



Plan de intervención clínica:
*“Psicoterapia de grupo para familiares
de pacientes con TCA”.*

Máster Universitario en Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad
Universidad Europea de Madrid
Carlos Martínez Hinojosa

Tutorizado por:
Alba Moreno Encinas

RESUMEN

La colaboración activa de la familia en el tratamiento resulta esencial para la recuperación de las pacientes con TCA. El empleo de estrategias terapéuticas para familiares no sólo suponen una disminución del estrés en los cuidadores y, por ende, una mejora en su calidad de vida, sino que además convierte a la familia en uno de los agentes terapéuticos más potentes en el tratamiento de los TCA.

Se diseñó un plan de intervención clínica grupal de orientación psicodinámica para familiares de pacientes con TCA, basado en el modelo operativo de la psicología social. Se realizaron 18 sesiones quincenales, llevándose a cabo la evaluación antes y después de la intervención (de octubre de 2021 a junio de 2022) a través de un análisis cuantitativo longitudinal (utilizando dos cuestionarios autoaplicados: ZARIT y APGAR familiar) y un análisis cualitativo a lo largo del proceso.

Los resultados mostraron que: a) no existieron diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención en el análisis cuantitativo; b) se produjeron cambios en la elaboración del malestar de los integrantes según el análisis cualitativo. Se concluye que: el efecto de la intervención es beneficioso, pero son necesarias nuevas líneas de investigación que ahonden en el análisis cuantitativo del impacto de las terapias grupales de vertiente psicodinámica.

Palabras clave: psicoterapia de grupo, psicología social, grupo operativo, familiares, trastornos alimentarios.

ABSTRACT

The active collaboration of the family in the treatment is essential for the recovery of patients with eating disorders (ED). The use of therapeutic strategies for relatives not only reduces stress in caregivers and improves their quality of life, but also makes the family one of the most powerful therapeutic agents in the treatment of ED.

A psychodynamically oriented group clinical intervention was designed for relatives of patients with ED, based on the operative model of social psychology. Eighteen fortnightly sessions were carried out. The evaluation was conducted before and after the intervention (from October 2021 to June 2022) through a longitudinal quantitative analysis (using two self-administered questionnaires: ZARIT and family APGAR). A qualitative analysis was also carried out throughout the process.

The results showed that: a) there were no statistically significant differences before and after the intervention in the quantitative analysis; b) there were changes in the elaboration of the members' discomfort according to the qualitative analysis. It is concluded that the effect of the intervention is beneficial, but it is necessary to explore new lines of research about quantitative analysis of the impact of psychodynamic group therapies.

Keywords: group psychotherapy, social psychology, operative group, relatives, eating disorders.

AGRADECIMIENTOS

Mi más sentido agradecimiento a la Dra. Ana Ruz Sánchez, psiquiatra del Hospital de Día de la UTCA de Granada y primordial compañera de viaje en esta *pequeña* aventura.

Muchas gracias.

ÍNDICE

1. Marco teórico.

- 1.1. Trastornos de la conducta alimentaria.
 - 1.1.1. Introducción.
 - 1.1.2. Concepto y definiciones.
 - 1.1.3. Aspectos sociodemográficos y epidemiológicos.
 - 1.1.4. Manifestaciones clínicas.
 - 1.1.5. Factores etiopatogénicos.
 - 1.1.6. Evolución y pronóstico.

- 1.2. Dinámica familiar en pacientes con TCA.
 - 1.2.1. La familia como factor etiopatogénico.
 - 1.2.2. Características familiares: la familia psicopatogénica.
 - 1.2.3. El significado de comer.

- 1.3. Tratamientos grupales en familiares de pacientes con TCA.
 - 1.3.1. Introducción.
 - 1.3.2. Filosofía del tratamiento
 - 1.3.3. Fundamentos teóricos y metodológicos.
 - 1.3.4. Principios técnicos.
 - 1.3.5. Factores terapéuticos del grupo.

2. Objetivo general y objetivos específicos.

3. Metodología.

- 3.1. Diseño.
 - 3.1.1. Tipo de diseño.

- 3.2. Participantes.
 - 3.2.1. Tipo y características.
 - 3.2.2. Encuadre.
 - 3.2.3. El equipo terapéutico.

- 3.3. Instrumentos.
 - 3.3.1. El emergente y la interpretación.
 - 3.3.1.1. Concepto de “el emergente” (vs “lo emergente”).
 - 3.3.1.2. La interpretación del emergente.
 - 3.3.1.2.1. Lo que llama la atención.
 - 3.3.1.2.2. El descifrado.
 - 3.3.1.3. La recogida del material
 - 3.3.1.3.1. El “aquí y ahora” grupal.
 - 3.3.1.3.1.1. El observador y la lectura de emergentes.
 - 3.3.1.3.2. El ateneo postgrupal.

- 3.3.1.3.3. La reelaboración de emergentes en investigación.
- 3.3.2. Escala de carga del cuidador (ZARIT).
- 3.3.3. Cuestionario APGAR familiar.

- 3.4. Procedimiento.
 - 3.4.1 ¿Por qué en grupo?
 - 3.4.1.1. Desde el sustrato depresivo.
 - 3.4.1.2. Desde el punto de vista defensivo.
 - 3.4.2. El grupo operativo:
 - 3.4.2.1. El concepto de portavoz.
 - 3.4.2.2. Esquema Conceptual Referencial y Operativo (ECRO).
 - 3.4.2.3. Teoría de la técnica.
 - 3.4.2.4. El proceso grupal.
 - 3.4.3. Plan de intervención: el grupo de padres.

4. Resultados.

- 4.1. Análisis descriptivo longitudinal.
- 4.2. Análisis cualitativo a lo largo del proceso.

5. Discusión.

6. Referencias bibliográficas.

7. Anexos.

- 7.1. Hoja informativa sobre el grupo de psicoterapia.
- 7.2. Hoja de encuadre.
- 7.3. Indicador de asistencias.
- 7.4. Cuestionarios.
 - 7.4.1. Cuestionario del cuidador ZARIT.
 - 7.4.2. Apgar familiar.
- 7.5. Modelo de consentimiento informado.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Trastornos de la conducta alimentaria.

1.1.1. Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son la tercera enfermedad crónica más común entre los adolescentes, después de la obesidad y el asma, siendo la edad máxima de aparición entre los 14 y los 19 años (González et al, 2007). Se cree que los TCA existen dentro de un espectro más amplio y los pacientes, con frecuencia, se mueven entre las distintas entidades (Fairburn et al, 2003).

Los aspectos que han determinado que los TCA hayan llegado a ser un grave problema sanitario en muchos países desarrollados son, en primer lugar, su prevalencia creciente que en el caso de la anorexia nerviosa se cifra en un 0.4% (prevalencia de 12 meses) de las adolescentes y mujeres jóvenes (APA, 2018), su tendencia a la cronicidad, la frecuente comorbilidad médica que presentan y el que muchas veces adoptan formas clínicas enmascaradas que en ocasiones conducen a errores o retrasos en el diagnóstico, los cuales se observan hasta en el 50% de los casos (Whitehouse et al, 1992; Morandé et al, 2014). Una vez se ponen en marcha los múltiples mecanismos que conducen al desarrollo de uno de estos trastornos aparecen multitud de alteraciones fisiológicas, algunas de las cuales tienden a perpetuar la enfermedad (Morandé et al, 2014).

Por otra parte, su tratamiento, necesariamente multidisciplinario, es difícil y exige en bastantes casos ingresos hospitalarios de larga duración, lo que comporta además un gran consumo de recursos (Bergh et al, 1998; Morandé et al, 2014).

Por último, no puede olvidarse que estas enfermedades, que han tenido un gran eco en los medios de comunicación social donde en ocasiones se han tratado con cierta frivolidad y sensacionalismo, tienen importantes complicaciones médicas que condicionan una mortalidad no despreciable. Tanto es así que, en concreto, la anorexia nerviosa se considera una de las enfermedades psiquiátricas más incapacitantes y letales (García-Camba, 2001).

