Sí, pero no de golpe ni con todos los alimentos a la vez.

Vamos paso a paso.

Si hacemos una lista de los alimentos que la persona evita, empezamos por los que le generan menos ansiedad.

Por ejemplo:

¿Te sientes listo para tener cereales en casa?

¿Cómo te has sentido al tenerlos? ¿Crees que podríamos avanzar un poco más?"

Y así vamos progresando con otros alimentos.

No es un proceso de *"ponlo todo en casa y aprende a lidiar con ello."*

Es un proceso gradual donde el paciente va ganando confianza.

Por eso uso mucho la palabra "intentar", porque le da al paciente la posibilidad de probar sin sentirse forzado.

Lo importante es que, con el tiempo, lleguen a un punto donde puedan decir:

"Tengo este alimento en casa y no pasa nada."

Es decir, ya no es una fuente de ansiedad ni de atracón.

Alejandro Vera:

Claro, es que lo que suele pasar es que cuando estás en un funcionamiento de restricción extrema, el momento en el que finalmente comes ese alimento, lo comes de forma descontrolada y voraz.

Y cuando te lo vas permitiendo poco a poco, pierde su poder sobre ti.

Deja de ser "la gran tentación" y se convierte en un alimento más.

Es un proceso en el que, con el tiempo, el paciente llega al punto en el que se olvida de que tiene ese alimento en la despensa.

Flor Horno:

Sí, exactamente.

Y yo se lo explico una y otra vez:

"Sé que piensas que tu cuerpo funciona de una manera, pero te voy a contar qué hay detrás de esta dinámica."

Porque si seguimos en el ciclo de restricción → atracón → culpa → compensación, nunca salimos de ahí.

Hay que romperlo poco a poco.

Lo más bonito de este proceso es cuando el paciente experimenta por sí mismo que funciona.

Porque hay mucho miedo al principio, pero cuando empiezan a darse cuenta de que realmente pueden comer de manera más tranquila, su confianza crece y avanzan más rápido.

Alejandro Vera:

Sí, yo siempre digo que la recuperación de un trastorno de bulimia o de atracón es el proceso de perderle miedo a uno mismo.

Cuando la persona se da cuenta de que sí puede controlarse, se relaja y todo se empieza a equilibrar.

Pero el problema es que el miedo a descontrolarse es lo que acaba provocando el descontrol.

Es como un círculo vicioso.

Flor Horno:

Sí, totalmente.

Alejandro Vera:

Sí, y cuando hablabas de esto me ha venido a la mente cuántas prácticas de algunos nutricionistas refuerzan esa falsa sensación de control con reglas y exigencias muy estrictas.

Mucha gente que ha pasado por millones de dietas o profesionales distintos ha estado sometida a un control exhaustivo de porciones, calorías, alimentos permitidos y prohibidos...

Lo que les han enseñado es que pueden "controlar su alimentación", cuando en realidad lo único que han aprendido es a restringirse hasta que colapsan.

Y luego se encuentran con otro paradigma totalmente distinto, donde hay que reaprender todo.

Flor Horno:

Sí, y lo más curioso es que muchas veces terminamos no hablando de comida.

Hay sesiones enteras en las que profundizamos más en qué dispara un atracón, qué lo mantiene, qué ha pasado después, y no tanto en la comida en sí.

Porque cuanto más énfasis ponemos en la comida y en el control, más estrés y más ansiedad generamos.

Y la ansiedad lleva otra vez a las conductas compulsivas.

Alejandro Vera:

Totalmente.

Esto me recuerda a una historia de una de mis mejores amigas.

Ella nunca había tenido problemas con la comida, siempre había estado en un normopeso.

Pero un día decidió ir a un "nutricionista" porque quería perder un poco de peso para verse más definida.

No sé si realmente esa persona era nutricionista, porque le quitó prácticamente todo.

Le prohibió hasta las legumbres y el jamón, todo lo que tuviera mínima carga calórica.

Y me acuerdo de unas navidades en las que ella miraba una pata de jamón en su cocina y lloraba porque no podía comerse una loncha.

Es decir, una persona sin problemas previos con la comida, después de esa experiencia, acabó desarrollando una relación completamente obsesiva y ansiosa con los alimentos.

Eso me dejó marcado sobre el daño que hacemos cuando imponemos un control excesivo sobre la alimentación.

Flor Horno:

Sí, totalmente.

Muchas de estas prácticas tan restrictivas son las que acaban generando trastornos de la conducta alimentaria.

Y hoy en día con la sobreinformación en redes sociales, el problema es aún mayor.

Por eso también es importante que como profesionales demos el ejemplo.

Si tenemos una cuenta de Instagram o cualquier otra red social, hay que ser cuidadosos con los mensajes que transmitimos.

No podemos vender la idea de una vida perfecta, donde hacemos ejercicio todos los días, comemos de forma "limpia", todo es equilibrado, todo es saludable...

Porque eso genera presión y refuerza la idea de que esa es la única manera válida de alimentarse.

Es importante que seamos conscientes de cómo influimos en las personas con lo que compartimos.

Alejandro Vera:

Claro, porque ese tipo de contenido hace que la gente quiera replicarlo.

Y para alguien con una relación problemática con la comida, puede ser muy perjudicial.

Quiero preguntarte:

En pacientes en recuperación de bulimia nerviosa, ¿abogas por darles un plan de nutrición estructurado, con un menú cerrado, o cómo lo trabajas?

Flor Horno:

Yo trabajo con un plan estructurado, pero flexible.

Por ejemplo, si una paciente suele saltarse la cena, el objetivo será establecer la cena como un hábito.

Pero no con un menú cerrado y rígido.

Más bien lo trabajamos juntas:

"¿Qué comidas te apetecería incluir en la cena?"

"¿Qué combinaciones te parecen cómodas y accesibles?"

Pautamos varias opciones para que tenga libertad de elección dentro de una estructura organizada.

También explico por qué cada grupo de alimentos es importante, qué nutrientes necesita y cómo afectan a su energía y bienestar.

Pero siempre desde la flexibilidad.

Si le damos una estructura rígida, muchas personas con TCA la van a convertir en otra forma de restricción.

Alejandro Vera:

Me parece que lo has definido perfectamente.

Porque necesitan estructura, pero con flexibilidad.

Si solo hay estructura, se aferran a ella de forma obsesiva, y si solo hay flexibilidad, muchas veces no pueden sostenerlo porque se sienten perdidos.

Por eso es importante encontrar ese equilibrio entre lo estructurado y lo adaptable.

¿Qué errores más comunes te encuentras cuando te llegan pacientes derivados de otros nutricionistas o incluso de psicólogos?

¿Qué fallos ves en la intervención?

Flor Horno:

Uno de los errores más frecuentes es dar planes demasiado rígidos, con cantidades exactas, pesajes, registros fotográficos de platos...

Eso aumenta la ansiedad.

Yo no necesito controlar cada cosa que come mi paciente para saber cómo está evolucionando.

Puedo obtener información de cómo se está sintiendo y qué cambios ha notado sin necesidad de estar midiéndolo todo.

Otro error es hablar demasiado pronto de alimentación intuitiva.

Porque si una persona tiene un TCA, sus señales de hambre y saciedad están desreguladas.

Decirle "*come cuando tengas hambre y para cuando estés saciado*" no funciona, porque su conexión con esas señales está rota.

Primero hay que estructurar las ingestas, y más adelante podemos ir introduciendo más flexibilidad.

Alejandro Vera:

Estoy completamente de acuerdo.

Lo de la alimentación intuitiva se ha convertido en una moda, y en estos perfiles no tiene sentido aplicarla desde el principio porque precisamente lo que han perdido es la intuición.

Es como pedirle a alguien que no sabe nadar que cruce un río sin flotador.

Primero hay que darle herramientas, y luego podrá aprender a nadar solo.

Flor Horno:

Exacto.

Y otra cosa que veo muy a menudo es que no se aborda el miedo a la saciedad.

Porque muchas personas con TCA tienen miedo a sentirse llenas.

Han pasado de periodos de restricción extrema a periodos de atracón donde la sensación de plenitud está asociada al malestar.

Entonces, es necesario trabajar el concepto de saciedad como algo positivo y necesario.

Porque la comida suficiente no es un problema.

Lo que genera el problema es el ciclo de comer insuficiente → llegar a la siguiente comida con ansiedad → acabar en un atracón.

Alejandro Vera:

Sí, y después de la comida suele venir la culpa y el impulso de compensar.

En la bulimia, el ciclo se cierra con el vómito, el ejercicio excesivo o el ayuno.

¿Cómo trabajas con la persona para evitar que, después de un atracón, recurra a la purga?

Flor Horno:

Uso varias estrategias, pero una de las más efectivas es la técnica de los 10 minutos.

Sabemos que el impulso de purgar es más fuerte en los primeros 10 minutos después de comer.

Entonces, en ese tiempo, les propongo hacer algo que les distraiga, algo que les dé satisfacción o tranquilidad.

Puede ser:

- Salir a caminar.
- Leer algo ligero.
- Pintar, dibujar, hacer un rompecabezas.
- Escuchar música relajante.
- Hacer ejercicios de respiración o estiramientos.

El objetivo es retrasar la purga y que vean que pueden tolerar la ansiedad sin recurrir a ella.

Cuando logran aguantar esos 10 minutos, muchas veces el impulso disminuye considerablemente.

Alejandro Vera:

Es muy útil.

Yo uso una versión similar para el atracón en sí: no les prohíbo que lo hagan, solo les digo que esperen 10 minutos antes de tomar la decisión.

Eso ayuda a que la ingesta sea menos impulsiva y empiecen a reconectar con el control real.

Flor Horno:

Sí, exactamente.

Y cuando aplicamos estas estrategias, la persona se da cuenta de que puede tolerar la ansiedad sin recurrir al atracón o la purga.

Pero es un proceso, porque al principio el miedo es enorme.

Es como si sintieran que van a perder el control completamente si no se purgan después de un atracón o si no compensan de alguna manera.

Por eso es importante enseñarles que tienen más control del que creen.

Y que no es un "todo o nada": si hoy han podido retrasar la purga 10 minutos, ya es un avance.

Alejandro Vera:

Sí, porque si solo nos enfocamos en "lo ideal", en "no tener atracones nunca más", la persona se va a frustrar.

Es como si alguien que está aprendiendo a tocar la guitarra se comparara con un guitarrista profesional y dijera:

"Todavía no toco como él, entonces soy un fracaso."

No, hay un proceso. Primero aprendes a hacer acordes, luego canciones sencillas, y poco a poco mejoras.

Lo mismo pasa en la recuperación.

Flor Horno:

Sí, y algo que muchas veces olvidamos es que no siempre vamos a avanzar en línea recta.

Va a haber retrocesos, momentos de recaída.

Y es importante normalizar esto, porque si no, cuando una persona tiene una recaída, lo ve como un fracaso total y siente que tiene que volver a empezar desde cero.

Y no es así.

Porque cada paso que ha dado antes sigue contando.

Alejandro Vera:

Exacto.

Cuando trabajamos con pacientes con bulimia nerviosa, siempre digo que lo importante no es no recaer, sino saber cómo gestionar la recaída.

Que una recaída no se convierta en un ciclo de:

"Lo he hecho mal, me castigo, me vuelvo a restringir, y vuelvo a caer en el atracón."

Sino en un proceso de:

"Vale, esto ha pasado, no significa que todo el progreso se ha perdido. ¿Qué puedo hacer ahora?"

Flor Horno:

Sí, y eso también lo trabajamos desde la autocompasión.

Porque muchas veces las personas con TCA son muy duras consigo mismas.

Tienen un discurso interno de:

"Soy un desastre, no tengo fuerza de voluntad, nunca voy a mejorar."

Y eso sólo refuerza el problema.

Por eso trabajamos con un enfoque más amable:

"Mira todo lo que ya has avanzado. Esto es un proceso. Un tropiezo no borra todo lo que has logrado."

Alejandro Vera:

Sí, además hay que recordar que no solo es un cambio de conducta, sino un cambio de identidad.

Porque muchas veces el TCA se convierte en una parte de la identidad de la persona.

Es su forma de enfrentarse a la vida, su manera de gestionar la ansiedad, su refugio.

Y cuando empieza a soltarlo, hay una sensación de vacío.

No sé si te ha pasado en consulta que algunas personas, cuando empiezan a mejorar, se sienten raras porque ya no saben quiénes son sin el trastorno.

Flor Horno:

Sí, totalmente.

Cuando dejas atrás el TCA, dejas atrás una parte de ti.

Y eso puede dar miedo.

Porque aunque la bulimia les haga sufrir, también les da una sensación de control, de identidad.

Y cuando empiezan a recuperarse, sienten un poco de... "¿Y ahora qué?"

Por eso es importante ayudarles a encontrar otras formas de definirse.

No ser "la persona con TCA", sino descubrir quiénes son más allá de la comida y del cuerpo.

Alejandro Vera:

Sí, que su identidad no esté basada solo en su alimentación, su peso, su cuerpo.

Sino en sus valores, sus pasiones, sus relaciones.

Y eso es un trabajo profundo, porque cuando han pasado años centradas en controlar su alimentación, a veces se han olvidado de quiénes eran antes de todo esto.

Flor Horno:
Sí, y ahí es donde el trabajo interdisciplinario es fundamental.

Porque muchas veces, en consulta de nutrición, acabamos trabajando temas emocionales, de autoestima, de identidad...

Y es importante poder derivar o trabajar en equipo con psicólogos que ayuden en ese proceso.

La nutrición y la psicología tienen que ir de la mano en estos casos.

Porque si solo tratamos la parte alimentaria sin trabajar la parte emocional, el problema no se resuelve.

Por eso admiro mucho el trabajo que hacéis los nutricionistas especializados en conducta alimentaria.

Porque estáis cambiando la profesión.

Tradicionalmente, la nutrición se veía más como un servicio de estética, casi como si fuera una peluquería, pero para el peso.

Y ahora estáis llevando la nutrición a donde realmente pertenece: al campo de la salud mental y el bienestar.

Flor Horno:

Sí, creo que estamos en un momento de cambio.

Y es necesario, porque si seguimos con los modelos antiguos de nutrición basada en reglas rígidas, pesajes y calorías, seguiremos fomentando conductas de riesgo.

Así que este tipo de charlas y espacios son muy importantes para reflexionar sobre cómo podemos seguir evolucionando en nuestra manera de trabajar.

Alejandro Vera:

Sí, y también para motivar a más profesionales a especializarse en TCA.

Porque, por desgracia, cada vez más personas tienen problemas de alimentación.

Y vamos a necesitar más profesionales formados y con un enfoque actualizado.

Flor Horno:

Sí, totalmente de acuerdo.

Alejandro Vera:

Bueno, Flor, creo que hemos tocado muchos temas importantes.

No sé si hay algo más que quieras añadir antes de cerrar.

Flor Horno:

Solo una cosa: el cuidado real.

Que el enfoque con el que trabajamos sea siempre desde el respeto, la empatía y el cuidado.

Que las personas que pasan por un TCA no necesitan más juicios ni más exigencias.

Necesitan acompañamiento, paciencia y apoyo.

Alejandro Vera:

Me encanta esa idea para cerrar.

Muchísimas gracias por esta charla, Flor. Ha sido un placer escucharte.

Y gracias también por la labor que haces, porque realmente es un trabajo que cambia vidas.

Flor Horno:

Gracias a ti, Alejandro. Me ha encantado compartir este espacio contigo.

Alejandro Vera:

Bueno, pues nos vemos pronto. ¡Un abrazo!

Flor Horno:

¡Un abrazo!

TCA subclínico y conductas de alerta con la alimentación: Glenda Hernández (@miananutri)

Alejandro:

Pues nada, es un placer hablar contigo Glenda. Cuéntanos un poquito sobre ti, por favor.

Glenda:

Bueno, pues yo me llamo Glenda, soy canaria, dietista, nutricionista y enfermera especializada en trastornos de la conducta alimentaria. Me dedico a gestionar una plataforma online de psicólogas y nutricionistas, todas especializadas en TCA, y además a la divulgación en redes.

