

# EMDR EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: REVISIÓN

Raquel Quílez Pardos

Facultad de Ciencias de la Salud. Blanquerna. Universidad Ramon Llull. Barcelona  
raquelqp@copc.com

*The Disorder of Feeding Behavior is an specific syndrome with a complex origin and multidimensional affectation, which treatment should be able to go beyond the surface. Disorder of Feeding Behavior clinicians have in EMDR a psychological approach able to give an effective response. This article present a bibliographic review about the EMDR efficacy with Disorders of Feeding Behavior as of other studies and dates about different aspects that we can see in the patient and in the use of 8 phases of EMDR. We present dates about thinness wish, shame and control, defensive conditioned reactions, body image, attachment difficulties, physical, sexual mistreatment, neglect, dissociation, impulse uncontrol, emotional anesthesia, self-mutilation, limits need, labels, male attachment figure, disfuncional families, etc.*

Keywords: Disorder of Feeding Behavior, EMDR, dissociation, trauma, diet

---

*“Cuando algo me hace daño, empiezo a comer, y en esos minutos o horas, nada duele sólo hay placer. Únicamente el momento de acabar de comer devuelve una herida doblemente dolorosa. La realidad que no se ha resuelto y la decepción hacia con uno mismo por haber vuelto a caer en los atracones, algo que en sí mismo, es ya doloroso”*

*Método de anestesia emocional*

*Se debe trabajar el dolor emocional del pasado para poder vivir, funcionalmente, libre de él en el futuro*

*Hartarse de que todos hagan el amor contigo*

## Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un conjunto de trastornos que se caracterizan por graves alteraciones, tanto a nivel conductual, como

cognitivo y emocional, que se pueden acompañar de experiencias traumáticas en su historia vital y por supuesto dificultades de apego, Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999). Los TCA son síndromes diagnósticos concretos sin una patogénesis simple, por lo que requerirán una evaluación multidimensional que abarque, tanto su globalidad como su complejidad. Dada pues su naturaleza y alcance, los TCA afectan extensivamente a la alimentación, al ámbito interpersonal y al intrapersonal (a nivel de cognición, emoción y sistemas de acción), lo intrafamiliar y lo social/cultural (Schulherr, S. 2005). Así mismo, a nivel evolutivo se da en una horquilla cada vez mayor, que abarca desde la infancia, cada vez más temprana, la adolescencia y la adultez. Y aunque en el conjunto cada vez se constata más prevalencia, disminuye progresivamente la severidad de los casos (Irena et al., 2001). Dos grandes temas nucleares deben tenerse en cuenta en los TCA, el deseo de delgadez con el control-perfección del que se acompaña, y la necesidad de no escuchar o atender determinadas emociones-sentimientos (anestesia emocional).

### **Tratamiento del TCA**

La Terapia cognitivo conductual, ha sido la terapia de elección para los TCA y de hecho en un gran número de centros hospitalarios todavía lo sigue siendo. Fairburn y Wilson, (1993) afirman “la TCC es significativamente más eficaz o al menos tan efectiva, como cualquier forma de psicoterapia con la que se ha comparado”. Sin embargo, en las pasadas dos décadas, un creciente número de profesionales de la salud mental están escogiendo el modelo EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) por su eficacia, teniendo en cuenta que presenta diferentes postulaciones y no un mecanismo especificado de acción (Gunter, R. W. y Bodner, G. E. 2009). En constante desarrollo, EMDRIA (2009) define EMDR como un enfoque de psicoterapia integradora, gradual y validado científicamente basado en la teoría de que gran parte de la psicopatología es debido a la experiencia traumática o acontecimientos dolorosos de la vida. Esto genera el deterioro de la capacidad innata del cliente para procesar e integrar la experiencia o experiencias en el sistema nervioso central. El núcleo del tratamiento EMDR implica la activación de los componentes de la memoria traumática o acontecimientos vitales perturbadores y la vinculación de estos componentes con estimulación bilateral del cerebro.... Este proceso parece facilitar la reanudación del procesamiento e integración normal de la información. Este método de tratamiento puede generar una reducción de los síntomas, disminución de la angustia, visión mejorada del yo, mejora de la sintomatología corporal, y la resolución de presentes y futuros disparadores<sup>1</sup>. Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999) explican que los TCA presentan reacciones defensivas condicionadas, que se manifiestan automáticamente de manera rápida e intensa ante estímulos internos o externos, conscientes o inconscientes (disparadores que deberán tratar de identificarse). Dicho aprendizaje condicionado explica su resistencia al cambio, la cual será mayor si el trauma se ha

producido a edades bien tempranas. Por todo esto, es necesario tratar los TCA con un modelo terapéutico que permita un trabajo más en profundidad y no únicamente desde áreas cerebrales que implican exclusivamente procesamiento cognitivo (frontales).

### **Historia del tratamiento de los TCA con EMDR**

El primer estudio que se reporta sobre EMDR y TCA y con resultados positivos cumple en breve 20 años (Marquis, J., 1991). Años después Hudson, J.I., Chase, E.A. y Pope, Jr. en 1996, estudian de una manera más extensa la eficacia del EMDR en TCA, así como los beneficios y riesgos del uso del EMDR en este tipo de pacientes. En su escrito expone la escasa existencia y producción de artículos en los que se estudie la eficacia de los tratamientos. Igualmente constata la falta de un protocolo estandarizado o unos criterios uniformes que guíen la práctica en estos casos. Así, encuentra sólo un estudio que presenta resultados positivos. Ante esto se han de tener en cuenta varias consideraciones, como que de ello hace más de 14 años, el gran incremento de terapeutas que ahora practican EMDR y el hecho inequívoco que desde entonces el EMDR ha ido evolucionando como modelo terapéutico. Ya en esta década, otro artículo que realizó Kowal, J.A. en 2005 reporta resultados satisfactorios tanto en cambio de conductas concretas relacionadas, como a nivel del QEEG (Quantitative EEG que mide la actividad cerebral relacionada con conductas, emociones y desempeño) en un caso de PTSD y bulimia nerviosa. Recientemente, Bloomgarden, A y Calogero, R.M. (2008) estudian el tema centrándose en la percepción o imagen negativa del cuerpo. Estadísticamente, no encuentran diferencias significativas entre los resultados aplicando únicamente su protocolo para TCA (P-TCA) y los producidos conjuntamente por (P-TCA) incluyendo EMDR. Hay que tener en cuenta que, aunque no es objeto de este escrito hacer una revisión crítica de la bibliografía, hay detalles en la metodología de este estudio que se podrían discutir, entre los cuales está el hecho de utilizar una media de 4,31 sesiones de EMDR con una SD=1.96, lo cual deja a algún paciente por debajo de 2.5 sesiones. Por último cabe citar un artículo con muy buenos resultados, que estudia el uso del EMDR en el caso de la fobia por ahogamiento o atragantamiento (Choking phobia) que en niños y adolescentes puede provocar secundariamente anorexia. (De **Roos, C.** y De **Jongh, A.** 2008).