1.1.2. Concepto y definiciones

El capítulo de trastornos alimentarios del DSM 5 incluye a la “*Anorexia nerviosa*”, la “*Bulimia nerviosa*”, el “*Trastorno por atracones*” y “*Otro trastorno alimentario o de la ingestión de los alimentos especificado*”, además de la “*Pica*”, el “*Trastorno de rumiación*”, el “*Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos*” y el “*Trastorno alimentario o de la ingestión de los alimentos no especificado*” (APA, 2018).

Por otro lado, la *obesidad simple* está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como una enfermedad médica, no como un trastorno psiquiátrico, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales

(García-Camba, 2001). Sin embargo, en muchos pacientes obesos hay pruebas de que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología, y en ese caso hablamos de “factores psicológicos que afectan el estado físico” (Morandé et al, 2014).

La *anorexia nerviosa* (AN) es un trastorno psiquiátrico grave con una morbilidad sustancial y la mortalidad más alta de todos los trastornos mentales. Se caracteriza por la insatisfacción extrema con el tamaño o forma del propio cuerpo o de algunas partes del mismo, escenario que conduce a la ponderofobia (fobia a engordar) y a la aversión por la comida. Mientras algunas pacientes perciben su cuerpo como gordo a pesar de la inanición severa, otras son capaces de reconocer sus figuras demacradas, algo que les hace sentir incluso atractivas. El bajo peso corporal es el resultado de una dieta estricta y/o una hiperactividad excesiva. Esta circunstancia se va a perseguir más allá de los límites de la razón. La mayoría de las pacientes experimentan sus síntomas de forma egosintónica y, a pesar de sentirse débiles y excluidas del proyecto de vida apropiado para su edad, se sienten distinguidas por tener AN (Herpetz-Dahlman, 2015).

La *bulimia nerviosa* (BN) se caracteriza, de modo similar a la AN, por el temor a engordar y los intentos por perder peso. En muchas pacientes existe una alteración de la imagen corporal a la que suele sumarse una profunda insatisfacción con la figura y el propio peso corporal. Si bien estas pacientes restringen permanentemente las calorías, el ayuno se ve interrumpido por episodios de atracones acompañados de una sensación de pérdida de control. Se define atracón como la ingesta de gran cantidad de comida en un periodo de tiempo discreto. A los atracones le sigue el miedo a engordar y el deseo de purgarse y, así, compensar las calorías consumidas. Dentro de las purgas se incluye el vómito autoinducido, el abuso de fármacos, laxantes y diuréticos. También se contempla, con la misma finalidad, la realización de otras conductas inapropiadas como el ejercicio excesivo. Las pacientes con BN generalmente pesan dentro de un rango normal, aunque algunas caen en los rangos normales superiores o inferiores (Herpetz-Dahlman, 2015). Un índice de masa corporal más bajo (IMC; calculado como el peso en kilogramos dividido por la altura en metros cuadrados -Kg/m²-) a menudo se asocia con antecedentes de AN. Sin embargo, el porcentaje de sobrepeso y adiposidad en la BN ha aumentado en los últimos años, lo que hace más exigente su tratamiento (Bulik et al, 2012).

El *trastorno por evitación-restricción de la ingesta alimentaria* (TERIA) se caracteriza por la existencia de un fracaso persistente en el cumplimiento de las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas, que puede ser debido a una falta de interés aparente por comer o alimentarse, por una evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos, o bien por una preocupación excesiva acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer (APA, 2018).

El *trastorno por atracón* (TPA) consiste en la presencia de episodios recurrentes de atracones con la sensación de pérdida de control, sin las características compensatorias propias de la BN (Herpetz-Dahlman, 2015). El TPA suele comenzar en la adolescencia, pero es posible que ya sea frecuente su aparición previa en la niñez. A diferencia de las personas con un IMC alto

similar, las personas con TPA a menudo presentan comorbilidades psiquiátricas elevadas, especialmente trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad (Pauli-Pott et al, 2013).

La *pica* se define como la ingestión persistente de sustancias que no constituyen alimentos como pueden ser tierra, trozos de cal, etc. (Morandé et al, 2014).

El *mericismo* o *rumiación* consiste en la regurgitación repetida de comida del estómago a la boca, de donde es expulsada o masticada indefinidamente (Morandé et al, 2014).

Bajo el epígrafe *trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE)* se incluyen aquellas situaciones clínicas en las cuales existen síntomas característicos de un trastorno alimentario que conviven con un malestar significativo en áreas importantes del funcionamiento de la persona pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (APA, 2018).

1.1.3. Aspectos sociodemográficos y epidemiológicos.

❖ Características sociodemográficas

- **Sexo**

Tradicionalmente se ha considerado que los TCA afectan principalmente a las mujeres. De hecho, según la revisión sistemática realizada por Galmiche (2019), las prevalencias de por vida, de 12 meses y puntuales de los TCA fueron mayores en mujeres que en hombres. Sin embargo, este hallazgo varía según el tipo de TCA masculino. Generalmente se considera que los sujetos varones representan aproximadamente el 10% de los pacientes afectados con anorexia nerviosa (AN) o bulimia nerviosa (BN). No obstante, en la misma revisión aparecen otros estudios que identificaron hasta un 25% de los sujetos con AN o BN como varones, llegando a representar en el caso del trastorno por atracones hasta el 36% de los individuos afectados (Galmiche et al, 2019).

En un estudio realizado en nuestro país sobre 1314 adolescentes (731 chicas y 583 chicos) con una media de edad de 15 años se comprobó que el 4,7% de las niñas y el 0,9% de los varones presentaban criterios de TCA, lo que supone una relación entre los sexos de aproximadamente 5/1 (Morandé et al, 1999). En esta línea, sostenido por estudios más recientes, se estima que la proporción de sexos (hombre:mujer) ha aumentado para AN y BN en los últimos años (Galmiche et al, 2019).

- **Edad**

La edad de comienzo es una constante epidemiológica de la mayoría de los estudios. Los TCA se desarrollan fundamentalmente en la adolescencia o juventud, aunque algunos casos excepcionales aparecen después de los 40 años o en la infancia (Beck et al, 1996). Se estima que el 75% de las personas con AN inician el cuadro clínico antes de los 22 años y para BN en torno al 83% de los sujetos antes de los 24 años (Volpe et al, 2016).

La AN aparece en torno a la pubertad, durante la adolescencia y al inicio de la juventud, con cifras muy bajas antes de los 9 y después de los 25 años. En aquellos casos raros de aparición muy precoz -entre los 7 y los 12 años- el cuadro muestra características peculiares, como una particular tendencia a la depresión y las conductas obsesivas, mayor presencia de síntomas digestivos al comienzo (náuseas, plenitud y dolor abdominal, dificultad para tragar), y una osteoporosis más intensa (APA, 2000). También se han descrito casos aislados de muy larga evolución en los que habitualmente el cuadro había hecho su aparición en torno a los 25 años en relación con alguna situación biográfica estresante (divorcio, muerte de algún familiar, etc.) (Morandé et al, 2014).

- Clase social

Desde los primeros trabajos publicados se ha venido afirmando que, en particular la AN, es más frecuente en estratos socioculturales medio-altos y altos y en raza blanca (Crisp et al, 1976). Sin embargo, en otros trabajos más recientes se han encontrado representación de todas las clases sociales (Morandé et al, 2014). Pese a que clásicamente se consideraba que los TCA estaban confinados a los países occidentales desarrollados, existen claras evidencias de la elevada prevalencia de TCA en Asia y otros países en desarrollo (véase en Oriente Medio) (Galmiche et al, 2019).

Este cambio hacia una mayor uniformidad entre las clases sociales no puede sorprendernos tratándose de enfermedades con un gran componente patogénico sociocultural. El desarrollo de las sociedades occidentales ha hecho que en la actualidad exista una radical homogeneidad en los programas educativos y en el acceso a los medios y así la población joven, aun perteneciendo a diferentes estratos sociales, adopta los mismos estereotipos culturales que incluyen el culto a la delgadez y el éxito a través de una figura socialmente atractiva (García-Camba, 2001).