Alejandro:

Hoy vamos a hablar de un tema que quizás pasa desapercibido cuando se habla de trastornos de la conducta alimentaria: el TCA en el espectro subclínico. Seguramente, con tu experiencia en consulta con profesionales, habrás

notado que hay muchos pacientes que presentan "coqueteos" con el TCA, es decir, tienen ciertas conductas que no llegan a constituir un trastorno diagnosticable. ¿Qué entendemos por un TCA subclínico?

Glenda:

Para entenderlo de manera básica, el TCA clásico es aquel que se ajusta a los criterios del DSM-5. Un TCA subclínico, en cambio, es cuando una persona no cumple con todos los criterios necesarios para un diagnóstico, por ejemplo, de anorexia o de trastorno por atracón, pero presenta algunas características de ambos.

En la teoría, no se suele hablar mucho de los TCA subclínicos, pero en la práctica clínica son muy frecuentes. De hecho, es raro encontrar un paciente que cumpla estrictamente con todos los criterios diagnósticos sin presentar mezclas o fluctuaciones en su sintomatología.

En consulta, lo que vemos con mayor frecuencia son pacientes que tienen una mala relación con la comida. No siempre llegan a desarrollar un TCA completo, pero sí manifiestan conductas de riesgo.

Alejandro: ¿En tu centro también reciben casos que no estén directamente relacionados con la alimentación?

Glenda:

Sí.

Alejandro:

A mí me ha pasado que algunos pacientes llegan por una ruptura de pareja u otro problema, pero en el transcurso de la terapia aparece una preocupación con la alimentación que inicialmente no había sido identificada como un motivo principal de consulta. No llega a ser un TCA, pero sí hay una tensión constante con la comida y la imagen corporal.

¿Cuáles son los comportamientos o actitudes que pueden alertarnos de que una persona está en riesgo de desarrollar un TCA?

Glenda:

Hay una línea muy delgada entre la disciplina saludable y el desarrollo de un trastorno. Querer cuidarse, hacer ejercicio y nutrirse está muy bien, pero cuando esto empieza a generar malestar, puede convertirse en un problema. Algunos signos de alarma son:

- Sentir culpa si no se cumple con la rutina de ejercicio.
- Evitar invitaciones a comer fuera por miedo a "saltarse la dieta".
- Rigidez extrema con la alimentación: contar calorías obsesivamente o dividir los alimentos en "buenos" y "malos".
- Obsesionarse con la imagen corporal: compararse

constantemente, nunca sentirse satisfecho con el cuerpo, querer cambiarlo todo el tiempo.

- Entrenar excesivamente y no considerar suficiente la actividad física realizada.

Alejandro:

Es decir, se podría identificar una combinación de restricción, evitación y compensación. A nivel profesional, cuando nos encontramos con un TCA "de libro", tenemos claro el protocolo de intervención. En un caso de anorexia nerviosa, por ejemplo, sabemos que la persona tiene que recuperar la ingesta y exponerse a los alimentos prohibidos.

Pero cuando nos encontramos con un paciente en el espectro subclínico, que aparentemente está sano y que incluso cree que lo que hace es beneficioso, la intervención se vuelve más compleja. ¿Cómo se trabaja en consulta con estos casos?

Glenda:

Lo primero es entender el "por qué" y el "para qué" de su conducta. Muchas personas que tienen una relación conflictiva con la comida han pasado por dietas constantes, subidas y bajadas de peso, y esto ya nos da una pista de que algo no está bien.

Es importante hacer preguntas clave: ¿Quieres mejorar tu

alimentación para cuidar tu salud o porque no te gustas y quieres restringirte? ¿Desde dónde estás tomando esas decisiones? Porque una cosa es el autocuidado y otra muy distinta es la autoexigencia llevada al extremo, el rechazo corporal o la restricción por miedo al peso.

En consulta, trabajamos promoviendo la inclusión en lugar de la restricción. No se trata de "quitar" alimentos, sino de incorporar otros más nutritivos. No se trata de eliminar hidratos o hacer dietas de 1200 calorías, porque eso no es sostenible ni saludable. Además, no se puede pasar de no hacer ejercicio a entrenar cinco veces por semana de un día para otro sin generar frustración.

Alejandro:

Quisiera profundizar en lo que has mencionado sobre la alimentación intuitiva. A veces, cuando se habla de este concepto, muchas personas entienden que significa "comer lo que te apetezca en cualquier momento", y temen que eso los lleve a alimentarse de manera desordenada. ¿Cómo explicas este concepto en consulta?

Glenda:

Sí, esa es la típica preocupación. La alimentación intuitiva no es simplemente comer lo que te apetezca sin más, sino aprender a escuchar las señales del cuerpo y darle lo que necesita. Hay que tener en cuenta que, si una persona ha estado mucho tiempo en restricción, es normal que al principio sienta una gran urgencia por comer los alimentos

prohibidos. A esto se le llama la "fase de luna de miel" en la alimentación intuitiva: el cerebro necesita aprender que tiene acceso a todos los alimentos sin prohibiciones.

Si un cuerpo está bien nutrido y sin restricciones, no debería pedir solo dulces o alimentos ultraprocesados. Es un proceso que requiere trabajo en consulta para desmontar creencias erróneas y recuperar las señales de hambre y saciedad.

Alejandro:

Sí, estoy de acuerdo con la idea de que, después de un proceso de dieta, es necesario volver al permiso, porque en el cerebro lo que resiste, persiste.

Eso lo tenemos clarísimo. Pero también es cierto que hay personas que han desarrollado hábitos de alimentación y que la alimentación intuitiva, en su caso, podría llevarles a malalimentarse de manera constante porque esos hábitos están muy arraigados. Es un tema complicado.

Antes mencionaste el "*para qué*" de cambiar la alimentación o alimentarse de una determinada manera. ¿Qué opinas sobre la demanda terapéutica de pérdida de peso? ¿Crees que puede ser un objetivo de tratamiento o consideras que la nutrición no debería abordar ese motivo de consulta?

Glenda:

Desde mi perspectiva, centrar una consulta nutricional únicamente en la pérdida de peso me parece muy pobre. Para eso, cualquier dieta que encuentras en internet podría servir. Creo que la nutrición debe ir más allá y plantearse: ¿para qué quieres perder peso? ¿Cuánto peso realmente puedes perder?

Más que centrarse en la pérdida de peso, el enfoque debería estar en cambiar hábitos. Si una persona nunca come fruta, no come pescado y no tiene conocimientos sobre nutrientes, lo importante es ayudarlo a mejorar su alimentación, enseñarle a escuchar sus señales de hambre y saciedad, y a no comer exclusivamente por hambre emocional. Como efecto colateral, es posible que se produzca una pérdida de peso, pero no debería ser el objetivo principal.

El problema es que nos han acostumbrado a ver la consulta de nutrición como un espacio para perder peso, lo que muchas veces lleva a dietas estrictas que terminan en efecto rebote.

Un paciente puede perder 10 kilos con una dieta, pero luego recuperar 15. Así que volvemos al mismo punto. El enfoque tradicional de "dieta para perder peso" no es válido.

Alejandro:

Sí, estoy de acuerdo. Es un tema complejo porque, aunque

es legítimo que alguien quiera perder peso por una cuestión estética y no solo de salud, también es cierto que vivimos en una sociedad donde la imagen tiene un peso enorme. Sé que este discurso puede reforzar el clima gordofóbico, pero la realidad es que a la mayoría de las personas les importa su estética.

Lo que dices tiene mucho sentido: si el foco está únicamente en la pérdida de peso, puede derivar en una obsesión poco saludable. Es mejor intentar adoptar buenos hábitos y, si el cuerpo responde de manera natural, bien, y si no, también.

También es importante considerar la referencia estética que cada persona tiene en su mente. He tenido casos de consulta en los que alguien quería bajar de peso y, al evaluar su caso, les he dicho: "No tiene sentido, porque ya estás en normopeso". Es decir, a veces el problema no es la alimentación, sino la percepción que tenemos de nuestro propio cuerpo.

Glenda:

Exacto. Muchas veces intentamos encajar en un ideal de belleza que nos han impuesto, y eso afecta especialmente a las mujeres.

Aunque los hombres también sienten presión, históricamente a las mujeres se nos ha exigido ajustarnos a ciertos estándares físicos. Pero cada cuerpo es diferente, igual que hay personas altas, bajas, morenas o pelirrojas.

Además, está la cuestión de qué entendemos por salud,

porque salud no es sinónimo de estar delgado.

Alejandro:

¿Crees que está habiendo un cambio en el enfoque de la nutrición?

Tengo la sensación de que la nueva generación de nutricionistas se está alejando de la idea de ser una especie de "asesor de belleza" y se están convirtiendo más en agentes de salud.

Glenda:

Sí, totalmente. Me ha encantado el término "asesor de belleza", porque realmente antes se enfocaba más en eso. Creo que hay un cambio, pero también es necesario que ocurra en otros profesionales sanitarios.

Mucha gente no puede permitirse un nutricionista privado, al igual que pasa con los psicólogos. La mayoría de las consultas de salud pasan por médicos y enfermeros, y en esas carreras no se enseña nutrición.

Alejandro:

Si me pongo en la piel de un paciente, ¿cómo me enseñarías a llevar una alimentación más saludable sin caer en el control excesivo?

Es decir, ¿cómo se pauta una intervención para evitar que la persona se obsesione con contar calorías o leer etiquetas de manera compulsiva?

Glenda:

Para mí, la base es la educación nutricional y la alimentación intuitiva. Se trata de que la persona realmente entienda qué son los nutrientes y para qué sirven, sin demonizar alimentos. Por ejemplo, en nutrición sabemos que ni los carbohidratos ni las grasas son "malos".

La clave está en ofrecer una educación nutricional con sentido, sin miedo ni alarmismo. No es lo mismo decir "si comes esto, engordarás o te dará cáncer" que explicar los beneficios de los alimentos de forma positiva. De hecho, el miedo no funciona, como se ha visto con las campañas antitabaco: aunque se muestren imágenes de cáncer en las cajetillas, la gente sigue fumando.

Es más útil decir: "¿Sabías que este alimento es bueno para tal cosa?" o "Si incluyes estos cambios, puedes notar estas mejoras". También es fundamental reconectar con las señales de hambre y saciedad, algo que desde pequeños nos desconectan con frases como "hasta que no termines el plato, no hay postre".

Alejandro:

Entonces, lo que propones es enfocarse en construir hábitos saludables en lugar de prohibir alimentos, para que la

persona llegue a disfrutar de la comida sin necesidad de controlarlo todo.

Glenda:

Exacto. Además, hay que individualizar mucho. No todas las personas tienen los mismos recursos ni el mismo tiempo. A veces, en nutrición se proponen soluciones que no son realistas para todos. Por ejemplo, recomendar hacer un caldo de 48 horas de cocción puede no ser viable para alguien con poco tiempo o recursos.

Alejandro:

Entonces, ¿como nutricionista, evitas hablar en términos de alimentos prohibidos, incluso en el caso de los ultra-procesados?

Glenda:

Depende del contexto. No es lo mismo hablar con una persona con un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) que con alguien sin esa problemática. En un TCA, la restricción puede ser un detonante para un atracón, porque si prohíbes algo, el deseo por ese alimento puede aumentar.

El objetivo es quitarle carga moral a la comida. No es que ciertos alimentos sean "malos", sino que tienen menor densidad nutricional. Pero de vez en cuando, si te apetece

comerlos, no pasa nada. Es importante normalizar el consumo ocasional de estos productos para evitar la culpa y la obsesión.

Alejandro:

Eso tiene sentido. Muchas veces, las personas que han pasado por muchas dietas terminan agotadas y con una relación conflictiva con la comida. Es como un ciclo de esfuerzo y fracaso constante que puede derivar en atracones.

Glenda:

Totalmente. Por eso, las dietas no son la solución. Entre el 95% y el 98% de las personas que hacen dieta terminan desarrollando algún tipo de problema con la comida. En consulta, muchas personas llegan con miedo: "No lo he hecho bien", "No me peses", porque han sido castigadas por no cumplir con sus dietas. Ese enfoque genera más daño que beneficio.

Alejandro:

¿Tú haces planes de alimentación o menús?

Glenda:

No dietas, pero sí guías con ideas de comidas. A algunas personas les sirve tener cierta estructura sin caer en un control excesivo.

La diferencia entre un menú y una dieta es que el primero te da flexibilidad y opciones, mientras que la dieta es rígida, con calorías y gramos exactos, lo que puede generar una relación poco saludable con la comida.

Alejandro:

Sí, tiene sentido. En definitiva, se trata de educar y acompañar en el proceso, sin imponer restricciones extremas.

Glenda:

Exactamente. Al final, la clave es quitar la culpa, promover la flexibilidad y adaptar el enfoque a cada persona.

Alejandro:

¿Cómo haces el seguimiento de si el plan de alimentación se está cumpliendo o no?

Porque en una dieta cerrada es fácil comprobarlo, pero en este enfoque más flexible, ¿cómo se evalúa el progreso?

Glenda:

Mis pacientes suelen ser personas con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), así que el seguimiento lo hago de una manera diferente. A veces utilizo registros semanales, pero no como un control estricto de lo que han comido, sino más bien para que me cuenten cómo se sienten, qué cambios han notado, si han podido incorporar más frutas o verduras, cómo se perciben a nivel de energía, si están incluyendo variedad en su alimentación, etc.

No hago registros detallados de cada comida porque eso puede ser contraproducente en algunos casos. Intento adaptar el seguimiento a cada paciente, dependiendo de su relación con la comida y su nivel de control previo.

Alejandro:

O sea, te enfocas más en el aspecto subjetivo, en cómo se siente la persona con su alimentación en lugar de hacer un control estricto.

Glenda:

Exacto. Para mí es importante que la persona aprenda a escuchar sus sensaciones y su cuerpo, más que seguir un checklist rígido.

Alejandro:

Hablemos un poco de los diferentes tipos de TCA. ¿Qué diferencias hay, por ejemplo, entre un trastorno por atracón y una anorexia?

Glenda:

Cuando estudié los TCA, la clasificación era bastante básica: había TCA restrictivos y TCA con atracones. Pero en la práctica clínica es mucho más complejo, porque las personas no encajan perfectamente en una categoría.

A grandes rasgos, la anorexia suele implicar restricción severa de la alimentación, muchas veces con conductas compensatorias como ejercicio excesivo, uso de laxantes o vómitos. La bulimia, en cambio, se caracteriza por episodios de atracón seguidos de conductas compensatorias, como el vómito.

El trastorno por atracón también implica episodios de ingesta compulsiva, pero sin la compensación posterior. Sin embargo, en la realidad, muchas personas pasan por diferentes fases a lo largo del tiempo: pueden empezar con restricción, luego desarrollar episodios de atracón y, en algunos casos, recurrir a compensaciones.

Alejandro:

Sí, estoy de acuerdo. Es raro encontrar casos "puros". Aunque he visto algunas personas con anorexia muy rígida

que no admiten ninguna desviación en su planificación alimentaria, la mayoría de los casos tienden a oscilar entre restricción y descontrol.

Glenda:

Exacto. Y es lógico que ocurra, porque el control absoluto no se puede mantener a largo plazo. Tarde o temprano, el cuerpo responde con episodios de atracón.

Alejandro:

Desde el punto de vista de la intervención, sí que cambia mucho si hay atracón o no. En un caso restrictivo, hay que empujar mucho hacia la exposición a ciertos alimentos.

Pero si la persona tiene atracones muy frecuentes, hay que proporcionarle herramientas para recuperar algo de control, porque si no, no se rompe el ciclo.

Glenda:

Totalmente. La base es la misma en todos los TCA: trabajar la culpa y el miedo a engordar. Pero la forma de intervenir varía según el tipo de trastorno.

Por ejemplo, a una persona con anorexia no le vas a pedir que empiece a comer galletas de inmediato, porque probablemente no lo hará. Hay que ir poco a poco.

Algo que me parece importante mencionar es que, hasta hace poco, dentro de los criterios diagnósticos de anorexia estaba la amenorrea, lo que dejaba fuera a los hombres que también pueden padecerla. Además, se solía asociar la anorexia solo con la delgadez extrema, cuando en realidad hay muchas personas con anorexia que no llegan a un infrapeso clínico.