### **¿Por qué aparece el TCA?**

Un TCA es la punta del iceberg. Lo que se halla bajo la línea de flotación, es decir, lo que alimenta o genera la parte visible, se ha gestado a lo largo de los años y es siempre de grandes dimensiones. Cada caso de TCA, para ser correcta y definitivamente resuelto, debe estudiarse buscando todos sus componentes. Desde un enfoque EMDR deben tenerse especialmente en cuenta los siguientes:

Desde un componente biológico, son muy determinantes los cambios físicos

que el cuerpo experimenta desde la pubertad. Concretamente sobre la anorexia Van der Hart, O y Solomon, R. (2010). afirmaron “dejan de comer porque la parte emocional no se reconoce en aquel cuerpo adolescente que se va desarrollando”.

Desde un componente psicológico, es importante tener en cuenta los factores de riesgo en la fase 2 (preparación). Entre estos está la baja autoestima, algunas variables de personalidad, un alto nivel de neuroticismo, (Sancho, C. 2009). Como factores más destacados es obligado contemplar el alto nivel de perfeccionismo y la omnipresente insatisfacción con la imagen corporal. A este respecto, se ha descrito también la influencia de momentos atemorizantes del desarrollo. Concretamente, el inicio de la responsabilidad en la edad adulta o la aparición del tema “chicos” en la pubertad (Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. 1999). Este punto debe tenerse particularmente en cuenta, por lo que pudieran despertar del pasado los disparadores presentes.

Desde el componente comportamental, debe atenderse la presencia de una dieta restrictiva y/o el ejercicio excesivo que responden al “deseo de delgadez”. Este término fue postulado por el Dr. Toro, psiquiatra especializado en TCA, como un factor que ha llevado a nuestra sociedad a experimentar una epidemia de este tipo de trastornos. El deseo de un cuerpo delgado es en sí mismo, desencadenante pero a la vez factor de mantenimiento del trastorno.

Desde un componente familiar debe observarse si los valores van encaminados hacia el énfasis del atractivo físico, admiración de la delgadez, si se dedica mucha atención y tiempo a todo lo relacionado con la alimentación y si se observa un excesivo interés hacia una figura corporal ideal. En este tipo de familias los hijos crecieron interiorizando el malestar de los progenitores ante la gente obesa o incluso ante la gente imperfecta. Asimismo, debe incluirse en la evaluación las dinámicas familiares de tres generaciones y si en el presente hay otros miembros con depresión o dificultades financieras. Dentro de lo vinculado a lo familiar, se debe estudiar minuciosamente la muy posible presencia de un trastorno de apego ya que está ampliamente demostrada la asociación entre apego inseguro y los TCA (Troisi, Di Lorenzo, Alcini, Nanni, Di Pasquale & Siracusano, 2006 ; Elgin, & Pritchard; 2006 y Zachrisson, H.D, y Skårderud, F. 2010).

Otro eje desde el que puede justificarse la presencia de un TCA es que el trastorno aporta capacidad de controlar el malestar emocional que se derivó de un/os momento/s concreto/s de su vida y que sigue manteniéndose necesario a pesar de que la realidad en la actualidad sea otra, algo más funcional. Esto lleva a que el individuo no haya desarrollado otras herramientas de manejo del distrés emocional más adaptativo, sin el uso del ayuno/control del peso o del atracón. Eso justificará una especial atención en la fase 2 de EMDR. Por todo esto, es fundamental un entrenamiento en autoconocimiento emocional.

El hecho de que un trauma contribuya a la aparición de TCA depende de la edad en la que se produzca dicho T o t<sup>2</sup>, en la combinación de edad más precoz,

afectación más severa al provocar esta T o t una activación de mecanismos de defensa más primitivos. Obviamente, mediante aprendizaje se establecen patrones de reacción disfuncional con gran resistencia al cambio Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999). Como exponen Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999) siguiendo a Nijenhuis, E.R.S. y Vanderlinden, J. (1995), las defensas de animales y humanos ante una amenaza provocan, no únicamente una reacción defensiva de congelamiento (responsabilidad de la amígdala), sino también otra relacionada con los TCA y es a través de una alteración radical de las pautas alimentarias. Fanselow, M.S. y Lester, L.S. (1988) citados en la misma obra complementan la aportación al especificar que ante un eminente peligro, para mantener una capacidad de plena atención al peligro, un tipo de reacción puede ser el mantener una gran activación acompañada de un período de larga abstinencia alimentaria seguido de breves y rápidos atracones

### **TCA, disociación y control de impulsos**

El trabajo con TCA se debe llevar a cabo con un mimo especial, establecer una buena relación terapéutica, escoger inicios motivadores pero delicados y es que en TCA se producen frecuentes abandonos de terapia. Para prevenir esto, además de lo anteriormente citado, debe tenerse en cuenta que el TCA es un paciente que en un porcentaje elevado presenta una complicada historia de trauma, maltrato o abuso. Se ha demostrado que detrás de este tipo de trastornos puede existir una grave historia de abuso. Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999). Cabe destacar por eso, como demuestra el estudio de Gleaves, D.H. y Eberenz, K.P. (1994), que en el caso de abuso sexual, este no puede incluirse en los factores de riesgo de los TCA pero sí relacionarse con un mal pronóstico. Y aunque en la década de los 80 los estudios se centraron en abuso físico y sexual, otros tipos se constatan a diario como el son el abuso por negligencia, el maltrato psicológico y el emocional. Estas modalidades han sido atendidas en los años 90 en estudios como Schmidt et al. (1993) y Rorty et al (1994a y 1994b) Vanderlinden, J., Vandereycken, W. y Probst, M. (1995).