- Nivel educativo

La tendencia general marcada por gran cantidad de estudios apunta a que las pacientes con AN (no tanto aquellas con BN) muestran muy buen rendimiento intelectual y tienen éxito en los estudios, lo que suele ir ligado a actitudes de autoexigencia, perfeccionismo y deseo de agradar a los demás (García-Camba, 2001).

❖ Características epidemiológicas

En la década de los ochenta se empieza a disponer de datos fiables sobre la epidemiología de los TCA, ya que se llevan a cabo investigaciones en población general y se recurre a la utilización de evaluaciones psicométricas homogéneas. A partir de la década de los noventa proliferan los estudios epidemiológicos con una cuantificación más rigurosa. España, de hecho, destaca internacionalmente por sus publicaciones sobre la prevalencia de los TCA (Morandé et al, 1999; Morandé et al, 2014). Señalamos a su vez el estudio de Peláez-Fernández et al (2010) en el que se llevó a cabo una revisión nacional de los trabajos epidemiológicos de TCA realizados hasta la fecha. En él se concluye que: las tasas de prevalencia en España son similares a otros países desarrollados (en torno al 1-3% en población adolescente y joven de ambos sexos; en torno al 4-5% en mujeres jóvenes y

adolescentes), existe un amplio rango de variación en las tasas de prevalencia TCA de unos estudios a otros (atribuible a las dificultades metodológicas generales inherentes a este tipo de estudios) y que la mayor prevalencia en población comunitaria escolar adolescente y juvenil corresponde con los síndromes incompletos o no especificados (TCANE), en la línea de lo detectado en otros países desarrollados (Peláez-Fernandez et al, 2010).

Una investigación más reciente, realizada por Galmiche et al (2019), a modo de revisión sistemática sobre los estudios de prevalencia de TCA durante los años 2000-2018, confirma que la prevalencia más alta corresponde con TCANE, seguido del TPA, BN y finalmente AN, según criterios de DSM-IV. Clasificación que se repetiría también con la nueva configuración del DSM-5. En el mismo estudio se concluye que los TCA ya serían suficientemente prevalentes entre la población adolescente (menores de 18 años), principalmente por el temprano inicio de la AN, mientras que, por otro lado, los datos de mayor prevalencia se reportaron en adultos debido a la acumulación de aquellos trastornos de larga evolución que aparecieron ya durante la adolescencia, a los que se sumarían los trastornos de nueva aparición en la edad adulta.

Se puede concluir que en España aproximadamente entre el 1- 4.7 % de las adolescentes desarrollan alguno de los cuadros incluidos en los TCA (Gandarillas et al, 2003; Ruíz-Lázaro, 2003; Morandé et al, 1999), datos que convergen con los estudios internacionales (Pelaez-Fernández et al, 2010; Galmiche et al, 2019). Prevalencia de por sí ya preocupante aunque no se descarta que estos datos den cuenta solamente de una parte del problema y que la prevalencia real pueda ser probablemente mayor (Lameiras et al, 2005).

1.1.4. Manifestaciones clínicas

Los síntomas clínicos de los TCA comprenden cuatro aspectos fundamentales (García-Camba, 2001):

- 1.1.4.1. Las alteraciones de la conducta, en particular la ingestiva.
- 1.1.4.2. Las alteraciones cognitivas.
- 1.1.4.3. Los trastornos psicopatológicos.
- 1.1.4.4. Las complicaciones médicas.

Algunas de las manifestaciones clínicas pueden ser consecuencia de la propia malnutrición y emaciación y de hecho se ha observado comportamientos hacia la comida y trastornos psicopatológicos similares en voluntarios sometidos a restricciones alimentarias importantes y en prisioneros de guerra gravemente desnutridos (Keys et al, 1950). Para otros autores algunos de los rasgos psicopatológicos más sobresalientes, en particular los de carácter obsesivo-compulsivo, estarían ya presentes en el paciente viéndose exacerbados por la desnutrición, lo cual explicaría el que no se resolvieran totalmente tras el restablecimiento nutricional (Treasure y Schmidt, 2013).

Muchos de esos trastornos son comunes a la AN y la BN y otros son exclusivos de una u otra enfermedad, presentándose a veces sin una clara solución de continuidad entre ellas (Fairburn et al, 2003). De hecho, casi la mitad de las pacientes con AN desarrollan signos bulímicos y

algunas pacientes inicialmente con BN presentan en su evolución rasgos anoréxicos (APA, 2000). Por otra parte, algunos pacientes, sobre todo los más jóvenes, muestran una sintomatología que no puede clasificarse claramente como de AN o de BN, diagnosticándose de “trastorno de la conducta alimentaria no especificado” (TCANE) (APA, 2018). En todos ellos existe una alteración del instinto del placer en relación con la comida que, lejos de gratificarse, produce una importante carga de tensión y sufrimiento y que marca, en mayor o menor medida, las manifestaciones clínicas (Serna, 1998).

1.1.4.1. Alteraciones de la conducta.

Anorexia nerviosa

Es un trastorno caracterizado por una considerable pérdida de peso autoinducida por el propio enfermo a través de una conducta ingestiva muy anómala. El paciente se impone una dieta rigurosa con restricción de los alimentos con alto contenido en calorías. Presenta una preocupación constante por su peso, modifica el ritmo de sus comidas y lleva a cabo una serie de conductas dirigidas a adelgazar, entre las que destaca la restricción alimentaria y/o la provocación del vómito.

En el tipo restrictivo de anorexia (*ANR*) la pérdida de peso se produce a través de la dieta, el ayuno o el ejercicio excesivo.

En el tipo atracones y purgas (*ANP*) los pacientes tienen episodios de atracones que van seguidos de vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, diuréticos o enemas para contrarrestar el posible aumento de peso producido por ellos (APA, 2018).

No es raro que en una misma paciente se alternen, a lo largo de su evolución, rasgos de uno y otro tipo (Kassett et al, 1988; Fairburn et al, 2003).

Bulimia nerviosa

Las alteraciones del comportamiento en la BN tienen algunas características especiales que la diferencian de la AN (Morandé et al, 2014).

La sintomatología bulímica está siempre marcada por los episodios recurrentes de ingesta voraz durante los cuales el paciente pierde totalmente el control (APA, 2018).

Los episodios bulímicos suelen darse más bien a partir de media tarde y, por lo general, incluyen todo tipo de alimentos, aunque en algunos estudios se ha demostrado que los pacientes tienden a ingerir alimentos considerados “tabú” para ellos. Estos episodios generan sentimientos de autodesprecio y ánimo depresivo que conducen a la puesta en marcha de mecanismos compensadores, que son diferentes en los dos subtipos de BN. En el tipo purgativo el paciente recurre a los vómitos autoinducidos y utiliza laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio actual. En el tipo no purgativo la compensación se lleva a cabo por medio del ayuno y el ejercicio excesivo, pero no suele haber vómitos autoinducidos ni tampoco abuso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio bulímico (García-Camba, 2001). Esta clasificación en purgativo-no purgativo cae en desuso con la llegada de la nueva versión del manual diagnóstico DSM-5, donde desaparece esa separación entre subtipos de BN (APA, 2018).

Existe un último aspecto característico, esta vez compartido por la AN y la BN, que es la preocupación persistente por el peso y la figura. Se trata de un miedo morboso a engordar. Para muchos autores este aspecto psicopatológico resulta nuclear, ya que lleva al paciente a autoevaluarse exclusivamente en función de su peso y su figura. La mayoría de los síntomas clínicos parecen ser secundarios a estas actitudes cuya modificación es esencial para el completo restablecimiento del paciente (García-Camba, 2001).

1.1.4.2. Alteraciones cognitivas.

Actualmente existe controversia acerca del inicio de las alteraciones cognitivas de las pacientes con TCA. Mientras algunos autores afirman que los déficits cognitivos se producen en regiones cerebrales específicas o como consecuencia de una reducción del metabolismo cerebral global, de la perfusión sanguínea o del normal funcionamiento de ciertos neurotransmisores, otros estudios amplían el debate acerca del alcance de la disfunción cerebral, al aportar datos que apuntan a una alteración más específica de un hemisferio cerebral sobre el otro, pudiéndose estudiar todas aquellas capacidades cognitivas que se presuponen específicas a las zonas cerebrales concretas de cada uno de los hemisferios (Oltra, 2012). Destacamos esta revisión sistemática realizada por Oltra et al (2012), donde se analizan los resultados obtenidos en la literatura, hasta la fecha de su publicación, acerca de las alteraciones cognitivas, tanto de la morfología cerebral como de las capacidades neuropsicológicas.