Alejandro:

Sí, totalmente. Y cada vez hay más casos en hombres. No solo de anorexia, sino también de lo que comúnmente se llama "vigorexia", que para mí es un TCA muy similar.

En lugar de restringirse para adelgazar, buscan aumentar su masa muscular, pero el mecanismo de control y obsesión es el mismo.

Glenda:

Exacto. Y cada vez afecta a más jóvenes. Antes veíamos este tipo de conductas en adultos, pero ahora los adolescentes están obsesionados con el gimnasio y la alimentación desde muy pequeños.

Alejandro:

Creo que es una cuestión generacional. Esta obsesión con la imagen y la alimentación tiene varias raíces. Por un lado,

el acceso a información masiva hace que estemos expuestos constantemente a mensajes sobre salud, nutrición y cuerpo. Y, por otro, los niños crecen viendo a sus padres preocupados por su apariencia y hábitos, lo que perpetúa esta mentalidad.

Ya se habla del "descontento normativo", que es la idea de que lo normal en nuestra sociedad es vivir preocupados por la imagen corporal.

Glenda:

Sí, es muy triste. Hoy en día, ¿quién tiene una buena relación con la comida? Es complicado.

Alejandro:

Estaba preparando esta charla y me preguntaba: si salimos a la calle y preguntamos, ¿cuánta gente tiene realmente una relación sana y despreocupada con la comida? Probablemente la mayoría tenga algún grado de conflicto con ella.

Glenda:

Sí. Y sin caer en el otro extremo de "me da igual todo". No se trata de no cuidarse, sino de encontrar un equilibrio saludable sin obsesionarse. Pero es cierto que es raro encontrar a alguien con una relación 100% tranquila con la comida.

Alejandro:

Esperemos que no sea así en el futuro. Por eso es importante este tipo de conversaciones y congresos, para ayudar a cambiar el enfoque. Aunque creo que, sin un cambio estructural, lo que hacemos es solo contener el problema.

¿Se te ocurre algo más importante que no hayamos mencionado?

Glenda:

Sí. Antes hablaste de medidas preventivas y creo que se nos olvidó mencionar un tema clave: la gordofobia.

Es fundamental hablar sobre la aceptación corporal y la autoestima en consulta. No se trata de obligar a los pacientes a gustarse, pero sí de generar cierta rebeldía contra el sistema que nos hace odiarnos. No podemos imponer la autoaceptación, pero sí podemos trabajar en la oposición a esos ideales irreales de belleza.

Alejandro:

Totalmente. Esto debería empezar a introducirse más en las consultas, tanto de nutrición como de psicología. Hay que generar un cambio de perspectiva.

Glenda:

Sí, poco a poco se está hablando más de esto, aunque todavía queda camino por recorrer.

Alejandro:

Muchas gracias por compartir tu conocimiento y haber participado en esta charla.

Glenda:

Gracias a ti. Ha sido un placer. ¡Hasta la próxima!

Diversidad Sexual, Perspectiva de Género y TCA: Kike Esnaola (@forapsico)

Alejandro Vera:

Como siempre en cada charla, lo primero que os pido es que os presentéis un poquito para conoceros más.

¿Quién es Kike?

Kike Esnaola:

Pues yo soy Kike Esnaola. Mi actividad principal la desarrollo en mi consulta, donde trabajo con un equipo de tres personas. Yo soy una parte del equipo y nos enfocamos principalmente en la salud mental desde una perspectiva inclusiva.

Solemos trabajar mucho con población que tiene una relación alterada con la comida y el cuerpo, y especialmente con población LGBTIQA+, diversidad sexual y de género. También atendemos a otras poblaciones, incluyendo personas neurodivergentes, pero estas son las áreas en las que más nos especializamos.

Además de la consulta, dirijo el Departamento de Orientación y Atención a la Diversidad en un centro escolar en San Sebastián llamado Aldapeta María.

Alejandro Vera:

Te comentaba antes de empezar a grabar que me parece muy interesante tu perfil para esta charla, porque la mayoría de compañeros que han participado trabajan, como yo, de manera ambulatoria.

Ahora nos contarás más, pero imagino que, al estar tan cerca de los chavales, tendrás información de primera mano sobre problemáticas relacionadas con la imagen corporal y ciertos colectivos que pueden ser más vulnerables a ellas por determinadas razones. Es un tema que, en mi experiencia, no se trata demasiado en redes sociales.

Kike Esnaola:

Totalmente. Para mí es una suerte porque, aunque trabajé mucho tiempo exclusivamente en consulta, siempre tuve la sensación de que había muchas variables contextuales que impactaban en la salud mental de las personas y que, desde la consulta, generaban frustración porque no se podían abordar directamente.

Estar también en el ámbito educativo me ha permitido intervenir en esos contextos y ver de primera mano cómo influyen las percepciones y estructuras sociales en la salud mental individual. Es una experiencia enriquecedora porque me permite tener una visión más completa del problema.

Alejandro Vera:

Vale, pues vamos a empezar con las preguntas, aunque seguro que la conversación nos llevará por caminos distintos.

¿En qué medida varía la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria o los problemas con la imagen corporal en la población LGBTIQA+ en comparación con la población general?

Kike Esnaola:

Las investigaciones nos muestran que, en términos generales, la población LGBTIQA+ tiene una prevalencia mayor de trastornos de la conducta alimentaria en comparación con la población cisheteronormativa.

Si profundizamos un poco más, nos damos cuenta de que el colectivo LGBTIQA+ es muy diverso y está formado por múltiples realidades. No es lo mismo hablar de hombres homosexuales, de personas trans o de personas asexuales, porque cada una de estas identidades está atravesada por diferentes estructuras sociales que influyen de manera distinta en la prevalencia de los TCA.

Por ejemplo, los estudios muestran que los hombres homosexuales tienen una prevalencia de TCA tres veces mayor que los hombres heterosexuales. Esto se debe a factores específicos que afectan a los hombres homosexuales y no necesariamente a los hombres trans o a los hombres asexuales, quienes, a su vez, enfrentan otras dinámicas.

En el colectivo trans, ya sean personas binarias o no binarias, también se observa una prevalencia mucho mayor de TCA en comparación con la población cisgénero.

Curiosamente, en el caso de las mujeres homosexuales y bisexuales, la prevalencia de TCA es menor que en mujeres heterosexuales. Esto es interesante porque nos permite entender mejor el impacto del contexto social.

Sabemos que la causa de un TCA no es únicamente la insatisfacción corporal o la presión social, pero estos factores juegan un papel importante. No son la única causa, pero sí tienen un peso significativo en el desarrollo del trastorno.

El caso de la diversidad sexual nos muestra claramente cómo el contexto social puede modificar la prevalencia de un problema. Mientras que las mujeres homosexuales y bisexuales siguen teniendo una mayor prevalencia de TCA que la población general, es menor que la de las mujeres heterosexuales.

Por otro lado, hay un dato que casi siempre se olvida cuando se habla de la población LGBTIQA+: la asexualidad. Es curioso porque la mayoría de los profesionales suelen omitir este grupo, cuando en realidad las personas asexuales también presentan una prevalencia más alta de TCA en comparación con la población no asexual.

Alejandro Vera:

Me están surgiendo muchas preguntas y estoy intentando anotarlas mentalmente para no dejarme ninguna.

Algo que mencionaste me ha llamado mucho la atención. Yo, personalmente, nunca he tenido en consulta un hombre heterosexual con anorexia. Sin embargo, sí he tenido hombres homosexuales con un diagnóstico de anorexia.

Otros tipos de TCA, como los atracones o la dismorfia muscular, sí los he visto en hombres heterosexuales, pero la anorexia en particular, no. Es un dato que coincide con lo que has mencionado antes. ¿Se sabe por qué ocurre esto? ¿Hay alguna hipótesis sobre por qué la prevalencia de anorexia es mucho mayor en hombres homosexuales?

Kike Esnaola:

Sí, hay investigaciones que han identificado algunas variables clave para comprender este fenómeno, y en la práctica clínica también se pueden observar ciertos patrones.

En algunos círculos de hombres homosexuales, la presión estética es enorme. Muchas veces, los hombres homosexuales han socializado con mujeres heterosexuales durante su infancia y adolescencia, sobre todo en el contexto escolar.

No quiero caer en un estereotipo, pero es bastante común que un chico homosexual en el colegio tenga más amigas que amigos. Esta socialización con mujeres heterosexuales hace que, en muchos casos, los hombres homosexuales absorban los mismos patrones de presión estética y gordofobia que han afectado históricamente a las mujeres.

Después, cuando estos hombres homosexuales acceden

a círculos sociales conformados por otros hombres homosexuales, se encuentran con que estas dinámicas se siguen reproduciendo. En muchos de estos entornos, la delgadez o la musculación extrema se convierten en un estándar de belleza muy rígido.

Además, hay un factor emocional clave: muchos hombres homosexuales han crecido con una profunda herida de pertenencia. No se han sentido plenamente aceptados en la sociedad y, cuando por fin encuentran un grupo en el que pueden encajar, sienten una gran necesidad de mantener ese lugar.

Si ese grupo tiene normas estéticas muy marcadas, como suele ocurrir en algunos nichos de la comunidad gay, estas normas pueden generar una vulnerabilidad extrema frente a la presión por alcanzar un determinado estándar corporal.

Es un cóctel complejo. La combinación de una historia de exclusión, la necesidad de pertenencia y la existencia de un estándar estético muy exigente dentro de la propia comunidad pueden hacer que muchos hombres homosexuales desarrollen trastornos de la conducta alimentaria.

Si no trabajamos estos aspectos en consulta y la persona no toma conciencia de ellos, será mucho más difícil amortiguar el impacto de esas presiones.

Alejandro Vera:

Además de estas razones, que me parecen muy interesantes, ¿es posible que en los hombres homosexuales el

referente estético o el ideal de belleza sea diferente al de los hombres heterosexuales? Es decir, ¿que en algunos casos la extrema delgadez se asocie más a lo deseable?

Porque, por ejemplo, en el caso del hombre heteronormativo, la extrema delgadez suele ser rechazada. Sin embargo, me he encontrado con hombres homosexuales que, al contrario, la persiguen activamente.

Kike Esnaola:

Sí, totalmente. Entendiendo que dentro de los hombres homosexuales hay una gran diversidad de experiencias, sí existe un grupo que se siente identificado con una representación mental del ideal de belleza más cercana a la feminidad.

En muchos casos, el referente de belleza de estos hombres ha sido una mujer. Es muy habitual encontrar en consulta a hombres homosexuales cuyo mayor ídolo o figura de referencia es una cantante pop, una actriz o alguna mujer que encarna un ideal de belleza socialmente aceptado.

Si lo piensas, el referente estético de muchos hombres homosexuales ha sido tradicionalmente femenino. Esto influye en sus propios estándares de belleza y en la manera en que desean ser percibidos.

Otro aspecto importante es que el objeto de deseo de los hombres homosexuales son otros hombres. Y en ese proceso de atracción, muchas veces se internaliza la idea de que, para ser deseado, se debe cumplir con los mismos estándares de belleza que la sociedad ha impuesto para

la atracción masculina.

Esto genera una combinación de factores:

1. El referente de belleza ha sido tradicionalmente femenino.
2. Se busca atraer a otros hombres bajo los códigos estéticos dominantes.
3. Se interiorizan estructuras de cosificación y gordofobia propias del ideal de belleza masculino y femenino.

Al final, todos estos elementos confluyen en una presión estética enorme dentro de ciertos círculos de hombres homosexuales.

Alejandro Vera:

Claro, esto me hace pensar en lo que comentaste antes sobre las mujeres homosexuales y bisexuales, que tienen una prevalencia menor de TCA en comparación con las mujeres heterosexuales.

Entonces, ¿podría haber una relación entre el hecho de que, en muchas ocasiones, relacionarse con hombres implique una mayor instrumentalización del cuerpo? Es decir, ¿podría ser que, al estar más expuestas a la mirada masculina, las mujeres heterosexuales sientan una mayor presión sobre su imagen corporal?

A lo mejor es una barbaridad lo que estoy diciendo, pero parece que en muchos casos, interactuar con hombres

implica que el cuerpo se convierte en un objeto de validación, lo que podría favorecer los problemas con la imagen corporal.

Kike Esnaola:

Totalmente. Esto tiene mucho que ver con la manera en que aprendemos de forma vicaria qué se valora socialmente y qué no.

Muchas de las ideas que tenemos sobre nuestro propio cuerpo y sobre lo que consideramos atractivo han sido absorbidas de manera inconsciente a través de la socialización.

A lo largo de la historia, las mujeres han sido educadas para entender su cuerpo como un objeto de deseo para los hombres, y los hombres han sido educados para ver el cuerpo femenino como algo que se juzga y se valora bajo ciertos criterios.

En el caso de los hombres homosexuales, como comentábamos antes, muchos han tenido referentes femeninos y han crecido en un mundo en el que la feminidad y la delgadez han sido representadas como símbolos de atractivo.

Por otro lado, las personas asexuales, que en principio no tienen interés en la atracción sexual, también presentan una prevalencia más alta de TCA.

Alejandro Vera:

Eso me sorprendió mucho. No tenía ni idea de que las personas asexuales tuvieran una mayor prevalencia de TCA. ¿A qué se debe esto?

Kike Esnaola:

Es un tema poco estudiado, aunque hay algunas investigaciones al respecto. Lo que se ha observado es que, en el caso de las personas asexuales, el malestar relacionado con la imagen corporal no proviene tanto del deseo de atraer a los demás, sino más bien de un intento de alejarse de la sexualización del cuerpo.

El mundo en el que vivimos está profundamente sexualizado. Las personas asexuales lo perciben con más claridad que nadie porque no comparten esa forma de experimentar la atracción. Para ellas, el hecho de que todo en la sociedad gire en torno al deseo sexual es una fuente de estrés constante.

Esto puede llevar a intentos de alterar la imagen corporal con el fin de minimizar la percepción de los caracteres sexuales secundarios. Por ejemplo, algunas personas asexuales pueden desarrollar un TCA como una forma de interferir en la pubertad o de evitar que su cuerpo sea percibido como sexualmente atractivo.

También hay que tener en cuenta el "estrés de las minorías", que en este caso es doble: las personas asexuales pertenecen a una minoría sexual dentro de una minoría sexual. Es decir, incluso dentro de la comunidad LGBTIQ+,

la asexualidad sigue siendo poco visible y, muchas veces, incomprendida.

Todo esto contribuye a que las personas asexuales presenten mayores niveles de ansiedad y depresión, y, en algunos casos, trastornos de la conducta alimentaria como una estrategia para manejar ese malestar.

Alejandro Vera:

Eso tiene mucho sentido. A priori, podríamos pensar que, al no estar tan involucradas en la dinámica de la seducción, las personas asexuales deberían tener menos problemas con la imagen corporal. Pero no había considerado la posibilidad de que algunos pudieran utilizar su peso o su apariencia como una forma de evitar ser percibidos como objeto de deseo.

Kike Esnaola:

Exactamente. Las presiones sociales pueden generar reacciones distintas en función de la vivencia personal de cada persona.

En la adolescencia, por ejemplo, todos estamos sometidos a la expectativa de que debemos sentir atracción, querer tener relaciones sexuales y participar en la dinámica del deseo.

El concepto de "perder la virginidad" sigue estando muy arraigado en la cultura, y esto lo veo constantemente en

el colegio donde trabajo. Aún existe la idea de que hay un momento específico en el que "dejas de ser virgen" y que ese momento está vinculado a una práctica sexual concreta, generalmente la penetración.

Para las personas asexuales, esta presión social es particularmente angustiante porque sienten que algo en ellas "no funciona", que son defectuosas o que no encajan en las normas establecidas.

Ya sabemos que los TCA cumplen funciones psicológicas. En el caso de las personas asexuales, pueden surgir como una estrategia para evitar esa angustia: controlar el cuerpo para no ser percibido de una manera que se siente ajena o incómoda.

Alejandro Vera:

Estamos hablando mucho de cómo los mandatos de género afectan al desarrollo de los TCA, porque están muy relacionados con la imagen corporal. Pero no olvidemos que los TCA también pueden tener otros orígenes, como la necesidad de control, la búsqueda de seguridad o la simplificación de un mundo complejo.