Para conocer el alcance del trauma y diseñar mejor la intervención, es necesario conocer detalladamente el abuso que se ha cometido; identificar el alcance de ello y la existencia de algún posible grado de disociación que pudiera llevar a la terapia, en el caso de no identificarlo, a un estancamiento y/o abandono

Debido a todo lo anteriormente citado, es obligado el estudio en cada caso de la posible presencia de un trastorno disociativo. Uno de los primeros autores que identificó la importancia de evaluar síntomas disociativos en los TCA fue Torem, M.S. (1986a, 1986b, 1987, 1990, 1993), siendo Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999) quienes estudiaron la relación significativa de estos con la presencia de autolesiones. Concretamente dentro de los TCA se relaciona mayormente disociación y conductas bulímicas, Everill, T.J. y Waller G. 1995; Everill, T.J., Waller G.

y Macdonald, W. (1995); Dalle Grave, R, Rigamonti, R., y Todisco, P. (1995); específicamente en lo que el DSM-IV-R definiría como Anorexia tipo compulsivo/purgativo y bulimia en sus dos variantes, purgativo y no purgativo. Dalle Grave et al (1995), Everill et al (1995) entre otros, destacan que síntomas disociativos aparecen relacionados de manera significativa al compararlo con muestras no clínicas, con TCA, principalmente con bulimia (con normopeso) y anorexia (del tipo compulsivo-purgativa).

Sanfiz, J. (2007) explicó concretamente sobre la bulimia: “Los atracones en algunos casos de bulimia nacen de trauma complejo anterior. Son manifestaciones de PE (partes emocionales) muy ansiosas y muy fóbicas que pretenden calmar su estado emocional con la comida, e imponen el atracón compulsivo a una PAN (parte aparentemente normal de la personalidad). Cuando acaba esta acción, otra parte emocional o la PAN que no acepta esta dinámica, puede provocar el vómito”

Un componente popularmente conocido de los TCA, es la asociación existente con el descontrol de los impulsos. Las conductas adictivas a sustancias como el alcohol, drogas, tabaco, o del tipo robo, o adicción al sexo, están ampliamente descritas y estudiadas en la literatura de los TCA, como demuestra la revisión bibliográfica de Holderness, C.C., Brooks-Gunn, J. Y Warren, M.P. (2003). El descontrol de los impulsos es un factor que siempre debe ser cuidadosamente tenido en cuenta en la evaluación y el tratamiento que planteamos en este tipo de psicopatología. Una vez eliminada la conducta alimentaria disfuncional, debe preverse una cautelosa atención a que el alivio del componente ansiógeno que se hallaba vinculado a los alimentos, no se vea desviado ante una nueva y/o diferente compulsión. Además del descontrol de impulsos, en comorbilidad con los TCA, deberemos atender con suma atención los trastornos del estado de ánimo, ansiedad (Godart, N. T.; Flament, M. F.; Lecrubier, Y. y Jeammet, P., 2000); Swinbourne, J.M. y Touyz, S.W. (2007). y la personalidad borderline. Brauna, D.L.; Sundaya, S. R. y Lamía. K. A. (1994).

Otro aspecto que debe tenerse en cuenta en este tipo de pacientes, es la posible existencia de automutilaciones, ya que se da en un gran número de casos, de una u otra manera, desde las típicas incisiones finas en diferentes partes del cuerpo como brazos, piernas, manos, etc, como al clavarse las uñas en la misma periferia de la base de la uña, o morderse la piel de los nudillos, etc. Siempre al encontrarnos ante este fenómeno, hemos de pensar en una actitud negativa hacia el propio cuerpo que debe ser minuciosamente estudiada en sí misma, así como la identificación de una posible disociación, Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999). En la misma obra los autores explican, que con el fin de establecer dianas<sup>3</sup> eficaces, es fundamental recordar las posibles explicaciones a las automutilaciones: desde la relajación (a través del disfrute o de la liberación de tensión), una llamada de atención, la estimulación física (escape de estado disociativo), el castigo y la autodestrucción. Es interesante que en la misma obra se cita el estudio de Suyemoto, K.L. y

McDonald, M.L. (1995), en el que ofrecen otros motivos al automaltrato como: “un proceso de aprendizaje, un reflejo de un sistema familiar disfuncional, una manera de reemplazar o evitar el suicidio, un intento de hacer frente a conflictos sexuales y a la maduración, un modo de expresar emociones o de controlar las necesidades afectivas, un medio de poner fin a la despersonalización o una tentativa de establecer límites psicológicos entre uno mismo y los demás”.

Es importante tener muy presente que aunque se pueda relacionar los términos TCA, trauma y disociación, se ha de tener en cuenta que no todos los pacientes traumatizados en la infancia presentan síntomas disociativos, (Vanderlinden, J. y Vandereycken, W., 1999). Cómo explican ambos autores que se dé o no este vínculo en un individuo concreto, dependerá de varios factores, los cuales son: la edad en la que se sufre el trauma (por ejemplo, si es anterior a los 5 la inmadurez del hipocampo explica la mayor vulnerabilidad ya que no existen capacidad cognitiva de reorientación de significados, por contra, el hecho de que la amígdala ya desde el nacimiento se encuentre funcional explicará porqué la única reacción explicable si el trauma se produce antes de esta edad es la congelación y/o los cambios en las pautas alimentarias, la naturaleza del abuso, la revelación del abuso y variables familiares, acontecimientos vitales y autoimagen).