En cuanto a las alteraciones morfológicas, según los hallazgos encontrados en estudios de neuroimagen, se destaca la afectación de las siguientes regiones cerebrales:

- a/ Hemisferio derecho.
- b/ Córtex prefrontal.
- c/ Córtex parietal.
- d/ Córtex occipital.

En el citado estudio se pone de manifiesto la gran variabilidad de alteraciones que pueden aparecer en los TCA, subrayando aquellas focalizadas en las siguientes capacidades neuropsicológicas:

- a/ La velocidad y el estilo de procesamiento de la información.
- b/ La capacidad atencional.
- c/ La memoria verbal.
- d/ La flexibilidad cognitiva.
- e/ La impulsividad.
- f/ La resolución de problemas.
- g/ La perseveración.
- h/ El cambio de criterio.

1.1.4.3. Trastornos psicopatológicos.

Los aspectos psicopatológicos más importantes en la AN son (Marucci et al, 2018):

- a/ Alteración de la corporalidad, caracterizada por distorsión de la propia imagen corporal y alteración de los estímulos procedentes del cuerpo que hace que no se sientan por lo general el hambre, la saciedad, la fatiga o la debilidad física.
- b/ Trastornos de ansiedad de carácter fóbico que probablemente constituyen el núcleo central de la patogenia de la AN y son una constante clínica en estos pacientes.
- c/ Rasgos obsesivo-compulsivos, como la rigidez y el perfeccionismo.
- d/ Trastornos afectivos, en particular de carácter depresivo.
- e/ Falta de conciencia de enfermedad, particularmente al principio de la evolución, algo de lo que participa en parte la familia.
- f/ Tendencia a la manipulación del entorno.
- g/ Conducta de engaño.
- h/ Aislamiento social.
- i/ Alexitimia (dificultades para reconocer y expresar emociones a nivel verbal).
- j/ Necesidad de utilizar los síntomas corporales para regular el malestar afectivo.
- k/ En algunas pacientes anoréxicas con atracones y purgas se ha referido una mayor prevalencia de suicidio y conductas autoagresivas (APA, 2000).

Otros autores (Toro y Vilardel, 1987; García-Camba, 2001; Morandé et al, 2014) añaden las siguientes alteraciones a nivel psicopatológico como rasgo general presente de forma mayoritaria en los TCA:

- a/ Generalizaciones excesivas (“cuando comía hidratos de carbono estaba gorda luego no los debo comer jamás”).
- b/ Magnificación de las consecuencias negativas (“si aumento un solo kilo perderé totalmente el control sobre mi peso”).
- c/ Pensamiento dicotómico (“si no controlo del todo mi alimentación no la podré controlar en absoluto”).
- d/ Ideas de autorreferencia (“cuando como todo el mundo me mira”).
- e/ Pensamientos supersticiosos y sentimientos de ineficacia.

1.1.4.4. Complicaciones médicas.

Los TCA tienen una alta tasa de comorbilidad médica. Según el estudio de Miller et al (2005), investigación transversal realizada sobre 214 mujeres con diagnóstico de AN en el ámbito ambulatorio, se estima que exista la siguiente prevalencia de hallazgos médicos entre las pacientes con TCA:

- a/ Anemia (38.6%).
- b/ Leucocitopenia (34.4%).
- c/ Hiponatremia (19.7%).
- d/ Hipopotasemia (19.7%).
- e/ Bradicardia (41.3%).
- f/ Hipotensión (16.1%).
- g/ Hipotermia (22.4%).
- h/ Elevación de la concentración de enzimas hepáticas (12.2%),

- i/ Osteopenia (51.7%).
- j/ Osteoporosis (34.6%).
- k/ Amenorrea primaria (14.8%).

Resulta interesante como, en el citado estudio, se concluye que, excepto para la leucocitopenia, la pérdida ósea y la bradicardia, la probabilidad de encontrar hallazgos médicos específicos no podía predecirse por el grado de desnutrición (Miller et al, 2005).

La gravedad y las consecuencias de las secuelas somáticas dependen de la magnitud y rapidez de la pérdida de peso, de la duración del trastorno, de la intensidad de las purgas y de la edad del paciente (Herpetz-Dahlmann, 2015). En general, debido a una menor cantidad de masa grasa, los niños sufren más comorbilidades médicas en comparación con los adolescentes. A diferencia de los pacientes adultos, los niños y adolescentes con AN experimentan efectos graves en su desarrollo y crecimiento puberal (Herpetz-Dahlman, 2015).

Por otro lado, todos los trastornos alimentarios tienen un riesgo elevado de mortalidad, siendo la AN el más llamativo (Smink et al, 2012). En un metanálisis basado en 36 estudios (Arcelus et al, 2011), las tasas de mortalidad estandarizadas fueron de 5.86 para AN, 1.93 para BN y 1.92 para TCANE. Las tasas de mortalidad por AN mostraron una asociación significativa con la edad pero no con el IMC, lo que subraya el peligro de una enfermedad de larga duración.

1.1.5. Factores etiopatogénicos:

Como cualquier síndrome psiquiátrico, los TCA son enfermedades multicausales, sin ninguna causa única suficiente. Esta multiplicidad de factores causales -y, por tanto, de factores de riesgo- se ha hecho más evidente a medida que se ha ido desarrollando la investigación. Probablemente, no haya otra enfermedad psiquiátrica cuya concepción etiológica haya sufrido el cambio pendular que han experimentado los TCA. En los últimos años, estos trastornos han pasado de ser considerados unos trastornos predominantemente de origen ambiental y cultural a situarse en primer plano el mayoritario papel de los factores genéticos (Morandé et al, 2014). Simplificando el modelo actual etiopatogénico, cabe decir que, de los diversos factores que intervienen en la génesis de los TCA, dos de ellos son inmediatos, funcionando a veces como aparentes precipitantes: dietas restrictivas y emociones negativas. Los restantes factores suelen ser mediatos, actuando sobre el sujeto, a menudo, bastante tiempo antes de la eclosión del trastorno (Toro, 2004).

Para facilitar el abordaje de este complejo apartado, se seguirá la línea marcada por diferentes autores (García-Camba, 2001; Rojo et al, 2012; Morandé et al, 2014 y Gismero, 2020), tratando de acotar, a modo didáctico, los diferentes factores que intervienen en la etiopatogenia de los TCA en cuatro grandes bloques:

1. Biológicos (fundamentalmente genéticos y neuroendocrinos).
2. Psicológicos (estudios de personalidad y contribuciones psicoanalíticas).
3. Familiares.

4. Socioculturales.

Siendo motivo del presente trabajo el diseño y puesta en marcha de una intervención psicoterapéutica grupal sobre familiares de pacientes con diagnóstico de TCA, con el objetivo de enmarcar nuestra propuesta desde un esquema conceptual que engloba la perspectiva psicoanalítica y la psicología social, nos centraremos en los *factores psicológicos, familiares y socioculturales* que influyen en la etiopatogenia de los TCA.

Factores psicológicos (estudios de personalidad y contribuciones psicoanalíticas).

Estudios de personalidad

Aunque el ideal de delgadez impuesto en las sociedades occidentalizadas produce altos niveles de insatisfacción corporal en porcentajes elevadísimos de la población femenina, con consecuencias negativas en muchos ámbitos de la vida de las mujeres desde su infancia y adolescencia, sólo algunas de ellas desarrollan un TCA (Gismero, 2020).

Siempre se ha tendido a atribuir a los pacientes con AN determinadas alteraciones de la personalidad, de tal modo que se ha llegado a hablar incluso de una “*personalidad anoréxica*” (García-Camba, 2001).