Pertenecer a una minoría hace que la vida sea más complicada en muchos aspectos, y el TCA puede ser una estrategia de afrontamiento para lidiar con esa complejidad. De la misma manera que pueden aparecer otros trastornos como la ansiedad o la depresión, que seguro que también tienen una mayor prevalencia en estas poblaciones.

Kike Esnaola:

Totalmente. De hecho, los estudios muestran que las personas LGBTIQ+ tienen una mayor prevalencia de problemas de salud mental en general. Hay más ansiedad, más depresión, más trauma y, por supuesto, más TCA.

Las minorías sexuales tienen una particularidad: están atravesadas por la culpa y la vergüenza. Todavía existe la creencia social de que ser LGBTIQ+ es una elección, cuando en realidad no lo es.

Alejandro Vera:

Y tampoco es fácil encontrar espacios de pertenencia, al menos hasta cierta edad, porque la mayoría de las veces estas personas crecen rodeadas de población general que no comparte su experiencia.

Kike Esnaola:

Por supuesto. Y en muchos casos, esta falta de pertenencia se prolonga incluso en la adolescencia. Hay personas que nunca encuentran un grupo en el que encajar, especialmente en contextos más rurales o conservadores. Esto genera una vulnerabilidad psicológica muy fuerte.

Alejandro Vera:

Y en el caso de las personas trans, la situación puede ser

aún más compleja. Me pongo en el lugar de los profesionales que no tienen mucha experiencia en este ámbito.

Puede haber terapeutas que sean muy buenos en psico-nutrición o en el tratamiento de TCA, pero que no tengan formación específica sobre diversidad de género. En estos casos, puede ser difícil diferenciar si un paciente trans presenta una disforia de género o si está desarrollando un TCA basado en la imagen corporal.

¿Cómo abordáis este tipo de casos en consulta? ¿Cómo se pueden evaluar estas situaciones?

Kike Esnaola:

Es complicado diferenciar la disforia de género de la dismorfia corporal o del malestar con la imagen corporal en general. Y no sé si realmente son dimensiones separables.

En una persona cisgénero que no es asexual, el malestar con la imagen corporal suele estar muy relacionado con la atracción sexual, con el deseo de ser visto de cierta manera o con la presión de encajar en un estándar estético.

Pero en la población trans, la disforia de género suele implicar un rechazo muy específico hacia ciertos aspectos del cuerpo, sobre todo aquellos que la sociedad asocia con un determinado género.

Generalmente, la disforia está más centrada en características que marcan el género, como los genitales, la distribución de la grasa corporal, el tono de voz, el tamaño de los rasgos faciales, etc. Es decir, tiene que ver con la forma

en que el cuerpo "comunica" un género a los demás.

Alejandro Vera:

Claro, cuando el rechazo está relacionado con los genitales, por ejemplo, es más fácil diferenciarlo. Pero cuando alguien dice que no soporta su cuerpo porque es muy recto, muy delgado o pesa poco, es difícil saber si lo que busca es alejarse de la representación masculina, si hay un TCA de base o si es una combinación de ambas cosas.

Kike Esnaola:

Sí, es muy complicado hacer un diagnóstico diferencial en estos casos.

En mi práctica clínica, trato de no obsesionarme con la pregunta de "¿es disforia o es TCA?", porque muchas veces es un callejón sin salida. En lugar de eso, me centro en analizar las conductas que la persona está desplegando para gestionar ese malestar.

En la disforia de género, suele haber muy poco margen para tolerar la incomodidad que provoca el cuerpo. Es decir, la persona siente que no puede soportarlo sin una intervención médica o sin realizar cambios físicos.

En cambio, en la dismorfia corporal o en los TCA, aunque el malestar también es intenso, en consulta encontramos algo más de flexibilidad. Hay más espacio para trabajar la aceptación y la regulación emocional sin necesidad de

una transformación radical.

En el caso de muchas mujeres trans, la anorexia y los TCA son muy frecuentes. En muchos casos, la sintomatología del TCA aparece como una forma de intentar encajar en la representación social de la feminidad.

Alejandro Vera:

Sí, en los casos que he conocido, siempre había una gran preocupación por la delgadez y, como dices, era difícil separar qué parte correspondía a la disforia y qué parte al TCA.

Kike Esnaola:

Exactamente. Y lo que vemos en consulta es que, en la medida en que la disforia de género se reduce—ya sea a través de una transición médica o de una validación social—también suele disminuir la sintomatología del TCA.

No siempre es así, pero hay muchos casos en los que la sintomatología del TCA es casi una consecuencia directa de la disforia.

Por otro lado, también hay personas trans no binarias que no experimentan disforia de género. En estos casos, la prevalencia de TCA no es tan alta como en las personas trans binarias.

Cuando una persona trans tiene un ideal de género muy

normativo y siente que su cuerpo no encaja en ese estándar, la probabilidad de desarrollar un TCA es mayor. Es decir, cuando el objetivo es alcanzar una imagen corporal estereotipada de lo femenino o lo masculino, el riesgo aumenta significativamente.

Alejandro Vera:

Claro, porque luego hay todo tipo de cuerpos femeninos y masculinos, pero en estos casos parece que la búsqueda es llevar el cuerpo hacia el ideal más normativo posible.

Creo que una de las dificultades que tenemos los terapeutas es que, cuando trabajamos con una persona trans que busca un cuerpo más delgado o más musculado para reafirmar su identidad, nuestro instinto suele ser apoyar ese cambio.

Pero en el caso de un TCA, el enfoque suele ser el contrario: ayudar a la persona a aceptar su cuerpo sin intentar modificarlo radicalmente. Entonces, a veces no sabemos si debemos acompañar o confrontar ese deseo de cambio corporal.

Kike Esnaola:

Exactamente. Es un equilibrio complicado.

En el caso de las mujeres trans, por ejemplo, puede ser difícil intervenir sin invalidar su necesidad de reafirmar su

identidad. Hay que encontrar la manera de ofrecer una representación corporal más diversa sin negar la importancia que tiene para la persona sentirse validada en su identidad de género.

Muchos adolescentes trans pasan por una fase en la que necesitan afirmar su género de manera muy marcada. Esto ocurre porque han crecido en una sociedad que no los ha reconocido, y cuando finalmente pueden expresar su identidad, sienten la necesidad de hacerlo de una forma muy explícita.

Por eso, muchas personas trans jóvenes buscan encajar en los estándares más tradicionales de feminidad o masculinidad. Es una forma de compensar años de invisibilización.

Alejandro Vera:

Y el dilema que nos planteamos es: ¿hasta qué punto es positivo reafirmar el género a través del cuerpo? Porque, de alguna manera, estamos reforzando la idea de que lo que define el género de una persona es su apariencia física.

Kike Esnaola:

Sí, es un debate complejo. Es una cuestión casi filosófica sobre qué es el género y hasta qué punto es una construcción social o tiene una base biológica.

Lo importante es poner en el centro el bienestar de la persona. Puede haber casos en los que reforzar ciertos estereotipos no sea lo ideal desde un punto de vista teórico, pero en la práctica clínica, la persona necesita pasar por esa experiencia para sentirse segura.

Por eso es clave diferenciar entre cambios irreversibles y cambios reversibles. Acompañar a la persona en su exploración sin imponerle una visión sobre cómo debería vivir su género.

Alejandro Vera:

Sí, porque a veces pedimos a estas personas que abandonen ciertos estereotipos cuando nosotros mismos los seguimos de alguna manera.

Volviendo al ámbito de la intervención clínica, ¿qué riesgos crees que existen cuando un profesional trata un TCA en una persona LGBTIQA+ sin considerar estas variables?

Kike Esnaola:

El mayor riesgo es que la persona se sienta incomprendida.

Muchos pacientes LGBTIQA+ han pasado de profesional en profesional sin encontrar un espacio en el que realmente se sientan vistos.

Uno de los errores más frecuentes es descontextualizar la sintomatología. No entender cómo la construcción de la

identidad influye en el desarrollo del TCA puede hacer que la intervención no sea efectiva.

Si no analizamos cómo el malestar con el cuerpo está relacionado con la identidad de género o la orientación sexual, nos quedamos con una visión incompleta del problema.

Alejandro Vera:

Y al mismo tiempo, también puede ocurrir lo contrario: centrarse tanto en la identidad LGBTIQA+ que se olvide que el TCA debe tratarse como cualquier otro.

Kike Esnaola:

Exactamente. Hay que encontrar un equilibrio. No invisibilizar, pero tampoco reducir todo el problema a la identidad de género o sexual.

Alejandro Vera:

Sí, totalmente de acuerdo. Me quedo pensando mucho en el caso de los hombres homosexuales, porque los he visto mucho en consulta. A lo mejor es pedirte demasiado, pero ¿qué aspectos específicos deberíamos evaluar en estos casos que podrían pasar desapercibidos en el tratamiento de un TCA en la población general?

Kike Esnaola:

Algo muy importante es analizar la presencia de compulsión en otras áreas, en especial en la sexualidad.

Cuando hablamos de TCA, especialmente cuando hay ingesta compulsiva, es fundamental ver si también existen conductas sexuales compulsivas. Es muy común que hombres homosexuales con trastorno por atracón o con episodios de ingesta compulsiva también tengan una relación descontrolada con el sexo.

Si no abordamos ambos aspectos en paralelo, podemos estar simplemente desplazando el síntoma de un lugar a otro.

Me he encontrado con pacientes a los que se les ha tratado la ingesta compulsiva sin abordar la parte sexual, y lo que ocurrió fue que su necesidad de compulsión se trasladó completamente al ámbito sexual, aumentando de manera notable las conductas de riesgo o la búsqueda incesante de validación a través del sexo.

El mecanismo es el mismo: una necesidad de liberar tensión a través de una conducta que proporciona placer inmediato, pero que, a largo plazo, genera más angustia.

Alejandro Vera:

Tú ves la compulsión como una especie de efecto rebote de la represión y del autocontrol, ¿no?

Kike Esnaola:

Exacto. Es un patrón que se ve en muchos hombres homosexuales, sobre todo en aquellos que han crecido en un entorno donde la sexualidad estaba completamente reprimida.

Para muchos, la adolescencia fue una etapa de ocultamiento, de no poder hablar de su deseo con sus amigos, de mantenerse en el armario. Y esto crea una carga emocional muy fuerte.

Piénsalo así: dos chicos de la mano en la calle pueden ser insultados, pero dos chicas de la mano probablemente no reciban la misma reacción. Esa diferencia en la presión social hace que los hombres homosexuales experimenten una represión sexual mucho más marcada.

Si pasas toda tu adolescencia reprimiendo tu deseo, llega un punto en el que esa energía acumulada tiene que salir por algún lado. Y muchas veces se manifiesta en forma de conductas compulsivas, ya sea con la comida, con el sexo o con ambos.

Alejandro Vera:

Nunca había visto tan claramente el vínculo entre la compulsión y la autocontención. Y lo que tú dices es clave: si un terapeuta no está familiarizado con esto, puede llevar el tratamiento por un camino más general, viendo el atracón solo desde el hambre emocional o el descontrol de impulsos, sin notar que hay un patrón más profundo relacionado con la historia de represión del paciente.

En el otro extremo, cuando hablamos de hombres homosexuales con TCA restrictivo, ¿qué particularidades destacarías?

Kike Esnaola:

En esos casos, es fundamental analizar sus referentes estéticos y emocionales.

Me he pasado mucho tiempo en consulta hablando con pacientes sobre su actriz o cantante favorita. Porque muchas veces, cuando un chico homosexual no ha tenido un entorno seguro para expresarse en la adolescencia, encuentra refugio en figuras femeninas del mundo del espectáculo.

Estos referentes, como Britney Spears, Lady Gaga o Madonna, no solo representan un ideal estético, sino también una forma de resistencia, de empoderamiento y de diferencia. Para muchos, han sido figuras que los han acompañado en momentos de soledad y aislamiento.

El problema es que, al identificarse tanto con ellas, también pueden interiorizar sus cánones estéticos: delgadez extrema, control sobre el cuerpo, idealización de la femineidad.

Si no trabajamos en consulta estos referentes y el significado que tienen para el paciente, es fácil que pasemos por alto una parte fundamental de su historia.

Alejandro Vera:

Claro, porque en el tratamiento de una mujer heterosexual con TCA, normalmente trabajamos la identificación con ciertos referentes y tratamos de desmitificarlos o ajustarlos a una realidad más saludable.

Pero con los hombres homosexuales, no solemos pensar en que también tienen referentes y que, en muchos casos, esos referentes pueden ser figuras femeninas.

Kike Esnaola:

Exacto. Y es que, históricamente, los hombres homosexuales han tenido muy pocos referentes masculinos visibles y exitosos.

Hasta hace poco, casi no había figuras abiertamente homosexuales en la cultura popular que no estuvieran marcadas por el estigma o la burla. Así que, al no tener referentes masculinos positivos, muchos hombres homosexuales se han identificado con figuras femeninas empoderadas.

El problema es que estas figuras suelen estar dentro de los cánones estéticos más exigentes. Y si tu única referencia de éxito y seguridad es una mujer hiperdelgada, es lógico que desarrolles un deseo inconsciente de parecerte a ese ideal.

Alejandro Vera:

Me parece un tema interesantísimo, y fíjate que he hecho formaciones en TCA y casi nunca se habla de esto. Y no es solo una cuestión de justicia social o de inclusión, sino que, a nivel clínico, es una información crucial que nos puede ayudar a comprender mejor a nuestros pacientes.

Kike Esnaola:

Totalmente. Y aquí hay un desafío para los profesionales. Cuando no perteneces a la comunidad LGBTIQ+, es difícil aterrizar en estas vivencias. Es un reto comprender bien estas experiencias si no las has vivido en primera persona.

Muchas veces, lo que ocurre es que el paciente termina educando al terapeuta sobre su realidad.

Alejandro Vera:

Sí, pero eso es una carga para el paciente. En teoría, él viene a consulta para recibir ayuda, no para ser quien nos enseñe sobre su identidad o su contexto.

Kike Esnaola:

Exactamente. Y aquí entra la importancia de la formación y la supervisión. No es necesario que todos los terapeutas sean parte del colectivo LGBTIQ+, pero sí es imprescindible que tengan una formación en psicología afirmativa y

que, si no se sienten preparados, busquen supervisión con profesionales especializados en diversidad sexual y de género.

Alejandro Vera:

Y también ser honestos con nuestras propias limitaciones. No pasa nada por admitir que hay cosas que no sabemos. Si un terapeuta siente que no tiene las herramientas adecuadas para trabajar con ciertos pacientes, puede derivarlos a un profesional con más experiencia en esa área.

Kike Esnaola:

Por supuesto. Esto ocurre no solo con la diversidad sexual, sino también con otros ámbitos, como la neurodivergencia o el trabajo con diferentes culturas. No podemos saberlo todo, y está bien reconocerlo y derivar cuando es necesario.

Alejandro Vera:

Tiene mucho sentido. Bueno, ha sido una conversación increíblemente interesante. No sé si hay algún punto que creas que nos hemos dejado y que sería importante mencionar antes de cerrar.

Kike Esnaola:

Creo que hemos cubierto bastante. Me ha gustado mucho la conversación, las preguntas que has planteado. Ha sido una oportunidad para profundizar en temas que no siempre se tocan en las formaciones sobre TCA.

Alejandro Vera:

Me alegra escucharlo. Estoy seguro de que a los compañeros que vean esta charla les va a resultar muy útil.

Cuando esté lista la grabación, os avisaré para que podáis verla y compartirla.

Kike Esnaola:

Genial. Muchas gracias por contar conmigo, Alejandro. Ha sido un gusto.

Alejandro Vera:

Gracias a ti. ¡Hasta luego!

El impacto Físico de la Restricción Alimentaria en los TCA – Paula Gisbert (*@la.no.dieta*)

Alejandro Vera:

¡Qué tal, Paula! Bueno, pues nada, cuéntenos un poquito sobre ti para empezar.

Paula Gisbert:

Yo soy Paula, soy dietista-nutricionista y, a día de hoy, me conocen en redes sociales por "La No Dieta". Vamos creando un trabajo multidisciplinar entre nutricionista y psicóloga. Tengo una consulta online de nutrición y psicología y estamos especializados en psiconutrición.