### **Consideraciones para la Fase 1 (Historia del paciente)**

En la fase 1 nos focalizamos en recoger todos los datos necesarios del cliente para decidir cuándo y cómo aplicar EMDR. Dadas las alteraciones multideterminadas de los TCA, es interesante tomar un modelo como el propuesto por Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. (1983), como esquema que permita un estudio minucioso del síndrome concreto que se esté estudiando, adaptándolo a la evaluación estándar enseñada en los entrenamientos básicos de EMDR.

El primer elemento a identificar, dado que será lo primero a trabajar, será el grado de estabilidad del paciente. La preocupación por el propio TCA, es siempre un “lugar seguro” a fin de evitar otras preocupaciones percibidas como más nucleares, Schulherr, S. (2005). Para que este tipo de casos avance sin estancarse por múltiples resistencias, es fundamental, incluir la evaluación de los factores de seguridad inter y intrapersonales. Estos nos permiten conocer la capacidad del paciente de emitir conductas adaptativas ahora y en el futuro. Incluiremos entre ellos los sucesos positivos vitales y el apoyo percibido, como herramientas para favorecer la curación. Debemos tener la certeza de identificar todas las necesidades de trabajo de estabilización y control y llevarlas a cabo desde las primeras sesiones.

Comenzando ya específicamente con todo lo referente al TCA concreto, es importante atender las experiencias T o t que contribuyeron a él y lo mantienen. Las reacciones en el presente (sus síntomas, cómo percibe y cómo reacciona, etc.) nos ayudan a identificar la naturaleza de experiencias del pasado que siguen activas en

el hoy desde el almacén de nuestra memoria y que han condicionado la construcción de su personalidad hasta hoy. Identificarlas y ordenarlas contribuyen al éxito del tratamiento, tanto a nivel de dianas, como sus disparadores actuales. A la hora de seleccionar las dianas, pediremos que sean tanto a nivel de recuerdos perturbadores, como de aquellas experiencias que puedan tener que ver con esquemas cognitivos disfuncionales, incluyendo también otros recuerdos no resueltos. En TCA es importante que centremos un especial interés en lo que tenga que ver con la figura masculina de afecto (Quílez, R. y Sánchez, J. 2007; Espina, A. 2005) y no únicamente la femenina como siempre se ha enseñado. En la evaluación de acontecimientos vitales se pondrá un especial interés en que puedan estar relacionados con una posible revictimización.

Es muy frecuente encontrar durante la entrevista clínica que el paciente con TCA que debuta en el periodo adolescente, lo hace en el momento que inicia sus primeros contactos sexuales, aunque estos sean positivos, ya que la ponen en contacto con experiencias traumáticas del pasado. Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999) reflejan esta misma observación en su obra.

En TCA, además, se ha evaluar la posibilidad de que existan rasgos disociativos (Vanderlinden, J. y Vandereycken, W., 1999). Por ello, es importante evaluar si un paciente ha padecido abusos psicológicos, emocional, físico o sexual, la edad a la que lo experimentó, así como resulta básico incluir el estudio de estos síntomas en la actualidad, dada la significativa posibilidad de que el cliente presente comportamientos y relaciones disfuncionales en la actualidad, como efecto secundario a lo sufrido en la infancia.

En la entrevista clínica, debe incluirse a su vez, una buena evaluación de las relaciones familiares del cliente, tanto en el pasado como en el presente, con un especial interés en familias caóticas, desorganizadas y/o poco cohesivas, especialmente en pacientes bulímicos, Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999). Así mismo, es fundamental preguntar por el tipo de relaciones íntimas que se mantienen en los últimos años. Cuando una persona ha sufrido abuso, y más si presenta un componente sexual, presenta una serie de características que las encontramos, muchas de ellas, en las características comunes de las persona que sufren un TCA, como son: culpa, vergüenza y autoinculpación, autodenigración y la creencia de la propia incapacidad, impotencia, estigmatización e inferioridad (Jehu, 1988). Waller, G. (1992) relacionó una gravedad mayor de los atracones y posterior conducta purgativa con un abuso por un miembro de la propia familia y mayor aún si había uso de la fuerza y si se había producido antes de los 14 años.

Otro factor muy importante a evaluar detalladamente dado que está relacionado con secuelas psicológicas posteriores, es el estilo de reacción que tuvieron las personas a las que se les reveló el abuso. La reacción negativa correlaciona con niveles mayores de autoinculpación así como mayores niveles de psicopatología en el paciente con TCA. (Waller, G y Rudock, A. 1993). En relación con lo anterior



Everill, T.J. y Waller, G (1995), destacan, a su vez, la importancia de la actitud con la que el clínico que atiende esta situación, esté presente con una actitud escrupulosamente cercana, empática, etc..

Como aspectos también negativos a incluir en la evaluación, serán, tal y como ya se ha justificado en este estudio, el descontrol de impulsos y la automutilación.

Referente a los TCA concretamente, es importante no dar por finalizada la fase 1, sin evaluar, en todos los casos, los criterios de ingreso de los distintos trastornos, dada la peligrosidad para la salud de determinadas situaciones físicas y emocionales.

Para finalizar este apartado, es importante destacar que no se ha incluido en este trabajo todas aquellas cuestiones que un clínico EMDR incluye en una entrevista clínica general y que son propuestas en los entrenamientos básicos 1 y 2.

### **Cuestionarios: Evaluación psicométrica**

Entre los cuestionarios más utilizados y con demostrada eficacia, que se pueden utilizar tanto para la evaluación en consulta como a nivel de investigación de TCA encontramos: 1) **EDE**: Eating Disorders Examination 2) **EDI**: Eating Disorders Inventory. 3) **BDI**: Beck Depression Inventory; 4) **STAI**: State and Trait Anxiety Inventory. 5) **BITE**: Bulimic Investigatory Test Edinburgh. 6) **BAT**: Body Attitudes Test 7) **DES**: Dissociative Experiences Scale. 8) **DIS-Q**: Dissociation Questionnaire 9) **DDIS**: Dissociative Disorder Interview Schedule 10) **SCL-90-R** (Symptom Checklist-90 Revised)

### **Consideraciones para la Fase 2 (preparación).**

En esta fase y tomando el concepto “Intervención global” propuesta por Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999) para los TCA, se plantea la necesidad de mantener constantemente presente la multidimensionalidad ya explicada.