Existen diferencias individuales que hacen más vulnerables a algunas personas al desarrollo de un TCA, diferencias de carácter genético/biológico, pero también de índole psicológico/contextual, que interactúan entre sí. Los rasgos psicológicos se consideran indicadores estables de diferencias individuales en el patrón típico del pensamiento, emoción o comportamiento a través de las situaciones, que influyen en las propias reacciones a los acontecimientos ambientales y al entorno. Algunos rasgos de personalidad que han mostrado ser predictivos del desarrollo de síntomas de TCA son el perfeccionismo, la emocionalidad/neuroticismo y/o los síntomas depresivos, la baja autoestima y la impulsividad (Gismero, 2020).

En la **anorexia nerviosa** los trastornos de personalidad suelen ser de tipo obsesivo-compulsivo, sobre todo en la anorexia nerviosa restrictiva (ANR) (Gabbard, 2002). Es en esta población donde se detectó, a través del estudio de Fassino et al (2001) una actitud caracterizada por presentar mayor evitación de conflictos, poca autoafirmación, hostilidad e ira autodirigida, lo que explicaría esa tendencia a reprimir conductas, sufrir ansiedad anticipatoria y las dificultades para adaptarse a cambios, tan presentes en estas pacientes.

En cuanto a la **bulimia nerviosa** parece establecida una relación con el trastorno límite de la personalidad que se caracteriza entre otros rasgos por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, con una notable impulsividad y baja tolerancia a la frustración, existiendo un estilo temperamentalmente predispuesto a expresar sentimientos de ira de forma actuada, voluble e intolerante (Gabbard, 2002; Fassino et al, 2001). En cualquier caso, la coexistencia del trastorno de personalidad se asocia con una mayor cronicidad y un nivel de funcionamiento global disminuido (García-Camba, 2001).

Por otra parte, existen otros estudios donde se pondera la insatisfacción corporal como factor nuclear predictor y perpetuante de los TCA. Es el caso del estudio de Beato et al (2004) con una muestra de 1076 adolescentes de 13 años, que halló cómo la insatisfacción corporal y la percepción negativa de actitudes parentales (sentimientos de no ser suficientemente querida o ser ignorada por el padre o la madre) predecían TCA dos años después, siendo la autoestima un factor protector de la insatisfacción corporal.

En esa misma línea señalamos la investigación de Abbate-Daga et al (2010), en el que se reclutó una muestra de 586 pacientes ambulatorios con TCA, encontrando para todos los grupos diagnósticos una necesidad de aprobación y sintomatología depresiva como mejores predictores de insatisfacción corporal. En el citado estudio se subraya la hipótesis de que el apego inseguro esté directamente relacionado con la insatisfacción corporal, siendo este último factor, como ya señalamos anteriormente, el elemento central en la predicción y perpetuación de los TCA, independientemente de la personalidad.

Contribuciones del psicoanálisis.

Entre 1893 y 1895, Sigmund Freud trató con éxito por medio de la hipnosis a dos mujeres que presentaban, entre otros trastornos, una anorexia mental. La primera mujer era una joven madre que no tenía leche para amamantar a su bebé. La segunda era Emmy Von N. (Freud y Breuer, 1895) que además de anorexia tenía fobia al agua. Sin embargo, estos dos casos no parecen corresponder a verdaderas anorexias nerviosas, de las que el propio Freud diría más tarde que estos trastornos son inaccesibles al psicoanálisis (García-Camba, 2001).

Esta opinión negativa de Freud en cuanto a la accesibilidad de los pacientes anoréxicos al tratamiento psicoanalítico no fue compartida por todos sus discípulos y diversos autores sí han abordado el tratamiento psicoanalítico de la AN (Gabbard, 2002).

A principios de la década de 1940 aparece en escena Hilde Bruch, una de las autoras psicoanalistas pioneras en investigación sobre los TCA. Destacó especialmente la importancia de considerar la AN como una enfermedad mental grave y no como una conducta alimentaria anómala en sí misma. Bruch fue profética al seguir un enfoque construido a partir de sus observaciones en el trabajo de Harlow (1958), donde crías de monos rhesus en situaciones de estrés prefirieron la “madre” cubierta con una manta y que proporcionaba un contacto confortable a la “madre” de rejilla metálica que proporcionaba alimento. Bruch trazó un paralelismo entre las anomalías observadas en personas con AN y los comportamientos que aquellos animales aislados mostraban en su desarrollo social posterior: dificultad para interpretar y expresar señales de tipo no verbal, así como la presencia de conductas anormales con la bebida y la alimentación. Esta situación le llevó a rechazar un modelo psicoanalítico de la enfermedad basado en los impulsos sexuales, como sugería Freud, a favor de un modelo basado en el apego y las dificultades sociales tempranas (Treasure y Cardi, 2017).

Citamos del texto original: “si las respuestas de la madre al hambre del niño no son las adecuadas, el niño no podrá desarrollar percepciones ni conceptos con respecto a sus sensaciones internas. La madre del futuro anoréxico condiciona a su hijo a que responda a sus propias necesidades, es decir, las de ella y no las del niño. Transmite al niño sus emociones

corporales, lo cual origina en éste una distorsión de la imagen de su cuerpo y de su propia identidad. En la adolescencia, cuando el individuo se ve confrontado con la necesidad de ser independiente y de construirse una identidad separada, fracasará en sus intentos apareciendo la enfermedad (Bruch, 1973).

La característica principal de estos enfermos es que tienen una visión ideal de sí mismos, se sienten todopoderosos y sólo son capaces de identificarse y de establecer relaciones válidas con personas idealizadas y consideradas por los pacientes también como todopoderosas (Kestenberg y Decoubert, 1976).

Este mecanismo de idealización existe igualmente en la vivencia corporal de los anoréxicos, los cuales tienen una relación ideal con un cuerpo ideal que no existe realmente y que es al mismo tiempo objeto y sujeto de su deseo. Los anoréxicos no perciben el cuerpo real y establecen con el mismo una negación delirante con el objetivo inconsciente de destruirlo quedándose con el cuerpo ideal indestructible. Los pacientes así “mueren creyéndose inmortales”. Hay además una “erotización del hambre”, sensación buscada y mantenida que no se corresponde con la sensación normal de hambre, puesto que no se localiza en parte alguna del cuerpo. Se trata más bien de una sensación muy difusa, que es simultáneamente fuente de placer y de conflicto (Caparrós y Sanfeliu, 2004).

Algo similar sucede con el interés que despierta en estos pacientes la actividad motora. La hiperactividad les proporciona un placer desencarnado, como una actividad independiente del cuerpo. Se trata de una “erotización de la función motora” (García-Camba, 2001).

Otras propuestas por los psicoanalistas para explicar la conducta anoréxica se podrían englobar en las siguientes cuatro hipótesis generales (García-Camba, 2001; Strada, 2002; Gabbard, 2002; Caparrós y Sanfeliu, 2004):

1. La conducta anoréxica es una forma de conducta ascética para reprimir deseos e instintos.
2. Representa un deseo de prolongar la infancia.
3. Es una forma de rechazo de la sexualidad adulta.
4. Existe una escisión del “yo”, como mecanismo defensivo inconsciente: por un lado se aparta *todo lo malo*, separando de sí mismo el “yo corporal”, cuyo crecimiento a ritmo incontrolable el sujeto no es capaz de elaborar, objeto del interés de terceros, depositario de angustias y conflictos intolerables, vivido entonces como peligroso y extraño. Por otro lado el “yo central”, lugar donde quedó concentrado *todo lo bueno*, carente de sexualidad y, por ende, de conflictos, un yo caracterizado por el mágico ascetismo. Así, se teme a la comida por favorecer al “yo corporal”, objeto cargado de malas intenciones, y con la restricción alimentaria se contribuye a cumplir la fantasía del “yo central”, sujeto capaz de trascender por encima de las necesidades humanas.

Factores familiares.