Así que, bueno, vamos a ver un poquito de qué podemos hablar hoy. Espero que la charla que tengamos ayude a ampliar la visión sobre los TCA y también anime a trabajar en este campo. Sé que, a nivel profesional, hay mucho miedo a entrar en todo esto, pero es fundamental ampliar la visión y trabajar con los TCA. Así que espero que esta charla pueda ayudar.

Alejandro Vera:

Precisamente de eso vamos a hablar hoy. Creo que es uno de los mayores miedos de los profesionales al tratar los TCA. En especial en el ámbito de la psicología, porque es

un trastorno mental que también tiene manifestaciones físicas. Además, es el trastorno mental con mayor riesgo de muerte, por lo que a veces hay un poco de miedo a coger este tipo de casos. Así que, bueno, vamos con la primera pregunta.

¿Cuáles son los síntomas fisiológicos más habituales que se pueden dar en un TCA?

Paula Gisbert:

Creo que los síntomas pueden ser muy variados, pero aquí es importante destacar todos los síntomas derivados de una baja disponibilidad energética.

Cuando hay un trastorno de la conducta alimentaria y una restricción prolongada, se da un síndrome en el que el cuerpo recibe menos energía de la que realmente necesita. Como resultado, las funciones fisiológicas no operan de manera óptima. Esto afecta a distintos niveles: digestivo, endocrino, inmunitario y metabólico.

Uno de los problemas más comunes que veo en consulta son los problemas digestivos. Siempre recalco a mis pacientes que es totalmente normal experimentar afectaciones digestivas. No solo por el trastorno en sí, sino también por el proceso de recuperación.

Es imposible no sufrir ningún tipo de alteración digestiva en este proceso. Hablamos de disbiosis, alteraciones en la microbiota, enlentecimiento del vaciado gástrico, hipoclorhidria (una reducción en la producción de ácido clorhídrico en el estómago), problemas de mala absorción de nutrientes y estreñimiento. Este último se relaciona con la restricción, ya que el cuerpo necesita ahorrar energía al máximo.

Otro síntoma físico común es la amenorrea hipotalámica. Es una de las primeras señales de restricción alimentaria. Como el cuerpo tiene niveles elevados de cortisol y necesita ahorrar energía, el ciclo menstrual no es prioritario para la supervivencia y se detiene.

También se presentan alteraciones cognitivas. Se observa un estado de ánimo bajo, apatía, dificultades en la concentración y la memoria. Los estudios indican que la restricción alimentaria conlleva una reducción de la materia gris en el cerebro. Esto, por supuesto, se puede revertir con la rehabilitación nutricional.

En consulta, hablo mucho con mis pacientes sobre estos síntomas. Trabajo mayormente con mujeres y es importante que ellas identifiquen con qué síntomas se sienten más identificadas. Muchas veces, el TCA minimiza los problemas y hace pensar que "no es tan grave". Por eso, es clave reconocer los síntomas de la baja disponibilidad energética para fortalecer la rehabilitación nutricional.

Alejandro Vera:

Quiero tocar varios temas de lo que has mencionado. Cuando hablamos de baja disponibilidad energética, solemos enfocarnos en los trastornos restrictivos, pero también puede ocurrir en otros tipos de TCA. ¿Sería lo mismo baja disponibilidad energética que desnutrición?

Paula Gisbert:

Aquí es importante entender algo: la baja disponibilidad energética no tiene nada que ver con el infrapeso. De hecho, la desnutrición tampoco está directamente ligada al infrapeso. No es un tema exclusivo de peso, sino de las

conductas restrictivas y compensatorias, así como los desajustes en las funciones corporales derivados del TCA.

Alejandro Vera:

Tengo la sensación de que, tradicionalmente, el TCA ha tenido un enfoque muy médico. Se pensaba que lo más importante era recuperar el peso del paciente y que, en cuanto volvía a comer y salía de la situación de riesgo, el trastorno estaba "curado".

Con el auge de la psicología, sobre todo desde un enfoque humanista, hemos visto que es mucho más que eso. Quizás, ahora los profesionales de la salud mental pasamos por alto los síntomas físicos. Por ejemplo, has hablado del deterioro cognitivo.

Si un paciente no está recibiendo suficiente energía para que su cerebro funcione bien, su pensamiento se vuelve más obsesivo, menos flexible y le cuesta incorporar nueva información. En esos casos, a veces ni siquiera se puede hacer terapia de forma efectiva. Es como intentar tratar un trastorno psicótico sin medicación. ¿Tú ves esta parte así?

Paula Gisbert:

Sí, esto lo hemos visto en consulta muchas veces. Hay pacientes en los que es necesario un cierto grado de rehabilitación nutricional para que el funcionamiento cognitivo mejore. Cuando las conductas restrictivas e impulsivas están muy marcadas, el trabajo terapéutico no puede avanzar hasta que haya una base nutricional mínima.

De hecho, yo suelo hacer una recomendación de un libro que explica muy bien este tema: *Recuperación para el*

adulto decidido de la anorexia, de Tabitha Farrar. En este libro explican de forma muy clara cómo es fundamental que haya cierta rehabilitación nutricional para reducir la impulsividad y permitir que la terapia tenga un impacto real.

Porque hay veces en las que, da igual lo que intentes trabajar en terapia, si no hay una base de rehabilitación nutricional y un cierto control sobre las conductas, no se puede avanzar. Creo que depende mucho de cada persona, pero son cuestiones que se presentan con frecuencia. En muchas ocasiones, antes de abordar el trabajo terapéutico, es necesario haber sentado unas bases nutricionales firmes.

Alejandro Vera:

Sí, estoy totalmente de acuerdo. Y muchas veces, por respeto al paciente y para no caer en un enfoque pesocentrista, evitamos centrarnos en ese aspecto. Decimos: "Vamos a trabajar otras cosas", pero la realidad es que no avanzamos hasta que se ha hecho esa rehabilitación nutricional.

Paula Gisbert:

Exactamente. Y más aún considerando el estigma que existe hacia los cuerpos grandes, que siempre está implícito en el trasfondo de estos trastornos.

Alejandro Vera:

Claro. Yo siempre pongo un ejemplo: tenía un paciente que quería opositar, pero nunca estudiaba. Preparaba la mesa, el café, sacaba los lapiceros... pero no estudiaba. Y

con los TCA pasa lo mismo. Se hace toda la fase de preparación para enfrentarse a la comida, pero realmente no se expone a lo que más ansiedad le genera: comer y ver cómo su cuerpo puede cambiar.

Paula Gisbert:

Totalmente. Creo que el trabajo se puede resumir en la idea de que en nuestra cabeza tenemos un "cableado" enredado, como ese cajón lleno de cables y cargadores que alguna vez hemos intentado organizar. Necesitamos desenredarlo para que nuestro cerebro funcione bien y deje de activar la alarma en situaciones en las que no hay ningún peligro real.

Ese es el trabajo que debemos hacer en consulta de manera multidisciplinar: una exposición gradual que permita al paciente ganar confianza y expandir su zona de confort.

Alejandro Vera:

Has mencionado los síntomas digestivos, que son muy comunes. Si no los tenemos en cuenta, corremos el riesgo de interpretarlos como una excusa para no comer, cuando en realidad el estreñimiento, la hinchazón y otros síntomas están ahí.

Paula Gisbert:

Sí, justo ayer hablaba de esto con una paciente que está teniendo muchos problemas digestivos. En consulta intento transmitir calma, porque muchas veces cometemos el error de decir: "Esto es normal en la recuperación", pero eso puede hacer que el paciente se sienta invalidado. Es

importante validar sus síntomas y, desde el primer momento, hacer los análisis necesarios para descartar cualquier alteración subyacente.

En este caso concreto, solicitamos pruebas digestivas y comprobamos que no había ninguna alteración más allá de los síntomas propios de la recuperación. Además, analizamos su alimentación y vimos que estaba consumiendo una cantidad excesiva de fibra, lo que explicaba su hinchazón extrema.

Alejandro Vera:

Y también se trata de hacer la vida más sencilla para el paciente, ¿no?

Paula Gisbert:

Exacto. Es mucho más difícil superar un TCA si constantemente se está activando esa sensación de inflamación y malestar digestivo.

Alejandro Vera:

¿Qué pautas nutricionales, en términos de inclusión o exclusión de alimentos, pueden ayudar a mejorar estos problemas digestivos en la recuperación?

Paula Gisbert:

Depende mucho del contexto de cada paciente. Hay una línea muy fina entre hacer adaptaciones para mejorar su bienestar digestivo y dar lugar a que el TCA use esto como una excusa para evitar la exposición. En consulta, me pa-

rece clave hacer educación nutricional para que el paciente entienda el origen de sus síntomas y qué cambios pueden ayudarle a mejorar.

Por ejemplo, en casos donde hay miedo a los hidratos, introducir tubérculos puede ser una excelente opción porque suelen sentar mejor a nivel digestivo. También hay pacientes con una dieta muy restrictiva que consumen grandes cantidades de verdura y poca proteína o hidratos, lo que agrava los síntomas. Hacer pequeñas modificaciones puede marcar una gran diferencia.

Alejandro Vera:

Tiene mucho sentido. También hay profesionales que recomiendan batidos o suplementos calóricos para facilitar la ingesta en pacientes con restricción severa. ¿Tú los utilizas en consulta?

Paula Gisbert:

Depende del caso. A veces, introducir más ingestas a lo largo del día es complicado para ellos, así que estos suplementos pueden ayudar en ciertas situaciones. Pero hay que pactarlo con el paciente para evitar que el TCA use esto como una manera de seguir restringiendo. Lo importante es que el paciente entienda que necesita aumentar su ingesta y que lo que está comiendo no es suficiente.

Alejandro Vera:

Sí, en los TCA todo es una negociación constante. Hay pacientes que odian los batidos porque los asocian con obligación, mientras que otros los prefieren porque les facilita

la tarea.

Paula Gisbert:

Exacto. Y ahí entra también el tema de la pérdida de señales de hambre. Hay pacientes que dicen: "No tengo hambre, así que no necesito comer". Pero hay que recordar que en una baja disponibilidad energética, las señales de hambre y saciedad se ven alteradas.

Alejandro Vera

Y eso tiene que ver con hormonas como la grelina y la leptina, ¿verdad?

Paula Gisbert:

Sí. La grelina es la hormona que regula el hambre y la leptina la saciedad. En condiciones normales, la grelina aumenta antes de comer y disminuye después, en respuesta a la leptina. Pero en un TCA, estas hormonas están desreguladas.

En la fase de restricción, hay una disminución de la grelina y la leptina, lo que hace que el paciente no sienta hambre. Pero entre las 2 y 6 semanas de rehabilitación nutricional, la grelina puede aumentar de golpe, provocando el fenómeno del "hambre extrema". Este mecanismo tiene una función biológica: recuperar la energía perdida lo antes posible.

Alejandro Vera:

Sí, con otra compi hablaba de esto. Comentábamos que los profesionales debemos tener cuidado de no confundir el hambre extrema con atracones patológicos, porque en realidad es un proceso de rehabilitación.

Paula Gisbert

Exactamente. Muchas veces, el atracón también responde a la necesidad de salir de la escasez rápidamente. Por eso, en terapia hay que trabajar mucho la gestión de la culpa asociada a esta fase.

Alejandro Vera:

Esa pérdida de hambre inicial también podemos entenderla dentro del propio hipofuncionamiento del sistema de la persona, ¿verdad? Igual que hay problemas en el sistema reproductivo o cognitivo, también puede haber disfunciones en los mecanismos corporales que regulan el hambre.

Paula Gisbert:

Sí, exactamente. El cuerpo entra en una especie de modo de ahorro de energía y deja de priorizar funciones que no considera esenciales en ese momento, como el hambre. Además, el momento de comer se ve como algo innecesario, lo que refuerza aún más el problema.

Con la leptina ocurre algo similar. Esta hormona, que regula la saciedad, se secreta a través de los adipocitos. Si el porcentaje de grasa corporal es muy bajo, los niveles de

leptina también estarán desregulados. Lo que vemos es que, en torno a las cuatro o seis semanas de rehabilitación nutricional, la leptina se dispara y, aunque el paciente no sienta hambre en un primer momento, el cuerpo aún necesita recuperar energía.

Alejandro Vera

Recuperarse es un proceso realmente difícil. A nivel psicológico, el cuerpo del paciente le está pidiendo que coma más y más, pero, al mismo tiempo, la inflamación que se produce al comer le genera la sensación de que está perdiendo el control. Es como tener que ir en contra de todo lo que te está diciendo tu mente.

Paula Gisbert:

Sí, es un proceso muy complejo. Y además de esto, hay factores externos que lo complican aún más. Vivimos en una sociedad donde la cultura de la dieta está en todas partes. Si estuviéramos en una burbuja, el proceso sería más sencillo, pero la realidad es que constantemente hay estímulos que refuerzan el TCA.

Alejandro Vera:

Y seguro que has visto casos de pacientes que han avanzado bien en la recuperación, pero que en momentos concretos, como antes del verano o en Navidad, tienen recaídas importantes.

Paula Gisbert:

Sí, totalmente. Son fechas marcadas que implican nuevas exposiciones y pueden reactivar los miedos. De repente, llega el verano y aparecen todos los mensajes sobre la "operación bikini", o en Navidad hay muchas comidas familiares que generan ansiedad.

Alejandro Vera:

Hablando de seguimiento, ¿sueles pedir alguna prueba médica inicial, como una analítica?

Paula Gisbert:

Sí, normalmente pedimos una analítica general para ver cómo está el paciente a nivel global. También depende de la sintomatología que presente.

El problema es que en muchos casos el sistema médico tradicional no tiene un enfoque adecuado sobre los TCA. Me he encontrado con dos situaciones: una en la que el médico no sabe que el paciente tiene un TCA porque este no se lo ha contado, y otra en la que el médico sí lo sabe, pero no tiene ni idea de cómo gestionarlo y adopta un enfoque pesocentrista que no ayuda en nada.

Por eso, aunque pedir una analítica es importante, también lo es explicar bien al paciente que el hecho de que algunos valores salgan bien no significa que no necesite tratamiento.

Alejandro Vera:

Sí, porque puede ser contraproducente si el paciente usa una analítica "normal" como justificación para no comer más.

Paula Gisbert:

Exacto. Me ha pasado con pacientes muy restrictivos que, al ver que su analítica estaba bien, decían: "¿Ves? No necesito comer más". Ahí es fundamental reforzar que el TCA no se mide solo por valores en sangre o por el IMC. Puedes estar en normopeso y seguir teniendo un TCA severo que necesita tratamiento.

Alejandro Vera:

Eso me lleva a otra pregunta. ¿Cuándo decides que un paciente necesita ingreso hospitalario en lugar de tratamiento ambulatorio?

Paula Gisbert:

Es un tema complicado. El infrapeso es un indicador importante, pero no es el único criterio. Hay que valorar también la alteración en las funciones vitales, la desregulación de las conductas restrictivas, los vómitos, los atracones, e incluso si hay ideación suicida.

En consulta, hacemos una valoración inicial gratuita para conocer la situación del paciente. Si vemos que es necesario un ingreso, hacemos un informe y acompañamos a la persona en la derivación. También hay casos en los que

al principio parece que se puede trabajar de forma ambulatoria, pero a medida que avanzamos nos damos cuenta de que la situación es más grave de lo que parecía. En esos casos, no hay que tener miedo a derivar porque es lo mejor para el paciente.

Alejandro Vera:

Sí, totalmente. No es lo mismo un paciente que vive solo y sin apoyo, que uno que está en casa con su familia, que es consciente del problema y puede ayudarlo con las comidas.

Paula Gisbert:

Exacto. En algunos casos hemos hecho un "mix" en el tratamiento, combinando el trabajo en consulta con un seguimiento más estructurado para garantizar que el paciente esté bien acompañado.

Alejandro Vera:

Y, en casos donde ves que la consulta semanal ya no es suficiente, ¿cómo marcas la línea de riesgo para decidir si se necesita un ingreso? Porque el IMC no es un indicador demasiado preciso.