Para iniciar la preparación del paciente, un punto de partida que contribuye a proveer de herramientas para el cambio de estado (estabilización) durante el procesamiento, es la Psicoeducación. Este es un recurso que se inicia en esta fase y que se irá ampliando a lo largo de todo el tratamiento, respondiendo a la necesidad de cada momento. A medida que vaya avanzando en los objetivos irá siendo capaz de interiorizar nuevas informaciones que en las primeras sesiones podrían ser rechazadas o simplemente ignoradas. Es imprescindible pues, que se le enseñe al cliente el papel “mantenedor en el síntoma” que tiene el hecho de ponerse a dieta o el papel de la restricción alimentaria. Para ello puede ser muy ilustrador, en el caso de la bulimia o anorexia compulsiva-purgativa, explicar a los clientes, que tal y como explican (Johnson y Connors, 1987) citados por Schulherr, S. (2005), fisiológicamente, está determinado que cualquier persona con normopeso y sin conductas disfuncionales con la alimentación, puede convertirse en un comedor compulsivo si previamente ha pasado por una situación de dieta restrictiva. Siempre me ha ayudado a ilustrar esto, el mismo ensayo hecho en ratas. Si a un grupo de ratas

las dejas en una habitación llena de comida de manera mantenida, a lo largo del tiempo, cada una de ellas irá comiendo lo que ella necesite (regulación fisiológica) y su peso se mantendrá estable. A una de esas ratas se la lleva a otro espacio, en el que se la privará de comida haciéndole pasar hambre. Al cabo de los días, cuando se la devuelve a la primera sala donde dispone de todo el alimento que desee, se observa que este ejemplar iniciará sobreingestas que la llevarán a sobrepeso.

Así mismo desde lo más conductual a los más cognitivo, es necesario, entre otros recursos, explicar el cómo las emociones afectan el “hambre”, el papel del “ansia” o del “food-craving”, diferentes ideas irracionales relacionadas con los alimentos como las Ideas Erróneas recogidas por Sanders, T. y Bazalgette, P (1994), que pueden condicionar los TCA, y otras ideas falsas que condicionan los alimentos prohibidos por ejemplo, como que si como frutos secos aunque sean pocos, engordaré, pero a cambio me puedo comer las manzanas que quiera que no tienen calorías. Se pueden incluir ayudas conductuales para conseguir que se coma poca a poco y que se haga “sintiendo” gusto, textura, etc. y se permita al cerebro llegar a la sensación de saciedad, dejarse un poco de alimento en el plato, para evitar sensaciones de descontrol, etc. A nivel cognitivo enseñar cómo un pensamiento puede condicionar las emociones y las consecuentes acciones, el efecto de cambiar un pensamiento gusano, por un pensamiento mariposa (lenguaje para los adolescentes más jóvenes y niños) lo que es lo mismo que un pensamiento disfuncional y otro más adaptativo (lenguaje adulto)

Explicada pues la importancia de la interpretación cognitiva para entender las emociones sentidas, dedico un tiempo a algunas de ellas aunque obviamente, a medida que van apareciendo. Como ya es sabido, hay muchos pacientes que pueden contactar con el miedo, para evitar la rabia. Esta se deberá ayudar a permitir, legitimar y elaborar explicando el gran valor defensivo que tiene. Otra emoción de todas las que pueden presentar los TCA es la vergüenza. Hace tiempo aprendí una frase que repito para explicarla a mis pacientes y que siento, muchas veces inicia el propio proceso curativo la explicación que es, “la vergüenza es el cálculo del desprecio personal, implicando a todo mi yo” eso significa que se aplica etiquetas a su persona a partir de simples acciones. Un ejemplo que les pongo es: si una persona come un gofre en una dieta, en vez de decirse, me he saltado la dieta, se dice, soy un desastre, una gorda asquerosa”. Y eso, normalmente, nos hace sentir, que somos nosotros a quien nos pasa esto, sólo yo, estoy sólo, no podría compartirlo con nadie. Este estilo de ponerse etiquetas relacionadas con la vergüenza, seguramente lo extrapola al resto de sus acciones relacionadas con esta emoción. En este punto explico algunas de las distorsiones cognitivas que más frecuentemente hace. Entre todas ellas pues, destacar la importancia de trabajar la etiquetación. El paso del “hago” al “soy” y la importancia del uso del lenguaje en ayudarnos o ponernos palos a las ruedas a nuestra propia estima y capacidad de acción.

Respecto del desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones, a falta

de un estudio más controlado, una buena resolución de los casos de TCA está relacionada con una atención escrupulosa, tanto hacia esta fase, como hacia el hecho de que el cliente, sesión tras sesión, se ponga en contacto con nuevos o más integrados elementos positivos con los que manejarse en el día a día. Para este trabajo, los recursos más utilizados en EMDR son: el lugar seguro, los pilares de la vida, ejercicio de cable a tierra, respiración diafragmática, coherencia cardíaca, etc. Todas estas técnicas el lector las puede encontrar en el libro de Andrew Leed titulado *Instalación y desarrollo de Recursos (IDR o RDI)*. Otros recursos a utilizar son entre otros, el ejercicio de las camisetas (adaptación de un ejercicio de focusing), ejercicios de visualización con recursos hipnóticos, trabajo con metáforas, etc... Cada sesión debe acabarse con la certeza de que el paciente se va con una sensación positiva de la terapia Y en caso de tener una sesión incompleta, asegurarnos de un exhaustivo proceso de recuperación de su bienestar, personalmente, además de lo anteriormente citado, utilizo con excelentes resultados, el recurso del contenedor estanco. Para este último, es imprescindible asegurar una buena relajación o inducción hipnótica para la mejor instalación del recurso. En el campo de los TCA cabe la pena citar la adaptación que hace Freedland, E. (2001) del libro de Andrew Leed.