Son muchos los estudios que han puesto de manifiesto la influencia de la familia en la génesis, desarrollo y mantenimiento de los TCA. Dichos estudios han evidenciado la transmisión de padres a hijos de actitudes y conductas relacionadas con la preocupación por

el cuerpo, la precisión de controlar el cuerpo y, en última instancia, la motivación para adelgazar. En este sentido, la familia constituye un importante transmisor de los valores socioculturales vigentes (y no sólo alimentarios y corporales). A veces se utiliza el modelado, ofreciendo a los hijos comentarios y conductas alimentarias anómalas que van a ser imitadas; otras, suscitando directamente una imagen corporal negativa por la presión crítica sobre el cuerpo, peso o forma de comer de la hija o hijo, aun otras provocando alteraciones emocionales que crean el terreno adecuado para el empoderamiento de la autoestima y la autoimagen (Morandé et al, 2014).

Por otra parte, se destaca el estudio de Treasure y Cardi (2017), en el que se señala cómo el funcionamiento familiar está asociado con el resultado del tratamiento, siendo en ocasiones difícil distinguir entre los problemas premórbidos de la familia y las dificultades que se habían desarrollado como respuesta a la enfermedad. Resulta remarcable, del mismo estudio, cómo aquellas familias con un miembro afectado por un TCA reportaron un peor funcionamiento que las familias control.

En esta línea, se puede afirmar que los cuidadores experimentan altos niveles de carga de cuidado y presentan dificultades de regulación emocional. Estos cuidadores también tienden a expresar comportamientos extremos en respuesta a la enfermedad, que van desde la sobreprotección hasta la crítica. Las reacciones de los cuidadores ante la enfermedad pueden servir, sin darse cuenta, para mantener el trastorno (Treasure y Schmidt, 2013).

Sin embargo, a expensas del estudio realizado por Amianto et al (2013), sobre una muestra de 108 madres y 104 padres, tratando de explorar la relación entre el TCA de sus hijas, el perfil de personalidad de los padres, el tipo de apego y la dinámica familiar subyacente, se reportaron una serie de referencias que vienen a enriquecer el amplio debate existente sobre el papel de los padres en la patogenia de los TCA, y que son:

a/ Existe una falta de homogeneidad en los perfiles de personalidad de los padres y madres de pacientes con TCA.

b/ Los padres de hijas con TCA no presentaron las mismas debilidades, carencias, problemas relacionales y/o de crianza.

c/ Si bien se encontraron los prototipos de padres y madres gravemente disfuncionales descritos en la literatura cuyas influencias en la psicopatología de las hijas son evidentes (Bulik et al, 2000), también existen, en un número no desdeñable, padres y madres de pacientes con TCA con rasgos de carácter relativamente maduros.

d/ Existen rasgos de personalidad en los padres cuyo peso en la evolución del TCA de sus hijas es muy relevante (impulsivos, insensibles, preocupados, pesimistas, dependientes, ansiosos, inestables, obsesivos y distantes)

d/ Independientemente de su perfil de personalidad, todos los padres de pacientes con TCA de la muestra presentaban rasgos de personalidad que posiblemente perjudicaban la relación con sus hijas.

e/ El desarrollo del TCA en sus hijas puede verse influido por un déficit en la función de los padres, que a su vez puede estar mediatizado por sus propios rasgos de personalidad. Apartado que invita a pensar, según el citado autor, en lo importante que puede llegar a ser para la evolución de sus hijas la participación directa de los padres en las terapias.

Siguiendo la misma directriz, hallamos el estudio de Fassino et al (2009), donde se considera que el asesoramiento, la psicoterapia o la medicación para los padres puede influir significativamente en la dinámica familiar y, en consecuencia, ayudar a modificar la personalidad y la psicopatología de las hijas afectadas. Aún así, es probable que los efectos de estas intervenciones puedan diferir significativamente entre los TCA porque dependen de interacciones específicas entre los perfiles de personalidad de los padres, los rasgos de personalidad de la hija y su TCA. Será necesario, según nos plantea el autor de la investigación, que los terapeutas consideren aquellas características específicas de la dinámica establecida entre padres e hijas en función de su personalidad.

Factores socioculturales.

Los principales modelos socioculturales que han estudiado los riesgos sobre los TCA se han centrado sobre todo en factores relacionados con la idealización sociocultural de la delgadez en las mujeres: la exposición a los medios, las presiones para adelgazar, la internalización del ideal de delgadez, y las expectativas de éxito al adelgazar, siendo aspectos que están directamente relacionados con dos de los factores de riesgo más claros de la AN y BN: la insatisfacción corporal y las dietas/ayuno (Gismero, 2020).

En estudios longitudinales, la insatisfacción corporal y las preocupaciones por el cuerpo, el peso y las formas corporales se han demostrado como factores de riesgo que predicen el establecimiento de un futuro TCA, incluyendo AN y BN (Beato et al, 2004).

Esta preocupación por el cuerpo delgado, la presión social a adelgazar y los comentarios negativos sobre el peso o la forma hechos por entrenadores, profesores, amigos o hermanos, se confirman también en otro estudio longitudinal (Jacobi et al, 2011).

Hacer dieta también se ha confirmado como factor predictivo de TCA, incluyendo AN (Fairburn et al, 2005) y BN (Patton et al, 1999). En el estudio de Patton et al (1999) se identificó un riesgo de sufrir un TCA en chicas que hacían dieta moderada en torno a 5 veces superior al que presentan chicas que no hacían dieta. Cuando la dieta es estricta el riesgo se multiplica por 18. Otro estudio a resaltar es el de Liechty y Lee (2013), investigación en la que se analizaron prospectivamente predictores de conductas extremas de pérdida de peso (uso de laxantes, de píldoras adelgazantes, vómitos autoinducidos, etc) entre 14322 adolescentes, seguidas durante 7 años hasta que alcanzaron una edad entre 18 y 26 años. Se concluyó que las dietas tempranas, la depresión y la distorsión de la imagen corporal aumentaban el riesgo de mantener posteriormente este tipo de conductas extremas para controlar el peso.

La mayor exposición a los medios de comunicación predice prospectivamente el establecimiento de un TCA en chicas adolescentes y jóvenes; la duración total de la exposición, el tipo de revista, la clase de emisión de radio que se escucha o el tipo de programas televisivos que se ven predicen el mayor riesgo (Gismero, 2020).

Tal y como muestra el meta-análisis de Hausenblas et al (2013), existen estudios experimentales que han mostrado cómo la manipulación experimental de la exposición a imágenes de cuerpos “ideales” causa aumentos de insatisfacción corporal, especialmente entre personas en riesgo de TCA, como aquellas que internalizan el ideal de delgadez o mantienen dietas desordenadas.

Otros estudios, apuntan a que el uso de redes sociales puede provocar trastornos de la imagen corporal, como es el caso de Tiggemann y Zaccardo (2015), trabajo en el que hallaron cómo al exponer a sus participantes a imágenes mediáticas idealizadas experimentaban un aumento de humor negativo y de insatisfacción corporal. Similar conclusión obtuvo el estudio de Brown Tiggemann (2016) al exponer a sus participantes a imágenes de Instagram de famosas y chicas desconocidas atractivas de su edad provocándoles tristeza e insatisfacción corporal, concluyendo que la exposición a ese tipo de imágenes parece nociva para la imagen corporal de las mujeres.

Empiezan ya a acumularse cada vez más evidencias de que determinados usos de las distintas redes sociales (especialmente hacer comparaciones basadas en la apariencia física) están relacionados con comportamientos alimentarios restrictivos (como restricción en cantidad de alimentos o ciertos tipos de alimentos), de que hay relación entre el uso de Facebook con la imagen corporal y los TCA y de que el uso de redes sociales está relacionado con el descenso de autoestima, así como con un aumento de la insatisfacción corporal (Tiggemann y Slater, 2017).

En un meta-análisis reciente se encontró que el uso de redes sociales afecta a la autoimagen tanto de hombres como de mujeres, especialmente a los jóvenes, sugiriendo que son contenidos no dirigidos particularmente a mujeres, sino que ambos son usuarios frecuentes y por tanto sus contenidos idealizados sirven de criterios de comparación para ambos sexos (Saiphoo y Vahedi, 2019).