Paula Gisbert:

Sí, el IMC por sí solo no sirve. Hay que valorar el estado general del paciente. Por ejemplo, si tiene ideaciones suicidas, conductas de purga descontroladas, atracones fre-

cuentas o una restricción extrema, es probable que necesite un ingreso para frenar estas conductas y estabilizarse antes de seguir con el trabajo terapéutico.

Alejandro Vera:

Y es difícil porque a veces sentimos que podemos romper el vínculo con el paciente si le proponemos un ingreso.

Paula Gisbert:

Sí, pero es una medida de protección. Me ha pasado en consulta, con una paciente que al principio no nos contó toda la verdad sobre su estado. Cuando descubrimos que tenía ideación suicida, la derivamos de inmediato para ingreso. El ingreso no es un fracaso, es una fase más del proceso.

El problema es que muchas veces el tratamiento hospitalario termina y el paciente no recibe seguimiento posterior. Es un error. El ingreso ayuda a estabilizar, pero después hay que seguir trabajando en el TCA.

Alejandro Vera:

Claro. Y en adultos, además del miedo a ingresar, está la sensación de que se les invalida, como si no pudieran gestionar su propia vida. Pero a veces eso es un punto de inflexión.

Paula Gisbert:

Sí, porque cuando un paciente es ingresado, muchas veces se da cuenta de la gravedad del problema. Es un choque con la realidad.

Alejandro Vera:

Para cerrar, última pregunta: ¿estos síntomas biológicos de los que hemos hablado son reversibles? ¿En qué medida lo son?

Paula Gisbert:

La mayoría sí son reversibles, siempre que la intervención se haga a tiempo. Todo lo que tiene que ver con la baja disponibilidad energética, la fatiga, la reducción de materia gris, la debilidad muscular... Todo eso se puede recuperar con una adecuada rehabilitación nutricional.

Pero hay otros daños que pueden volverse permanentes si el TCA se mantiene en el tiempo, como la osteoporosis o la sarcopenia. También la amenorrea hipotalámica sostenida puede derivar en infertilidad. Por eso la prevención es clave, y la intervención temprana es fundamental para minimizar el impacto.

Alejandro Vera:

Es importante transmitir esto a los pacientes. No se trata de meter miedo, pero sí de hacerles ver que las consecuencias pueden ser graves si no se actúa.

Paula Gisbert:

Exacto. Es importante acompañar al paciente con empatía, pero también ser claros y contundentes cuando es necesario. Muchas veces creen que tienen el control y que no va a pasar nada, pero no es así.

Alejandro Vera:

Pues creo que hemos cubierto muchos temas importantes.

Paula Gisbert:

Sí, me ha encantado la charla. Gracias por invitarme.

Alejandro Vera:

Gracias a ti por compartir tanto conocimiento. ¡Hasta la próxima!

Más allá de la alimentación: La relación entre TCA y trauma – Sandra Navo (@sandra- navo_psiconutri)

Alejandro Vera:

¿Qué tal, Sandra?

Sandra Navo:

Muy bien, contenta de estar aquí.

Alejandro Vera:

Te estaba diciendo antes de empezar que, para comenzar un poco la charla, nos cuentes sobre ti, tu profesión, tu desarrollo profesional y un poco tu trayectoria.

Sandra Navo:

Pues yo soy psicóloga y psicoterapeuta. También soy nutricionista, pero más allá de eso, soy humana. Una humana a la que le encanta aprender e investigar.

Siempre me ha interesado el área de la mente y el cuerpo humano desde que era pequeña. Me considero una buscadora, una eterna aprendiz.

Más allá de mi trabajo y mi profesión, soy una persona que también ha vivido sus propios problemas con la alimentación. Esto me permite ir un poco más allá de la empatía, aunque no creo que sea un requisito imprescindible para trabajar en este ámbito.

Sin embargo, haber vivido mi experiencia con los trastornos alimentarios y otras dificultades me llevó a desarrollar un profundo interés y una necesidad de acompañar y ayudar a otras personas a encontrar la paz.

Alejandro Vera:

¿A qué te refieres con encontrar la paz?

Sandra Navo:

Para mí, encontrar la paz significa entender que los trastornos de la alimentación no son el problema en sí, aunque los vivamos como tal. Más bien, son una señal de que hay algo más profundo que necesita ser resuelto. Eso es a lo que me quiero dedicar.

Alejandro Vera:

Y de eso vamos a hablar hoy, ¿no? De la visión del problema más allá de lo puramente conocido o de lo que solemos escuchar, como que es solo un problema con la alimentación o con el cuerpo.

Vamos a entrar en materia con una pregunta abierta: ¿cuál es la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y el trauma? Porque oímos hablar mucho de

esto, de que en el TCA hay un componente de trauma, pero a veces parece un discurso repetitivo. ¿De qué estamos hablando realmente?

Sandra Navo:

Este tema daría para un podcast entero o incluso para un máster. Voy a intentar resumirlo.

Desde mi experiencia y mi investigación, la relación entre el trauma y los TCA es tan estrecha que en muchos casos forman un binomio inseparable.

Cuando hablo de trauma, no me refiero únicamente a un evento traumático puntual, como un accidente o una experiencia violenta. Lo que veo con más frecuencia es un trauma complejo o un trauma del desarrollo, es decir, un trauma de apego.

Esto significa que la persona ha crecido en un entorno emocionalmente inseguro o inconsistente, lo que afecta profundamente su autoimagen, su capacidad de regular emociones y, finalmente, su relación con la comida y el cuerpo.

Es importante entender que el TCA no es el problema en sí mismo, aunque puede convertirse en uno grave. En el fondo, el TCA es una estrategia de adaptación y supervivencia ante experiencias continuas que han sido abrumadoras.

Alejandro Vera:

¿A qué tipo de experiencias te refieres?

Sandra Navo:

Me refiero a situaciones en las que un niño o niña crece en un entorno donde sus emociones no son validadas, donde el afecto es condicionado: "solo te queremos si te portas bien" o "solo te valoramos si cumples nuestras expectativas". También puede tratarse de un contexto de críticas constantes o de negligencia afectiva.

Esto no se manifiesta como un evento catastrófico único, sino como un conjunto de heridas de apego, una ausencia emocional, críticas corporales o mensajes que asocian el valor personal con la imagen o la perfección.

En estos casos, la persona aprende que sus necesidades emocionales no son válidas o que su existencia está supe-
ditada a cumplir ciertas expectativas. Esto genera una inseguridad profunda y la sensación constante de no ser suficiente.

Es en este punto donde el TCA aparece como una estrategia de regulación emocional. La comida o el control del cuerpo se utilizan para manejar el dolor emocional, la ansiedad o el vacío que han dejado esas experiencias relacionales.

Por ejemplo, muchas personas con bulimia describen esa sensación de "vacío". Ese vacío no es solo físico, sino que refleja carencias emocionales y necesidades relacionales no cubiertas.

Desde la terapia sensoriomotriz entendemos que el trauma no solo afecta a los pensamientos o las emociones, sino que también vive en el cuerpo. Se queda registrado en tensiones musculares, posturas corporales o incluso en movimientos involuntarios.

Es como si el cuerpo hubiera aprendido a defenderse de esas experiencias traumáticas y, aunque el peligro ya pasó, sigue reaccionando como si la amenaza estuviera presente. En el contexto de los TCA, el cuerpo se convierte en el escenario del trauma no procesado, en un "campo de minas". Por eso, muchas personas usan la comida o el control del peso para desconectarse de ese lugar donde se vive el malestar.

Alejandro Vera:

Eso es muy interesante porque, claro, esto lo van a ver muchos profesionales, algunos con formación en trauma y otros sin ella. Y muchas veces, cuando se dice que los TCA tienen una base traumática, la gente piensa que eso significa que la persona ha sufrido un evento puntual y devastador.

Pero lo que estamos diciendo es que el trauma puede ser esas experiencias "pequeñas" pero constantes, lo que en el modelo del trauma llamamos traumas con "t" minúscula. Y desde ahí, podríamos entender el TCA como un intento de solución.

Esto a veces suena raro a los pacientes, porque ¿cómo algo que genera tanto dolor puede llamarse "*intento de solución*"?

Sandra Navo:

Totalmente. Y muchas veces es un proceso sutil, como si fuera un goteo constante.

En el trauma de apego, el problema no es solo lo que pasó, sino lo que faltó. Muchas personas no son conscientes de haber vivido experiencias traumáticas porque lo han normalizado. No se ha hablado de ello, no se ha puesto en palabras, así que no saben que existe.

Esto genera mucha confusión. Hay quienes llegan a consulta diciendo: "Sí, yo he vivido mucho trauma" y lo pueden verbalizar con claridad. Pero las personas que no son conscientes de haber tenido experiencias de carencia emocional pueden sentirse aún más perdidas.

Alejandro Vera:

Sí, eso es muy curioso. Me recuerda a un caso de una paciente que me contaba que en su casa no se podía hacer ruido. No se podía hablar alto ni hacer ningún ruido fuerte.

Esto, contado de forma aislada, podría parecer algo sin importancia, pero si lo vives durante toda tu infancia, puede generar una presión constante, un miedo a molestar, una angustia permanente. Eso es una experiencia de trauma.

Sandra Navo:

Claro, totalmente.

Alejandro Vera:

Has mencionado las heridas de apego y la validación condicional. Desde tu experiencia, ¿cuáles son las heridas de apego más frecuentes que pueden propiciar o ser un factor de riesgo para desarrollar un TCA?

Sandra Navo:

La invalidación constante, la crítica, la falta de atención a las necesidades emocionales del niño.

Cuando somos pequeños, no sabemos expresar nuestras necesidades, por lo que los padres deben sintonizar con ellas. Algo tan simple como que un padre o madre, sin que se lo pidamos, nos traiga un vaso de agua en la noche porque sabe que lo necesitamos, es un ejemplo de sintonización.

Cuando esto falta, puede generarse una herida de apego.

Por supuesto, situaciones de humillación, abuso emocional o físico, críticas corporales o presión por la perfección también pueden generar heridas profundas.

Son distintos el trauma complejo y el trauma de apego, pero generalmente se solapan.

Entonces, para mí, cualquier falta de esas necesidades básicas relacionales es como el aire que respiramos en la parte psicológica. Para que haya un bienestar emocional y psicológico, necesitamos una serie de necesidades satisfechas.

Y, tal como está conformada la sociedad hoy en día, veo complicado que alguien no tenga alguna herida o "heridita" de apego.

También quería mencionar, no sé si nos da tiempo o si querías pasar a otra pregunta, pero...

Alejandro Vera:

No, no, tú dale, si esto va fluido.

Sandra Navo:

Quería mencionar también, desde el análisis transaccional, que es uno de los enfoques con los que trabajo, que podríamos ver los trastornos de alimentación como una respuesta a mandatos internalizados en la infancia.

¿Qué son los mandatos?

Son aquellos mensajes prohibitivos que interiorizamos en la infancia y que van configurando nuestro guion de vida.

Estos mandatos definen cómo vemos el mundo y cómo nos vemos a nosotros mismos.

Voy a poner un ejemplo:

Uno de los mandatos más comunes en los trastornos alimentarios que veo en consulta es el de "no existas". Está muy presente en la anorexia. La persona, inconscientemente, busca desaparecer, hacerse invisible.

Esto no ocurre porque alguien literalmente le haya dicho "no existas", sino porque ha interiorizado el mensaje de que su presencia es una carga o una molestia.

Por ejemplo, imagina un contexto familiar donde los padres están abrumados con sus propios problemas, donde uno de ellos sufre una enfermedad o donde un hermano o hermana requiere mucha atención. En ese contexto, el niño o la niña percibe que sus necesidades emocionales sobrecargan a sus padres, así que aprende a volverse invisible para no ser una carga.

Pueden volverse silenciosos para no molestar y generar ese "no existas" a través de la anorexia.

Alejandro Vera:

Pero, claro, lo que dices es que ese mandato se internaliza y, a través de la restricción alimentaria, el cuerpo se vuelve más pequeño.

Sandra Navo:

Sí, es algo que se hace de manera inconsciente.

Es una forma de canalizar y generar esa representación del "no existir".

Alejandro Vera:

Sin embargo, cuando se desarrolla un TCA, pensando en mis pacientes, a veces ocurre el efecto inverso, ¿no?

Veo muchos niños que han sido invisibles y, de repente, se vuelven visibles a través de la enfermedad y de la preocupación de su entorno.

¿Qué pasa ahí?

Sandra Navo:

Totalmente, totalmente.

Por eso digo que puede haber tantos trastornos alimentarios como personas.

Algunos siguen el guion de vida de "no existas", mientras que otros optan por el contraguion: "Me hago muy visible porque se me ha hecho invisible". En ese caso, usan el trastorno alimentario para llamar la atención. En análisis transaccional, esto sería el contraguion.

¿Sí?

Alejandro Vera:

Total.

De hecho, en mi experiencia, una de las mayores resistencias para abandonar el trastorno es el beneficio que les aporta.

Algunas personas me han dicho en consulta: "No quiero dejar de sentirme enferma, no quiero que dejen de verme como enferma".

Sandra Navo:

Totalmente.

Son los beneficios secundarios. Y hasta que eso no se resuelve, no hay transformación.

Aquí también hablaríamos de si el trastorno de alimentación es egosintónico o egodistónico.

Si no lo ves como un problema, aquí tenemos un problema.

Alejandro Vera:

Sí. Los TCA, algunos más que otros, son súper identitarios.

Sandra Navo:

Sí, algunos más que otros.

Es muy complejo y hay tantos casos distintos... Por eso hay que evaluar muy bien y conocer a la persona.

Más que un trastorno alimentario, es una persona con un trastorno alimentario, además de muchos otros rasgos.

Y claro, esto hace que los casos sean complejos. Aunque podamos categorizar anorexia o bulimia, cada persona es un mundo, casi un universo.

Alejandro Vera:

Sí, muchas veces los diagnósticos se solapan y se entremezclan.

Y a veces, incluso los propios profesionales contribuimos a esa confusión.

Por ejemplo, la gente vive los atracones como algo egodistónico: "Me doy atracones, tengo un problema de atracón".

Pero la anorexia suele ser muy egosintónica.

Ahí entra la etiqueta de "soy anoréxica" o "soy anoréxico".

Sandra Navo:

Sí, totalmente.

Y por eso es tan complicado, porque hay una identificación con el trastorno y muchos beneficios asociados.

Si además ha cronificado durante años, es difícil, pero siempre se puede hacer algo.

Alejandro Vera:

El otro día escuché un clip de un podcast donde entrevistaban a una chica que había tenido un TCA y lo explicaba muy bien.

Porque, claro, lo que dices tú: muchas veces los profesionales que no hemos pasado por un TCA podemos entenderlo, pero no con la misma intensidad que alguien que lo ha vivido.

Esta chica decía algo interesante: *"Cuando tienes depresión, quieres salir de ella. Cuando tienes ansiedad, quieres dejar de sentir ansiedad. Pero cuando tienes un TCA, sientes que estás haciendo algo bueno para ti"*.

Y eso es parte de la gran complicación del tratamiento, sobre todo en los trastornos de tipo restrictivo.

Sandra Navo:

Sí, eso te iba a decir, sobre todo en los de tipo restrictivo.

Porque las personas con un trastorno caracterizado por la sobreingesta, por el descontrol, muchas veces han dicho

en consulta: "*Ojalá hubiera sido anoréxica, ojalá hubiera podido restringirme*".

Alejandro Vera:

Es que, de hecho, muchas veces empieza por ahí.

Lo que pasa es que hay personas que no tienen esa gran capacidad de control y acaban descontrolándose.

Empiezan con dietas muy restrictivas, tal vez sin llegar a una anorexia como tal, pero sí con restricciones muy severas, y de ahí surge el problema de los atracones.

En la mayoría de los casos, suelen comenzar así.

Luego, hay otro tipo de traumas que son más evidentes para todo el mundo, como el abuso sexual.

No sé si en tu experiencia has visto muchos casos de personas que han sufrido abuso sexual y han acabado desarrollando un TCA.

Sandra Navo:

Sí, muchos casos.

No te diría que todos, pero sí.

Al menos en mi experiencia, te puedo decir que todas las personas con trastornos de alimentación que he acompañado hasta hoy tienen antecedentes de trauma, aunque no siempre de abuso sexual.