A la hora de escoger las dianas y establecer el orden con el que se trabajarán se pueden dar dos situaciones posibles. Por un lado, escoger trabajar primero las relacionadas con los síntomas conductuales del TCA y sus derivados. Esta elección suele dar los mejores resultados en el caso de que el cliente se sienta desbordado por el malestar que le supone encontrarse “irremediamente encadenado” a estas conductas (generalmente en casos de bulimia tanto purgativa, como no purgativa y trastorno por atracón). Pero en el caso de la anorexia y otros clientes con bulimia es mejor ir solucionando otras áreas o desensibilizando otras dianas, que poco a poco van a reportar una mejora de los síntomas conductuales o cognitivos y emocionales.

Sin lugar a dudas, las dianas más importantes que deberemos encontrar son las que vengan de “lo familiar”. Deben ser identificadas al inicio o en el momento en el que el paciente esté preparado para reconocer alguna concreta que se mantiene oculta bajo resistencias. En ocasiones estas son otras dianas del tipo “debo ocultar x para que nadie lo vea y ser así aceptada”.

Para plantear un inicio de la identificación de las dianas, se pueden emplear varias estrategias A parte de las preguntas propuestas en los entrenamientos del nivel 1 y 2 de EMDR como las que se han incluido en la “evaluación”, se pueden utilizar otras estrategias como la propuesta por Schulherr, S. (2005). La autora nos propone trabajar desde los pensamientos que hacen entrar en la espiral dieta-atracón o lo que es lo mismo control rígido-descontrol. Aunque ella la propuso para pacientes con bulimia, también puede utilizarse para la anorexia compulsivo-purgativa. En los casos puramente restrictivos los pacientes se mantienen estables

en el control. Sin inestabilidad este modelo no es aplicable.

Proveniente de lo familiar, he constatado que un pensamiento que se da con mucha frecuencia es Tengo miedo a quedarme sola/a que me rechaces (si no hago/soy lo que tu esperas). Este tipo de cognición genera conductas, muchas veces disfuncionales, que en vez de generar un acercamiento, puede producir más lejanía. En no pocas ocasiones se dan frases parecidas, como “tengo miedo de dejar que se acerquen demasiado y de que lleguen a oler mi porquería, o lo podrida que estoy por dentro”.

Otro recurso muy importante aplicado a bulimia y anorexia, es el trabajo con el binomio “persona y personaje”, lo que es lo mismo “lo que soy y lo que se espera o creo que se espera de mi” o en otras palabras “lo que necesito y lo que creo necesitar”. Una gran fuente de estrés emocional que mantiene a la persona en la lucha por el control y la perfección, acompañado de su inseparable sombra, la vergüenza. Los TCA, como se ha mencionado en apartados anteriores, se pueden dar en familias en las que en un entorno amoroso (o no amoroso), pero diariamente se le especifican sus defectos físicos, “qué pies más feos tienes, que piernas más gruesas”, o no se explicita el “ya está esto suficientemente bien” Es importante explicar cómo se intrinca esto llevando a la persona a la más estricta dieta, para ser la más delgada y seguir siendo alguien “valorado”, o al “como para no sentir, pero vomito por el pánico a engordar” y “desaparecer en importancia para el otro”. Siempre explico en el trabajo de este punto, las palabras aproximadas de una paciente anoréxica que me dijo: “antes no soportaba el malestar que provenía de la presión de las compañeras y profesoras en el colegio y de mis padres en casa; ahora, mi bienestar o malestar emocional dependen sólo de mi, de mi capacidad de mantenerme o no, en el comer poco”.

En caso de no haber “nada traumático” que reporte el paciente, podemos trabajar desde la búsqueda de dianas poniendo atención a conductas disfuncionales que presenten en otros ámbitos de su vida y que claramente guarden una relación directa con el TCA. Así mismo se puede enfocar en síntomas del TCA (Hudson, J.I., Chase, E.A. y Pope, Jr. 1996) como el recuerdo del atracón, o del vómito, o de la sensación de estar atrapada en la obsesión por la delgadez (muchas veces llamada jaula, prisión, madriguera, castillo de cristal sin puertas o ventanas, etc.), o el deseo de ser anoréxica que presenta una bulímica, etc.

A lo largo del tratamiento y dependiendo de los casos, será necesario para conseguir cambios en el paciente, plantear la necesidad de una intervención familiar del tipo de la propuesta por Jáuregui, I. (2005).

Para concluir el apartado y en relación a la anorexia, es importante tener en cuenta que en todos los casos un objetivo *per se*, es la amenorrea. Primeramente, para minimizar sus efectos lesivos generales a nivel físico, (ej. desarrollo sexual normal, absorción del calcio por los huesos), y en segundo lugar, desde el deseo de maternidad de una mujer adulta. Para el tratamiento de la amenorrea en general y

desde el EMDR, es básico tener en cuenta su etiología en tres ejes, el desorden alimentario con la alteración hipofisaria por el bajo peso, el ejercicio extremo y el estrés psicológico (Golden y col., 1997). A pesar de la existencia de este tipo de estudios, muchos médicos e incluso algunos psicoterapeutas más biologists, reducen su origen a la parte física y por lo tanto al papel central del peso. Es fundamental subrayar el importante efecto del componente psicológico, el cual se constata al revisar casos tratados en nuestros despachos. En estos la amenorrea se corrige a pesar de que las clientas no logran alcanzar el peso mínimo que los médicos aconsejaron para normalizar la fisiología hormonal. Con estas pacientes se había concluido o se hallaba muy avanzado el trabajo relacionado con cuestiones del tipo: ¿Quién soy verdaderamente yo?, ¿Qué me da sentido?, ¿Hacia dónde quiere caminar mi persona y en qué dirección lo estuvo haciendo mi personaje?, ¿Qué personas de mi cotidianidad me ayudan a avanzar, cuáles no y por qué?. Una vez recuperada la menstruación, las pacientes explican el significado personal de dicho logro, con afirmaciones del tipo “el período es en sí, vida. Mi cuerpo me dice que está vivo y que puede dar vida... debo vivir MI vida para conservarlo”.