Con todos los datos comentados, se puede afirmar que todas las variables vinculadas a la exposición al ideal de delgadez y a la presión para conseguirlo, como son: la exposición a los medios, la internalización de este ideal, la presión percibida para conseguirlo y las expectativas al adelgazar, son factores de riesgo que se han mostrado capaces de predecir incrementos en los niveles de cogniciones y comportamientos de trastornos alimentarios, tales como son la insatisfacción corporal, la práctica de dietas o la presencia de síntomas bulímicos, en mujeres adolescentes y jóvenes (Gismero, 2020).

1.1.6. Evolución y pronóstico

El conocimiento del curso y pronóstico de los TCA tiene interés nosológico, clínico y terapéutico; dado que puede mejorar la comprensión de la naturaleza de los TCA en cuanto a los límites y fronteras entre los distintos subtipos que, con frecuencia, se suceden durante el curso clínico. Los datos evolutivos y de resultado permiten realizar planes de tratamiento adecuados a la gravedad del caso y ayudan al clínico a establecer perspectivas realistas en cuanto al tiempo y el esfuerzo que puede requerir al paciente y su familia para superar la enfermedad (Morandé et al, 2014).

La gravedad de la enfermedad es muy variable, desde algún episodio leve y transitorio hasta un cuadro muy grave, crónico y recidivante. El porcentaje de pacientes con AN que se recuperan totalmente no es muy alto: sólo alrededor del 50% de las pacientes evolucionan hacia una total recuperación, en torno al 30% quedan con problemas residuales y aproximadamente el 20% siguen un curso crónico con independencia del tratamiento utilizado (Jagielska y Kacperska, 2017).

En el meta-análisis realizado por Steinhausen (2002), revisión realizada sobre 119 estudios, se estimó una tasa de mortalidad para la anorexia nerviosa sobre el 5%. Existen varios factores al inicio del trastorno relacionados con la gravedad clínica y la cronicidad que incrementan el riesgo de mortalidad: mayor edad, duración prolongada de la enfermedad, historia de intentos de suicidio, uso de diuréticos, intensidad de los síntomas alimentarios, transición de formas restrictivas a purgativas y bajo índice de masa corporal deseado (Huas et al, 2011).

En el caso de la BN, analizando la revisión realizada por Steinhausen y Weber (2009) sobre 79 estudios de seguimiento de BN realizados en los 25 años previos, con una muestra de 4600 pacientes y manteniendo esa distinción evolutiva entre recuperación total, remisión parcial y tendencia a la cronicidad, las cifras que se estiman girarían en torno al 50% para una recuperación total, 27% para la remisión parcial y 23% para aquellos casos crónicos. La mortalidad por BN, aunque mayor que para la población general, se ha visto que es menor entre los adultos en comparación con la AN, con un riesgo de mortalidad tres veces mayor con BN en comparación con un aumento de seis veces entre los pacientes con AN (Castillo, 2017). Según el estudio de Crow (2009), se informó de una tasa de mortalidad general para la BN del 3.9%. A pesar de los riesgos médicos que implica la BN, la mortalidad se relaciona con mayor frecuencia con el suicidio, presentando los adolescentes con BN mayor riesgo de ideación suicida (5.93%) y de tentativas autolíticas (5.64%) (Castillo y Weiselberg, 2017).

La mayor transición diagnóstica a lo largo de la evolución se produce de la AN a la BN, siendo poco frecuente la transición contraria (Castillo y Weiselberg, 2017).

Los escasos estudios de seguimiento y pronóstico en los TCANE concluyen que estos trastornos tienen un buen resultado a corto plazo (de uno a cinco años) tanto en adultos como adolescentes, los que presentan tanto síntomas anoréxicos como bulímicos, con tasas de recuperación total entre el 60 y el 75%. Parece pues, poco probable que los individuos que nunca han presentado un síndrome completo experimenten un incremento de la gravedad o número de síntomas que les lleve al diagnóstico de trastornos completos a lo largo del tiempo. Tampoco se refiere mortalidad incrementada respecto al grupo de edad correspondiente en los estudios de seguimiento (Morandé et al, 2014).

Por otro lado, las tasas de recuperación en los TPA a corto plazo (entre uno y cuatro años) oscila entre el 25 y 80%. Los pacientes que no consiguen mejoría total o parcial continúan con el diagnóstico de TPA con escasa evolución a otras formas de TCA, al menos, en los primeros años; sin embargo, en seguimientos de más de 10 años, se observan evoluciones a formas completas de AN o BN (Fichter et al, 2008). La tasa de mortalidad cruda se encuentra entre el 0 y el 3% y la tasa de mortalidad acumulada es del 0.5%. La mortalidad en el TPA

está relacionada con la obesidad a la que, con frecuencia, se encuentra asociada (Morandé et al, 2014).

El resultado a corto plazo para el TCANE y el TPA es mejor que para la AN o la BN, sin embargo, después de los cinco años, se aprecian escasas diferencias entre la BN, el TCANE y el TPA (Morandé et al, 2014).

Los indicadores pronósticos o de resultado son distintos según los subtipos diagnósticos, de manera que, en la AN, están preferentemente relacionados con la duración y gravedad clínica específica y, sin embargo, en la BN, están más asociados a la gravedad de la comorbilidad psiquiátrica. De forma muy preliminar, puede sugerirse que en los TCANE y el TPA, se encuentran asociados factores interpersonales (Keel y Brown, 2010).

1.2. Dinámica familiar en pacientes con TCA.

1.2.1. La familia como factor etiopatogénico.

El sujeto se hace en el grupo, su grupo natural suele ser la familia y dentro de ella cada miembro efectúa introyecciones e identificaciones de diverso peso según la época de desarrollo a que nos refiramos. Desde la perspectiva sistémica-familiar, se trata a ese grupo como un todo, como agente etiopatogénico eficaz. La familia como estructura ya formada, posee un perfil determinado, unas funciones concretas reservadas a cada miembro que se determinan de manera recíproca. Los integrantes pueden padecer la ilusión de que actúan sólo con su libre albedrío; sin embargo, los actos y decisiones tienen un sentido metaindividual conferido por ese su grupo de pertenencia (Caparrós y Sanfeliu, 2004).

Desde esa visión sistémica, la familia se define como un sistema transaccional, donde las dificultades de cualquier miembro influyen en todos los demás y en toda la familia como unidad. A su vez, los procesos familiares tienen un impacto en cada miembro individual, así como en las diferentes relaciones inmersas en el contexto familiar (Jiménez et al, 2019). Cada familia tiene su “objeto x” que anuda y da sentido grupal, incluso en el aislamiento, a las conductas de sus miembros. La hipótesis familiar, como factor etiopatogénico, permite evitar una simplificación: achacar en exclusiva a un miembro determinado el potencial causal del cuadro (Caparrós y Sanfeliu, 2004).

Esta perspectiva se aleja de una consideración lineal de los procesos familiares al reconocer las múltiples influencias que dan forma a las relaciones familiares y al funcionamiento familiar, percibiéndolo como un proceso continuo a lo largo del ciclo de la vida (Jiménez et al, 2019).

1.2.2. Características familiares: la familia psicopatogénica.

Salvador Minuchin et al (1978) describen un tipo de agrupación familiar que denominará “*la familia psicopatogénica*” cuya atmósfera será facilitadora de la expresión corporal de diversas elaboraciones psíquicas. Se trata de familias que alientan la expresión de conflictos a través del cuerpo. Existirán intrínsecos una serie de factores como son:

- ❖ biológicos: explicarían una mayor vulnerabilidad fisiológica del sujeto.
- ❖ grupales: entendiendo a la familia como fenómeno grupal donde cohabitan:
 - Aglutinamiento: forma extrema de proximidad e intensidad en las relaciones familiares. Existe gran resonancia emocional y escasa diferenciación interpersonal.
 - Sobreprotección: acentuada necesidad de amparo recíproco entre los integrantes de la familia.
 - Rigidez: groseras dificultades para adaptarse a los cambios.
 - Ausencia de resolución de conflictos: éstos quedan negados o postergados sin poder ser enfrentados. Se trata de un talante pre-neurótico. Lo neurótico sería reconocerlo y abordarlo (con mejor o peor estilo).
- ❖ mundo interno: intensa implicación del infante en el conflicto parental.