Pero el abuso sexual es un factor presente en muchos casos.

No sabría decirte un porcentaje exacto, pero sí es frecuente.

Alejandro Vera:

¿Y por qué crees que existe esta relación entre haber sufrido abuso y desarrollar un TCA?

Sandra Navo:

En mi experiencia y en mi investigación, parte de la propia sintomatología del trauma.

El abuso sexual es un trauma muy fuerte, y después de vivirlo, el cuerpo se convierte en el enemigo, en un campo de minas.

El cuerpo es el lugar donde ocurrió el daño, y muchas veces, la persona quiere escapar de él.

El dolor y las sensaciones corporales se convierten en un recordatorio constante de lo que pasó.

Por eso, muchas personas con antecedentes de abuso desarrollan una disociación.

Se desconectan de sus sensaciones corporales como una estrategia de supervivencia.

Si no me conecto con mi cuerpo, no siento, no recuerdo, y de alguna forma, puedo seguir adelante.

Es una estrategia de supervivencia.

Pero claro, sobrevives, no vives.

Alejandro Vera:

Se entiende. Debe ser muy complicado.

Yo no puedo hablar por experiencia propia, pero sí desde la observación en consulta, y se sufre muchísimo.

Porque las personas quieren sanar, pero acercarse al cuerpo cuando ha habido abuso...

Sandra Navo:

Es aterrador.

Por eso hay que ir con mucho cuidado.

Se necesita una evaluación muy cuidadosa y una etapa de estabilización bien trabajada antes de que la persona pueda acercarse al cuerpo sin retraumatizarse.

Porque hay un alto riesgo de retraumatización si se hace mal.

No sé cómo lo ves tú, si estás de acuerdo o si lo enfocarías de otra manera.

Esa es mi experiencia.

Alejandro Vera:

Estoy totalmente de acuerdo.

Y lo que explicabas antes... Yo no tengo formación en análisis transaccional, pero la idea del guion y el contraguion me hace sentido.

Porque lo que he visto en algunos casos es lo contrario de lo que mencionabas antes.

Cuando alguien ha sufrido abuso sexual, sus límites corporales han sido vulnerados, no se han respetado.

Y el TCA se convierte en un escenario donde la persona puede recuperar el control absoluto sobre su cuerpo.

Sandra Navo:

Sí, sí, claro.

Alejandro Vera:

De hecho, estuve investigando sobre esto y encontré que algunas personas que han sufrido abuso sexual desarrollan una tendencia a hacerse muchos tatuajes.

No digo que todas las personas con muchos tatuajes hayan sufrido abuso, pero en algunos casos es un intento de reafirmar el control sobre su cuerpo.

Sandra Navo:

También hay quienes lo hacen como una forma de infligirse dolor, similar a la autolesión.

Alejandro Vera:

A veces también se busca construir un cuerpo poco deseable para los demás, como una manera de protegerse.

Sandra Navo:

Sí, todo podría ser.

Cada persona maneja sus experiencias a su manera.

Lo importante es ver cómo ha usado esas estrategias para sobrellevar su dolor emocional.

Porque más allá de si el comportamiento parece destructivo o no, en realidad es una forma de autorregulación.

No se trata de juzgar, sino de entender que la persona hace lo que puede con las herramientas que tiene.

Alejandro Vera:

Sí, totalmente.

Desde esta perspectiva del trauma, ¿cómo lo integras en la intervención de TCA?

¿Cómo conjugas el tratamiento centrado en recuperar un ritmo de ingesta normal con el trabajo en trauma?

¿Lo haces de forma secuencial o trabajas ambos aspectos en paralelo?

Sandra Navo:

Depende del caso y de las necesidades de la persona.

Para mí, no hay un enfoque único ni lineal.

Cada persona tiene su historia, su contexto emocional, su estado del sistema nervioso.

El abordaje del trauma se adapta a su ritmo y a su capacidad de regulación emocional.

Pero, en términos generales, el tratamiento del trauma se divide en tres fases:

1. Estabilización y regulación emocional
2. Procesamiento del trauma
3. Reconstrucción y reintegración

Ahora bien, estas fases no son rígidas ni secuenciales en todos los casos.

Nos ajustamos a las necesidades del paciente porque, a veces, surgen temas emergentes que requieren atención inmediata.

Alejandro Vera:

Sí, tiene sentido.

¿Y en qué consiste la estabilización?

Sandra Navo:

Primero, nos convertimos en un referente de seguridad para el paciente.

Es crucial ofrecer coherencia emocional, validación y aceptación incondicional.

También debemos estar regulados como terapeutas, porque si estamos estresados o hiperactivados, el paciente lo percibe y eso lo abruma aún más.

La relación terapéutica es la base, más allá de cualquier herramienta específica como EMDR o terapia sensoriomotriz.

Si el vínculo no es seguro, no hay avance posible.

Luego, en la fase de estabilización, el foco está en ayudar a la persona a regular sus emociones y conectar con su cuerpo de manera segura.

Este paso es imprescindible.

Si alguien está en un estado de hiperactivación (ansiedad, pánico) o hipoactivación (apatía, desconexión), no podemos procesar el trauma de forma segura.

Alejandro Vera:

Pero en TCA, precisamente, la exposición al cuerpo es una de las mayores dificultades...

Sandra Navo:

Por eso necesitamos preparar mucho el terreno, dotando de recursos y exponiéndonos gradualmente.

Hay personas que ni siquiera sienten sus sensaciones corporales. En esos casos, el trabajo consiste en ayudarlas a identificarlas poco a poco, con mucho acompañamiento.

Uno de los errores más comunes es querer correr demasiado. El cuerpo tiene su propio ritmo y la mente, otro distinto.

Cuando trabajamos con el cuerpo, debemos conocer bien la capacidad de la persona y desarrollar estrategias progresivas para que pueda habitar su cuerpo sin desregularse.

Alejandro Vera:

Eso puede llevar meses, incluso años, ¿no?

Sandra Navó:

Sí, claro.

Dependiendo del caso, la estabilización puede durar desde tres meses hasta un año y medio, o más.

Porque, como decíamos, muchas personas llegan a consulta completamente desreguladas, y estabilizarlas es una de las mayores dificultades del tratamiento.

En esta fase también trabajamos la conciencia plena de las sensaciones corporales.

Se trata de desarrollar la percepción sensorial, aprender a quedarse con una sensación, observarla sin miedo:

- *¿Tiene textura?*
- *¿Tiene un color?*
- *¿Se mueve?*

Y mientras tanto, nosotros, como terapeutas, actuamos como un referente de seguridad.

Cuando la persona es capaz de mantenerse estable, los síntomas comienzan a disminuir. En ese momento, podemos pasar a trabajar el procesamiento del trauma.

Si alguien ha desarrollado recursos de regulación emocional y de autocuidado, ahí sí podemos avanzar.

Ahora bien, hay personas que solo pueden llegar hasta la primera fase.

Pueden decir: "Estoy estable, pero no estoy lista para procesar el trauma".

Y eso es algo que debemos respetar.

No podemos forzar el ritmo de la persona. Hay que pedir permiso constantemente, con el máximo respeto, porque estamos tocando heridas muy sensibles.

Si se avanza demasiado rápido, existe un alto riesgo de re-traumatización.

Para trabajar las memorias implícitas almacenadas en el cuerpo, hay que ser extremadamente cuidadosos.

El objetivo es que la persona pueda conectar con su cuerpo de manera segura.

Cuando se logra esto, el síntoma pierde su razón de ser.

Ya no necesita controlar su cuerpo a través de la comida o modificarlo compulsivamente.

Alejandro Vera:

En la fase de procesamiento del trauma, mencionaste el EMDR.

¿Utilizas también técnicas narrativas u otras herramientas?

Sandra Navó:

Depende del caso.

Lo ideal es que el terapeuta tenga un maletín de herramientas amplio y flexible, sin ser ecléctico, pero sí integrativo.

Cada persona responde mejor a un tipo de intervención.

Algunas se benefician más de la terapia sensoriomotriz para trabajar memorias corporales, mientras que otras responden mejor al EMDR o a técnicas narrativas.

También depende de los recursos del terapeuta.

Lo más importante es que el procesamiento del trauma solo se inicie cuando la persona tenga suficientes recursos de regulación emocional.

Y que en cada sesión haya tiempo suficiente para cerrar de manera adecuada, sin que el paciente se quede con la angustia abierta.

Alejandro Vera:

¿Te llegan muchos casos de TCA con un perfil crónico?

Sandra Navó:

Sí, algunos.

Alejandro Vera:

Me refiero a casos de larga duración, personas que han estado en tratamiento varias veces pero siguen con recaídas.

Hace poco hice una publicación sobre este tipo de perfiles, los "pseudo recuperados".

Parecen haber salido del TCA, pero tienen constantes recaídas y retrocesos.

A veces pienso que en estos casos el tratamiento no estaba completo.

Tal vez no se abordó la raíz traumática o el sistema psicológico que mantiene el trastorno.

¿Qué piensas de esto?

Cuando te llegan casos derivados de otros terapeutas, ¿ves patrones en lo que no se ha trabajado?

Sandra Navó:

Sí, te has explicado perfectamente.

Es un tema complejo.

A veces llegan personas que han pasado por muchos tratamientos y te dicen: "He hecho muchas terapias, pero sigo igual".

En esos casos, me pregunto: ¿Qué pasó?

¿Qué es lo que necesitabas y no se te dio?

Es importante investigar cómo la persona ha vivido sus procesos terapéuticos previos.

A veces, la terapia se usa de manera inconsciente para confirmar creencias negativas sobre uno mismo.

Desde el análisis transaccional, hablamos de "creencias de guion", como:

- *"Nunca voy a mejorar"*.
- *"Soy un fracaso"*.
- *"Nada me va a servir"*.

Y la persona, sin darse cuenta, usa la terapia para reforzar estas creencias.

Alejandro Vera:

Es decir, fracasar en la terapia se convierte en una confirmación de que no van a lograr nada.

Sandra Navó:

Exacto.

Entonces, no siempre es que la terapia haya sido incompleta o mal hecha.

A veces, la persona inconscientemente usa la terapia como prueba de que "nada funciona".

Pero sí, también es cierto que muchas veces no se trabaja el trauma de fondo.

Se aborda el trastorno alimentario desde un enfoque puramente conductual o cognitivo, sin llegar a la raíz.

Es como si hay un incendio en el sótano, pero estamos echando agua en el tercer piso.

Apagamos el fuego arriba, pero el foco del incendio sigue activo y tarde o temprano vuelve a propagarse.

Si se trata un TCA sin considerar el componente traumático subyacente, el tratamiento se queda superficial.

También he visto casos en los que, al no abordar bien el trauma, se reactiva.

Y no es por falta de conocimientos del terapeuta, sino por enfoques desactualizados que ven el TCA como un problema nutricional o conductual, ignorando sus raíces emocionales y somáticas.

Uno de los errores más comunes es no tomarse el tiempo suficiente para evaluar bien y conocer a la persona.

Si solo veo al paciente como "alguien con un TCA", voy a aplicar lo que sé sobre TCA en general, pero no estaré tratando a la persona en su individualidad.

Alejandro Vera:

Totalmente de acuerdo.

Sandra Navó:

También es un error no considerar la estructura de personalidad.

Porque si no trabajamos la estructura de personalidad, la persona va a mantener el sistema que sostiene el TCA.

Alejandro Vera:

Sí, me acuerdo de una paciente que mejoró radicalmente al empezar la universidad.

De repente, se enganchó al estudio compulsivo y dejó el TCA.

Pero en realidad, solo había cambiado de "asidero".

La estructura obsesiva seguía intacta.

Sus padres dieron por finalizado el tratamiento, pero tarde o temprano volverá a terapia.

Sandra Navó:

Totalmente.

Si no se tiene en cuenta la personalidad o la presencia de un trastorno de personalidad, el tratamiento es incompleto.

Por ejemplo, en personas con un trastorno límite, el TCA suele ser una estrategia de regulación emocional.

Si no se aborda esta base, la recuperación será frágil y habrá recaídas.

Alejandro Vera:

Sí, muchas veces los tratamientos incompletos generan recaídas constantes.

Sandra Navó:

Y también dificultan la relación terapéutica.

Si no se comprende la estructura de personalidad, es fácil que el terapeuta se frustre o se sienta rechazado en ciertos momentos.

Alejandro Vera:

Sí, totalmente.

Sandra Navó:

Por ejemplo, en pacientes con trastorno límite de la personalidad, los cambios emocionales pueden ser muy intensos.

Un día te dicen: "Eres el mejor terapeuta del mundo", y al día siguiente desaparecen de la terapia o llegan con enfado.

Si el terapeuta no entiende lo que está pasando, puede personalizarlo, sentirse rechazado o pensar que está haciendo algo mal.

Pero si comprendes que es parte de su estructura, puedes manejarlo sin que afecte tu trabajo y ayudarles mejor.

Otro error común en terapia es querer ir demasiado rápido.

Querer que la persona cambie antes de que esté preparada.

A mí me ha pasado. Aprendes a base de errores y de mucha supervisión.

Mi supervisora me decía constantemente: "No quieras correr tanto".

Alejandro Vera:

A mí también.

Sandra Navó:

Es una exigencia interna.

Alejandro Vera:

Sí, yo soy bastante impaciente por naturaleza.

Y antes me pasaba mucho que en la primera sesión intentaba dar demasiada información, con la idea de que el paciente se llevara "chicha" para trabajar.

Pero a veces eso les sobrecargaba más que ayudarles.

Sandra Navó:

Eso nos ha pasado a muchos.

Cuando ves un caso crónico, con mucha historia detrás, quieres ayudar rápido.

Pero hay que aprender a tomárselo con calma.

Alejandro Vera:

Claro, no es meter prisa en el sentido de exigir que mejoren rápido, sino en el de adelantarles cosas que aún no están preparados para ver.

Intentar acelerar su proceso mental antes de que puedan integrar lo que les estás diciendo.

Sandra Navó:

Exacto.

Y cuanto más presionas, más resistencia generas.

Si la persona siente que la estás empujando, se bloquea o incluso retrocede.

Alejandro Vera:

Sí, también está el riesgo de saturar al paciente con demasiada información.

Sandra Navó:

Por eso el trabajo terapéutico también es con nosotros mismos.

No solo ayudamos al paciente, también tenemos que revisar cómo gestionamos nuestra propia ansiedad, nuestras expectativas sobre la terapia y nuestros límites.

Alejandro Vera:

Totalmente.

Sandra Navó:

Un error básico en nuestra profesión es no hacer terapia nosotros mismos y no supervisarnos.

La supervisión es clave, y más en casos de TCA con base de trauma.

Alejandro Vera:

Sí, incluso a nivel de autocuidado.

Supervisarse también te da apoyo, te hace sentir acompañado en el trabajo.

Sandra Navó:

Sí, te da una red de apoyo y te ayuda a evitar proyectar tus propios temas en los pacientes.

A veces no nos damos cuenta, pero sin supervisión, corremos el riesgo de estar abordando cosas desde nuestras propias experiencias sin darnos cuenta.

Y eso no es justo para el paciente.

Otro error que veo a menudo en el tratamiento de los TCA es imponer un tipo de alimentación sin considerar el ritmo de la persona.

En casos graves, obviamente, es necesario intervenir nutricionalmente.

Pero en consulta privada, donde los casos no suelen estar en riesgo vital, a veces se insiste demasiado pronto en la alimentación y eso abruma al paciente.

Yo he cometido ese error, he querido intervenir demasiado rápido en la parte alimentaria y ha sido un problema.

Alejandro Vera:

Totalmente.

Sandra Navó:

Por mucho que veas que está restringiendo y que necesita mejorar su ingesta, hay que ir poco a poco.

A veces hay que aceptar que el proceso lleva tiempo y que, aunque tenga consecuencias en su cuerpo, lo importante es que siga en tratamiento.

Si intentas forzar demasiado la alimentación y el paciente se va de la terapia, es peor.

Porque entonces puede sentirse aún más desamparado y recaer más fuerte.

Alejandro Vera:

Sí, y además eso dificulta el tratamiento.

Sandra Navó:

Exacto.

Por eso es importante negociar con el paciente, llegar a acuerdos y no imponer cambios abruptos.