## **Conclusiones**

Los TCA son una realidad multidimensional que requiere una intervención global y a ser posible validada científicamente. Cada vez más, los clínicos están incorporando la investigación en el día a día, pero todavía se requiere multiplicar los esfuerzos. Es cierto que la investigación en la psicología es complicada por la falta de laboratorios que la financien, pero es cierto que tampoco necesitamos tantos recursos como las ciencias básicas. La propia Francine Shapiro está centrando mucho esfuerzo en los últimos años en fomentar la investigación en EMDR. Es cierto que es un modelo relativamente joven, y aunque a pesar de ello hay una gran producción de estudios para el PTSD, concretamente en TCA se ha constatado la insuficiencia.

TCA necesita validar un protocolo específico desde el EMDR, aunque a lo largo del presente escrito se han descrito multitud de datos que dificultan la posibilidad de elaborar uno estándar. Por eso propongo la realización de uno a modo de algoritmo.

En las formaciones sobre disociación se constata el hecho de la falta de profesionales formados en el tema, incluyendo los propios psiquiatras. Es fundamental que cualquier clínico, pero por supuesto los clínicos EMDR que manejan T y/o t, dispongan de un mínimo dominio del diagnóstico y tratamiento del mismo. Sin entrar en todos los aspectos de TCA sobre los que los profesionales debemos presentar destrezas del manejo, es importante destacar, el manejo de la anestesia emocional, el restablecimiento del apego, la terapia de familia, de pareja y sexual.

Y aunque está disminuyendo la severidad de los casos, los TCA todavía son considerados hoy en día como una epidemia en el primer mundo que se extiende ya

a otros países menos desarrollados. Los padres de hoy han de saber retomar las riendas de la educación reglada y humana mientras tratan de congeniar la vida laboral, la familiar. El deseo de un cuerpo delgado como símbolo de prestigio social debe dar paso a la educación en valores y límites, pero también en tolerancia, en inteligencia emocional, en asertividad, etc.

---

*El TCA es un síndrome diagnóstico concreto de origen complejo y afectación multidimensional, cuyo tratamiento debe ser capaz de llegar de la superficie al recoveco. Los profesionales de TCA disponen en el EMDR de un modelo psicológico capaz de dar una respuesta eficaz. Este escrito presenta una revisión bibliográfica de la eficacia del EMDR en TCA así como otros estudios y datos sobre aspectos que pueden darse en el cliente y en el tratamiento de 8 fases. Aparecen datos sobre el deseo de delgadez, el control y la vergüenza, TCC, reacciones defensivas condicionadas, imagen corporal, dificultades de apego, maltrato físico, sexual, negligencia, disociación, descontrol de los impulsos, TCA como anestesia emocional, automutilaciones, necesidad de límites, etiquetas, personaje, figura masculina de apego, familias disfuncionales, etc.*

Palabras clave: TCA, EMDR, disociación, trauma, dieta

## Notas:

- <sup>1</sup> Estos son estímulos del presente que generan una conexión con memorias del pasado y sus respuestas. Estas, en el caso de los TCA, son co-responsables de sus síntomas
- <sup>2</sup> T mayúscula en la literatura del trauma se utiliza para describir traumas de carácter único tales como el abuso sexual, maltrato físico, un accidente de coche, etc. Por t minúscula se entienden traumas, que aunque parezcan de menor envergadura, y no sean generalizables, han ocurrido de manera crónica por lo que tienen consecuencias en todo el periodo de maduración de la persona. Un ejemplo de t en una paciente mía anoréxica es el recuerdo de una madre que jamás la fue a buscar al colegio ni le preparaba bocadillos para merendar. Al llegar a casa, esta chica no podía ir a molestar a su madre que estaba en el despacho atendiendo sus negocios.
- <sup>3</sup> En EMDR se entiende por diana la T o t que se escoge para ser desensibilizada y reprocesada

## Referencias bibliográficas

- Beck, A.T.; Ward, C.H.; Mendelson, M.; Mock, J.; Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4: 561-571.
- Bloomgarden, A y Calogero, R.M. (2008). A Randomized Experimental Test of the Efficacy of EMDR Treatment on Negative Body Image in Eating Disorder Inpatients. *Eating Disorders*, 16: 418-427
- Brauna, D.L.; Sundaya, S. R. y Lamía. K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24:859-867
- Conde V.; Useros, E. (1975). Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América*; 12: 217-236.

- Dalle Grave, R Rigamonti, R., & Todisco, P. (1995). *Trauma and dissociative experiences in eating disorders*. Paper presented at the Fifth Annual Spring Conference of the International Society for the Study of Dissociation, Amsterdam.
- De Roos, C. y De Jongh, A. (2008). EMDR Treatment of Children and Adolescents With a Choking Phobia. *Journal of EMDR Practice and Research*: 2,3 pp. 201-211
- Elgin, J, Pritchard, M. (2006). Adult attachment and disordered eating in undergraduate men and women. *Journal of College Student Psychotherapy*
- Espina, A. (2005). La figura del padre en los trastornos de la conducta alimentaria. *Familia*, 31,35-48
- Everill, T.J., & Waller, G. (1995). Dissociation and bulimia: Research and theory, *European Eating Disorders Review*, 3 129-147.
- Everill, T.J., Waller, G, & Macdonald, W. (1995). Dissociation in bulimic and non-eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 127-134.
- Fairburn C, Wilson G, ed.(1983) *Binge eating: nature, assessment and treatment*. New York: Guilford; p. 317-60.
- Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. (1983). *Anorexia nervosa. A multidimensional Perspective*: New York. Brunner/Mazel
- Garner,D.M.; Olmsted,M.P.; Polivy; J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia Nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*;2:15-34.
- Gleaves, D.H., & Eberenz, K.P. (1994), Sexual abuse histories among treatment-resistant bulimia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 227-231.
- Godart, N. T.; Flament, M. F.; Lecrubier, Y. y Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*. Vol. 15, I. 1 Pp. 38-45
- Golden, NH.; Jacobson, MS.; Schebendach, J.; Solanto, MV.; Hertz, SM. y Shenker, IR. (1997). Resumption of menses in anorexia nervosa. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 151: 16-21.
- Goldfarb, L. (1987). Sexual abuse antecedent to anorexia nervosa, bulimia and compulsive overeating: There case reports. *International Journal of Eating Disorders*,6, 675-680.
- Gunter, R.W. y Bodner, G. E. (2009). EMDR Works... But how? Recent Progress in the Search for Treatment Mechanisms. *Journal of EMDR. Practice and Research*, 3, 3, 161-168
- Irena, S., Ferenc, T., Agnes, H. et al. (2001). The prevalence of eating disorders in a Hungarian representative sample of young women. *Psychiatria Hungarica*,16, 374 –383.
- Jáuregui, I. (2005). Autoyuda y participación de la familia en el tratamiento de los TCA. *Trastornos de la conducta alimentaria*. 2. 158-198.
- Kowal, J.A. (2005). Analysis of Treating PTSD and Bulimia Nervosa Using EMDR. *Journal of neurotherapy* 9; 4, 114-115
- Henderson, M.; Freeman, C.P. (1987). A self-rating scale for bulimia. The “BITE”. *British Journal of Psychiatry*; 150:18-24.
- Holderness, C.C., Brooks-Gunn, J. Y Warren, M.P. (2003) Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *International Journal of Eating Disorders Vol. 16*. I p. 1-34
- Hudson, J.I., Chase, E.A. y Pope, Jr. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing in eating disorders: Caution against premature acceptance. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 1–5.
- Kearney-Cooke, A. (1988). Group treatment of sexual abuse among women with eating disorders. *Women and Therapy*, 7, 5-22.
- Manual for the State-Trait Inventory. (1970). *Consulting Psychological Press*. Palo Alto (CA)
- Marquis, J. (1991). A report on seventy-eight cases treated by eye movement desentization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22.187-192
- McFarlane, A.C., McFarlane, C., & Gilchrist, P.N. (1988). Pots-traumatic bulimia and anorexia nervosa. *International Journal Disorders*, 7, 705-708.
- Quílez, R. y Sánchez (2007). *Resolución del TCA desde el modelo EMDR*. I Congreso Ibero-Americano de EMDR. Brasilia. 1-4 Noviembre
- Sancho, C (2009). *Estudio longitudinal de una muestra de estudiantes catalanes con conductas de riesgo de TCA*. Tesis doctoral. Universidad Rovira i Virgili. Tarragona
- Sanders, T. y Bazalgette. P (1994). *You don't have to diet!*. London:Bantam Press
- Sanfiz, J (2007,). Síntomas disociativos en el trabajo con EMDR, *Conferencia en el 1er Congreso Iberoamericano EMDR*, Brasilia

- Schechter, I.D., Schwarts, H.P., & Greenfeld, D.G. (1987). Sexual assault and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 313-316.
- Schulher, S. (2005). Exiting the Binge-Diet Cycle. En Shapiro, R. Ed. *EMDR solutions*. Norton: NY
- Sloan, G., & Leichner, P. (1986). Is there a relationship between sexual abuse or incest and eating disorders?. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 656-660.
- Suyemoto, K.L. y MacDonald, M.L. (1995). Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy*, 32, 162-171.
- Swinbourne, J.M. y Touyz, S.W. (2007)The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European Eating Disorders Review*. Vol. 15 I. 4, Pp. 253 - 274
- Torem, M.S. (1986a). Dissociative states presenting as an eating disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29,137-142.
- Torem, M.S. (1986b). Eating disorders and dissociative states. In F.E.F. Larocca (Ed.), *Eating disorders: effective care and treatment* (pp. 141-150). Saint Louis, MO: Ishiaky Euro-America.
- Torem, M.S. (1986c). Psychodynamic ego-estate Therapy for eating disorders. *New Directions for Mental Health Services*, 31,99-107.
- Torem, M.S. (1987) Egostate therapy for eating disorders. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30 94-103.
- Torem, M.S. (1990). Covert multiple personality underlying eatin disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 44, 357-368.
- Torem, M.S. (1993). Eating disorders in patients with multiple personality disorder. In R.P. Kluff & C.G. Fine (Eds.) *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp.343-353). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Troisi, A.; Di Lorenzo, G.; Alcini, S. Nanni, R.C. Di Pasquale, C. & Siracusano, A. (2006) Body Dissatisfaction in Women With Eating Disorders: Relationship to Early Separation Anxiety and Insecure Attachment. *Psychosomatic Medicine*. 68:449-453
- Vanderlinden, J.y Vandereycken, W. (1999). *Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos alimentarios*. Granica: Barcelona
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., & Probst, M (1995). Dissociative symptoms in eating disorders: A Follow-up study. *European Eating Disorders Review*, 3, 174-184.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., Van Dyck, R., & Vertommen, H. (1993). Dissociative experiences and trauma in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 187-194.
- Van der Hard, O y Solomon, R. (2010). *Workshop. Tratamiento de la disociación desde el EMDR*. Madrid
- Waller, G. (1992) Sexual abuse and the severity of bulimic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 161, 90-93.
- Waller, G., & Ruddock, A., (1993). Experiences of disclosure of child hood sexual abuse and psychopathology, *Child Abuse Review*, 2, 185-195.
- Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999). *Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos alimentarios*. Granica: Barcelona
- Zachrisson, H.D, y Skårderud, F. (2010). Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *European Eating Disorders Review*. 18, 2, 97 - 106