Desde el análisis transaccional, trabajamos con contratos terapéuticos, que son acuerdos de tratamiento donde la persona define sus objetivos y qué está dispuesta a hacer para lograrlos.

Es una relación de adulto a adulto, no de terapeuta imponiendo normas.

Cuando la persona ha elegido el objetivo por sí misma, el proceso fluye mejor.

Si el terapeuta impone las metas, se genera resistencia y se convierte en una lucha de poder.

Al principio, yo veía la fase de estabilización como una pérdida de tiempo, porque quería ir directamente a trabajar el trauma.

Pero con la experiencia, me he dado cuenta de que cuanto más tiempo dediques a preparar el terreno, más fluido es el proceso después.

Alejandro Vera:

Vale, Sandra, para ir cerrando, te hago la última pregunta.

Hemos hablado mucho sobre cómo el trauma es un factor predisponente para los TCA.

No estamos diciendo que toda persona con TCA tenga trauma ni que toda persona con trauma desarrolle un TCA, pero sí que es un factor importante.

Ahora, dándole la vuelta a la perspectiva, ¿puede un TCA en sí mismo convertirse en una experiencia traumática?

Sandra Navó:

Depende.

Pero sí, puede serlo.

Hay que matizarlo para no caer en simplificaciones, pero el trastorno en sí puede generar experiencias traumáticas, sobre todo dependiendo de cómo lo viva la persona.

Por ejemplo, alguien con un TCA restrictivo que lo vive de manera egosintónica, como algo alineado con su identidad, probablemente no lo perciba como traumático en ese momento.

Pero si hay un contexto externo hostil, como discriminación, estigmatización, críticas o invalidación familiar, entonces sí puede convertirse en un trauma.

También hay experiencias concretas que pueden ser traumáticas dentro del proceso, como ingresos hospitalarios en adolescentes.

Imagínate un adolescente de 14 o 15 años ingresado, con médicos controlando su comida, sin poder decidir sobre su propio cuerpo.

Eso puede ser muy traumático, no solo por lo que pase dentro del ingreso, sino porque es una experiencia que lo marca.

Ya no es "una persona normal", ahora es "la persona que tuvo anorexia en su adolescencia".

Y eso genera una identidad que puede dejar huella mucho tiempo después.

Alejandro Vera:

Sí, y también hay un gran estigma asociado a ciertos tipos de TCA.

En cuanto entras en la categoría de "anoréxica", parece que esa etiqueta te va a seguir toda la vida.

Sandra Navó:

Exacto.

Y cuando la persona ya tiene antecedentes de trauma, es más vulnerable a desarrollar más trauma en el futuro.

Es decir, el propio TCA puede generar nuevas experiencias traumáticas, reforzando el malestar en un ciclo difícil de romper.

Alejandro Vera:

Por eso creo que en el tratamiento podemos hacer prevención para que la experiencia del TCA no se convierta en algo aún más traumático.

Yo, por ejemplo, con pacientes que viven la anorexia como una prueba de autocontrol, trato de validar esa parte positiva:

"Lo que has hecho tiene mucho mérito, pero has sido demasiado dura contigo misma. Si aprendemos a canalizar esa disciplina de manera más saludable, te beneficiará sin dañarte".

La idea es que no sientan que todo lo que han construido a través del TCA es negativo, sino que puedan quedarse con la parte funcional y soltar lo destructivo.

Sandra Navó:

Totalmente.

Eso que dices me parece fantástico.

Alejandro Vera:

Bueno, Sandra, vamos a cerrar aquí.

Muchísimas gracias, me ha parecido muy interesante todo lo que has contado.

Sandra Navó:

Gracias a ti por invitarme.

Ha sido un placer compartir este espacio. Espero que a los que nos escuchan les ayude a reflexionar sobre este tema.

Alejandro Vera:

Seguro que sí. ¡Hasta la próxima

Claves para Reconciliar el Ejercicio Físico en la Recuperación del TCA – Sara Tabares (@saratabares)

Alejandro Vera:

Hola Sara, ¿qué tal estás? ¿nos cuentas un poco sobre ti?

Sara Tabares:

Bueno, pues yo he aprendido de casi todo. Dirijo una empresa de entrenamiento personal, *Performa Entrenadores Personales*, en Valencia. Trabajamos con un médico deportivo, un médico endocrino y varios profesionales de la salud, como fisioterapeutas. ¿Qué más? Pues ese es mi principal trabajo. Luego, también me dedico a escribir. Tengo varios libros publicados, entre ellos *Ellas entrenan* y *Ellas entrenan +40*.

La verdad es que nunca supe si era de ciencias o de letras, así que estudié dos carreras. La primera fue Periodismo; soy licenciada en Ciencias de la Información. Y la segunda fue Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, donde me gradué. Luego hice dos másteres: uno en Actividad Física y Salud y otro en Fisiología. Y ahora soy estudiante de doctorado en la Universidad de Valencia, en Psicología. Ahí voy, con mi área de investigación, aprendiendo muchísimo... siempre aprendiendo, de todo y de todos: de los pacientes, de la gente que confía en mí y de los profesionales de la salud mental con los que trabajo.

Alejandro Vera:

Decía antes que me gusta tenerte aquí porque, de todas las personas con las que he charlado, tú eres la única que representa el ejercicio físico. Y esta es una de las partes más desatendidas en la recuperación de un TCA.

Sara Tabares:

En un equipo multidisciplinar que trabaja para la recuperación de un TCA, el rol del ejercicio físico es clave cuando hay un patrón de ejercicio problemático. Ya los estudios nos indican que alrededor del 80% de los pacientes presentan este patrón.

No es algo aislado, sino algo que ocurre con mucha frecuencia. La clave no es eliminar el ejercicio, sino cambiarlo. Si tenemos un patrón de ejercicio problemático, desadaptativo, lo que hay que hacer es modificarlo. Sobre todo el ejercicio voluntario, que es el que podemos cambiar, e introducirlo como una herramienta de salud y calidad de vida. Se trata de cambiar el patrón de compensación, purga o transformación física que muchas veces está presente en el TCA.

El TCA suele focalizarse en una parte del cuerpo, y el ejercicio puede convertirse en una herramienta obsesiva para modificar esa zona. Entonces, nuestro trabajo es reintroducir el ejercicio como un medio de salud. Nadie dudaría de reintroducir la nutrición o los buenos hábitos alimentarios en la recuperación de un TCA, ¿por qué se duda con el ejercicio físico?

Alejandro Vera:

Está claro que la razón principal por la que se duda, sobre todo en la anorexia nerviosa, es porque puede contribuir a la enfermedad.

Primero, porque puede convertirse en un acto compulsivo. Y segundo, porque se teme que contribuya aún más a la pérdida de peso. Imagino que esta es la resistencia más habitual que encuentras cuando colaboras con profesionales, ¿no?

Sara Tabares:

La verdad es que cuando colaboro con profesionales no tengo ninguna resistencia, porque tengo muchísima suerte. Al final, creo que esta idea de que los profesionales rechazan el ejercicio en los TCA es más un mito que una realidad. A mí no me ha pasado que un profesional me diga: "No, que no haga ejercicio porque va a perder peso".

Muchas veces se piensa en el ejercicio físico como si fuera *CrossFit* o *powerlifting*, pero no es solo eso. Simplemente con que la persona esté viva y en movimiento ya estamos ganando algo. Cuando reintroducimos la alimentación, los estudios nos dicen que si la acompañamos con un poquito de ejercicio físico, la aceptación de los alimentos es mejor.

Y cuando hablo de ejercicio físico no me refiero a hacer cardio intenso, sino a ejercicios de movilidad, ejercicios con tensores, ejercicios isométricos... simplemente reintroducir un poco de movimiento. La persona acepta mejor la alimentación y no la rechaza tanto. Entonces, esto nos permite replantearnos la manera de trabajar con los TCA.

Yo aprendo todos los días, Álex. No soy la misma de hace

diez años ni la misma de ayer. Pero creo que es importante romper el mito de "va a perder peso". Si una persona está postrada en una cama y le reintroducimos la alimentación, incluso con una sonda nasogástrica, ¿qué problema hay en que mueva un tobillo, siempre de manera supervisada? No estoy hablando de descargar una aplicación y dejar que la persona haga ejercicio sin control. Estoy hablando de reintroducir el ejercicio físico de forma supervisada, siempre con un profesional de la actividad física.

Alejandro Vera:

Antes mencionaste el término "patrón disfuncional" en relación con el ejercicio físico, ¿qué significa exactamente?

Sara Tabares:

Sí, me refería a un patrón de ejercicio físico problemático, desadaptativo. Las últimas revisiones y estudios ya lo denominan así. Entonces, si sabemos que existe, ¿por qué no abordarlo en la recuperación en lugar de eliminarlo?

Un patrón disfuncional o desadaptativo se caracteriza por la compulsión, la rigidez, la purga y el uso del ejercicio como una herramienta de cambio físico.

- **Compulsión:** hacer ejercicio sin poder parar, sin control.
- **Rigidez:** hacerlo a la misma hora todos los días, sin importar nada más. Por ejemplo, aunque tenga fiebre, un examen o cualquier impedimento, la persona siente que *tiene* que entrenar.
- **Purga:** compensar con ejercicio lo que se ha comido. Por ejemplo, si ha comido un trozo de pastel, siente que tiene que pasarse tres horas en la cinta

de correr.

- **Herramienta de cambio físico:** focalizarse en cambiar una parte del cuerpo de manera obsesiva.

Cuando esto ocurre, nos alejamos del ejercicio saludable y entramos en la enfermedad.

¿Cómo reencuadrar esto? Poco a poco. Y, sobre todo, en equipo. Porque cada persona parte de un punto distinto.

Por ejemplo, en el caso del trastorno por atracón, muchas veces la persona ha sufrido sobrepeso u obesidad y ha desarrollado una relación negativa con el ejercicio físico debido a experiencias traumáticas, como haber sido ridiculizado en la escuela. Hace poco tuve un caso así: una persona de 52 años que rechazaba el ejercicio porque le habían hecho *bullying* en la infancia. Entonces, lo que hicimos fue buscar ejercicios con los que se sintiera cómodo, en un entorno seguro, sin comparación y sin presión. Poco a poco, empezó a sentirse capaz y a engancharse al ejercicio.

En otros casos, he tenido pacientes con anorexia que entrenaban en casa con videos de YouTube durante horas. ¿Cómo cambias ese patrón? Primero, ofreciéndoles un entorno seguro. Si trabajan conmigo, están en una sala privada conmigo o entrenan online en su casa. No hay comparación, no hay presión social. Si más adelante pueden volver a un gimnasio, genial, pero ese no es el primer paso. A veces, esa transición tarda años. No se puede forzar.

Otra cosa clave es eliminar la cuantificación excesiva. No medimos "cuántos pasos", "cuántas calorías", "cuántos kilos". Medimos funcionalidad: "¿puedes subir escaleras sin cansarte?", "¿puedes llevar tu mochila?". Se trata de cambiar la perspectiva del ejercicio.

La recuperación de un TCA no es lineal. Hay avances y retrocesos. Pero si conseguimos que la persona deje de ver el ejercicio como una herramienta de castigo y lo vea como un aliado, hemos logrado mucho.

Al final, lo más importante es que la persona adquiera criterio. Que no se crea todo lo que ve en redes sociales, que cuestione la información. Yo siempre digo: *tráeme lo que has visto, vamos a analizarlo juntos*. Y cuando lo hacemos, ellos mismos se dan cuenta de lo que es real y lo que no. No se trata de imponer nada, sino de enseñarles a pensar por sí mismos.

Y cuando llega el momento en que la persona me dice: "He dejado de compararme", entonces sé que hemos avanzado de verdad.

Alejandro Vera:

Me fascina, de verdad. Imagino que, en un contexto como el tuyo, el vínculo con los pacientes debe ser brutal.

Sara Tabares:

Es brutal. Yo tengo la sala de entrenamiento llena de cosas que me han regalado mis chicos y mis chicas. Me llenan la vida. A veces me desgastan un poco, porque son procesos largos y duros, pero me llenan la vida.

Estos procesos son muy duros, pero también muy bonitos. Son lentos, y la gente hoy en día no tiene paciencia. Lo vemos constantemente: quieren resultados rápidos. Pero esto no es rápido, es un avance lento, con altibajos. No es una línea recta. A veces subes un escalón, otras veces te

quedas en el mismo sitio y, en ocasiones, incluso retrocedes. Pero lo importante es seguir acompañando en el proceso.

De eso trata también mi tesis doctoral. Fíjate si me gusta el tema.

Alejandro Vera:

Antes mencionaste algo que me parece muy importante: que no te gusta imponer ni prohibir. Creo que en el tratamiento tradicional del TCA hay mucho de eso. Me viene a la mente el caso de una persona con anorexia nerviosa a la que, en su tratamiento, le pusieron una dieta hipercalórica con muchos fritos y calorías, y le prohibieron hacer educación física en el instituto.

Claro, ¿cómo no iba a hacer ejercicio de forma compulsiva en cuanto tuviera oportunidad? Si no le daban ninguna vía de escape para manejar la ansiedad, era normal que intentara compensar como fuera.

Sara Tabares:

Exacto. Al final, las personas están vivas. Y el movimiento es vida. Si se lo quitas por completo, les estás quitando una parte fundamental.

Ahora bien, hay que saber cuándo, cómo, dónde, por qué y con quién reintroducir el ejercicio. Es importantísimo hacerlo con vigilancia, con control y con el respaldo del equipo médico.

Porque el paciente no es "mío", ni de un solo profesional.

Es de todos los que formamos parte del equipo de recuperación. Y lo que queremos es que se ponga bien.

Alejandro Vera

Sí, totalmente de acuerdo. ¿Hay alguna otra cosa que crees que es importante y que no hemos mencionado?

Sara Tabares:

No lo sé... Creo que te he contado prácticamente todo, Álex.

Bueno, quizás el tema de las redes sociales y el daño que pueden hacer. Pero creo que ese daño ocurre solo cuando no hay criterio. Si enseñas a la persona a cuestionar la información que consume, entonces las redes dejan de ser tan perjudiciales.

Por eso yo intento que las personas con las que trabajo piensen. Que no se traguen todo lo que ven. A veces me traen cosas que encuentran en redes: "Oye, he visto este método, ¿qué opinas?". Y yo no les digo directamente que es un disparate. Lo analizamos juntos. "¿Tiene sentido fisiológico? Vamos a buscarlo". Y así, poco a poco, van desarrollando criterio.

Y lo mejor es cuando empiezan a usar ese criterio en su día a día. Cuando llegan con sus amigos y alguien les dice: "Esto funciona así", y ellos responden: "No, eso no es verdad, porque mira...". Ese es el gran cambio.

Es un cambio brutal. Y también creo que trabajar en equipo potencia mucho ese mensaje. Si el psicólogo, el nutricionista, el entrenador y el médico transmiten mensajes similares, el paciente lo asimila mejor.

Es que tiene que ser así. Trabajar en equipo es como dirigir una orquesta: si el bombo va por un lado, la trompeta por otro y la voz por otro distinto, no hay armonía. Hay que coordinarse para que todo suene bien.

Al final, lo que queremos es que la persona viva lo mejor posible. Como dice Gema García Marcos: *de los TCA se sale*.

Alejandro Vera:

Me quedo con eso. Tratar a las personas con criterio, con inteligencia. No imponer, sino guiarles para que piensen por sí mismos.

Sara Tabares:

Exactamente. Si les das criterio, dejan de caer en trampas.

Yo les digo: "*Tráemelo, vamos a verlo juntos*". No les digo: "*Esto es falso porque lo digo yo*". No. Lo analizamos, buscamos la información, lo confrontamos con la evidencia. Y ellos mismos llegan a la conclusión de que no tiene sentido.

Y lo mejor es cuando lo entienden por sí solos.

Y lo aplican. Lo aplican, lo integran en su vida. Lo ven reflejado en su propia experiencia.

Alejandro Vera:

Bueno, Sara, ha sido un placer tenerte aquí. Sé que andas

muy liada, que tienes mucho curro, así que valoro un montón que hayas sacado un ratito para esta charla.

Sara Tabares:

Muchas gracias a ti. Ha sido un placer.