Este prototipo familiar no permitiría realizar una correcta separación-individuación, favoreciendo la patológica disociación cuerpo-mente, dando lugar a un escenario (mágico, fantaseado) donde mi cuerpo ya no es mi cuerpo. Terreno fértil para expresar conflictos latentes a través de la relación con el “propio” cuerpo (Caparrós y Sanfeliu, 2004).

Se pueden observar familias donde existe gran lealtad a los valores familiares, espíritu solidario, madre “sacrificada”, ausencia de un espacio de intimidad. La responsabilidad se diluye entre todos los miembros y no es raro que sea la anoréxica quien acabe por asumirla (Caparrós y Sanfeliu, 2004).

La hipótesis familiar evita la simplificación donde un único miembro (en exclusiva) no es el causante de la enfermedad. La relación madre-hijo puede ser un claro emergente del grupo familiar, pero esa situación implica a todos los miembros de la familia, incluso (y sobre todo) a los ausentes. Es en esta línea donde, a posteriori, se enmarcará la naturaleza de la intervención familiar como grupo en el paciente concreto. Esta pesquisa es sumamente importante para el porvenir del tratamiento (Jiménez et al, 2019; Paolini, 2020).

1.2.3. El significado de comer.

El ser humano no está programado para comer en soledad. El primer alimento ya es acompañado (madre-bebé), sirviendo el alimento como primer soporte del aparato psíquico de la identificación. La familia ofrece por intermedio del alimento una modalidad determinada y básica de relación (Minuchin et al, 1978). También se abre un camino para rebeldías infantiles, el niño que se niega a comer afianza su flamante identidad frente al mundo de los adultos, está tanteando el alcance de su poder (Charles, 2021).

Los modos humanos de la ingesta son históricos. A lo largo del tiempo la dieta ha cambiado, también las formas de conseguir los alimentos, los ritmos de las comidas... Conocemos, asimismo, períodos de hambruna junto con grupos sociales en los que imperaba e impera la abundancia. El ser humano ha luchado por la procura de alimentos para sí mismo, también los ha llegado a ofrecer a la divinidad (Caparrós y Sanfeliu, 2004).

Nadie es lo suficientemente tosco como para pensar que la ingesta es una función exclusivamente biológica. Alrededor de la nutrición sucede todo un ceremonial decisivo para el resultado de la humanización. Comer remite ante todo a nuestra condición de sistema abierto. Comemos y recibimos energía, necesitamos para ser y en la necesidad, de estirpe biológica, se apoya de manera inseparable el deseo. La necesidad inaugura la falla, que señala una y otra vez nuestra radical insuficiencia y en ella se procesa la historia del deseo, ese ya sí de condición psicológica (Caparrós y Sanfeliu, 2004).

Los TCA señalan déficits en la capacidad de nutrirse; carencias presentes también a la hora de asumir lo que la experiencia de alimentarse representa más allá del acto de comer. La capacidad simbólica está mermada. Dichos déficits pueden atribuirse a dificultades en las relaciones tempranas que inhibieron el desarrollo de las funciones de autorregulación y la diferenciación progresiva del yo con el otro (Charles, 2021).

Parecería que el alimento es sólo biología; no obstante, por medio suyo se crea la primera relación humanizadora ¿Qué da la madre cuando alimenta? ¿Qué recibe el bebé al ser alimentado? Y a su vez, ¿Qué acopia la madre mientras tanto, qué cumplimientos efectúa? Ese cuerpo infantil, investido por la progenitora, es alimentado ora con ansiedad ora con complacencia. El tiempo se detiene o se hace interminable. ¿Qué es el bebé para que tenga que ser alimentado? ¿Una prolongación del cuerpo materno? ¿Un parásito insaciable? ¿Un ser dependiente en su tránsito a la autonomía? ¿Se escapa a duras penas el alimento que se otorga o se entrega en la ternura que permite hacer propia y a la vez ajena a esa boca que incorpora y devuelve a la vez el placer que obtiene?

Todas estas sutiles valencias, de carácter tan primario y complejo, moran en los entresijos de la nutrición (Winnicott, 1965; Caparrós y Sanfeliu, 2004).

Los primeros pasos alimentarios signan al futuro sujeto y, al mismo tiempo, permiten conocer la primera patología materno-filial. Así la comida puede significar el triunfo de la madre y el sometimiento del hijo; la incapacidad por parte de aquélla de entregarse es a veces reemplazada por el aporte sustitutorio de una alimentación excesiva. “¡Tienes que comer!” como encargo imperativo, convierte en batalla lo que estaba destinado a ser mutuo placer (Pérez, 1995).

En el orgullo y despecho apenas disimulado por la madre, que hace comer horas después el alimento frío que inspira repugnancia, poco hay de preocupación por el bienestar del niño y mucho de fantasía. El placer recíproco queda borrado. Reconocer en el bebé la capacidad de proporcionar placer es quizás denotar su autonomía (Charles, 2021).

Hay bebés que comen porque desean en su hambre y bebés que padecen el suplicio de la alimentación. El rito alimentario puede ser una incorporación recíproca, una ceremonia de interiorización o, por el contrario, un suceso externo en el que el alimento es simplemente lo que parece ser, o aún la única manera posible de dar algo por parte de la madre (Pérez, 1995). Comer no será un valor de uso, sino un valor de cambio. Oponiéndose al alimento se consigue castigar y obtener a la vez otras gratificaciones no logradas. La comida eterna, sin

principio ni fin, cumple ante todo, un propósito evidente: estar con alguien. Muchos niños muestran así su apetito por el otro, su deseo siempre insatisfecho, el deseo que no puede colmar una simple ingesta mecánica compuesta de nutrientes equilibrados (Charles, 2021).

Las hostilidades latentes de las madres se acentúan, funciona una vez más la ecuación *no-comer = muerte* y la confusión entre el afecto posible y el alimento (el afecto en realidad se recibe con el alimento). En nuestro decir rural y entre las capas sociales de menor nivel, existe una frase que da cuenta expresiva de este estado de cosas: “*este niño no me come*”. ¿Habría de comerse el niño a la madre? ¿Es, acaso, un agravio personal rehusar el alimento? Por lo primero parecería que aletea un fantasma de devoración en la progenitora, por lo segundo se da fe de un combate cuyo teatro es el campo de la ingesta (Caparrós y Sanfeliu, 2004).

Sin embargo, todo lo que acabamos de reseñar, con ser muy importante, no decide por sí sólo el camino de los trastornos de la conducta alimentaria. Provoca una reflexión especial sobre un acto alimentario que lo hace proclive a la expresión de conflictos, pero la AN y la BN exigen sobredeterminación; es el emergente de un sistema de relaciones patológicas. Un panorama de carencias que se concreta y cosifica en el acto de alimentar, con ello queda abierta una vía preferencial para expresar a través de la comida los conflictos (Strada, 2002).

1.3. Tratamientos grupales en familiares de pacientes con TCA.

1.3.1. Introducción

La intervención familiar consiste en una serie de medidas terapéuticas orientadas hacia la familia, que son realizadas por miembros del equipo de salud mental, principalmente psicólogos y psiquiatras, y que, a través de ellas, se propicia el desarrollo de los propios recursos familiares, con el fin de que sean capaces de hallar alternativas y soluciones sobre los conflictos y cambios de rutinas en el entorno familiar y la búsqueda adecuada de colaboración en el tratamiento del paciente (Morandé et al, 2014).

Los grupos se consideran conjuntos que se intersectan entre sí condicionando y promoviendo determinado tipo de interacción entre los miembros (García-Camba, 2001).

Si bien se localizan gran variedad de referencias bibliográficas sobre las terapias de grupo en las que intervienen familiares de pacientes con TCA, en sus modalidades de terapia cognitivo-conductual, talleres de psicoeducación, terapia familiar, sistémica o multifamiliar (Lock, 2019; Vilariño et al, 2019; Fisher et al, 2019), señalamos la dificultad encontrada para hallar estudios que incluyan la modalidad de grupo operativo de la psicología social en el tratamiento de los TCA, ya sea para el abordaje de pacientes o familiares.

Los grupos de padres, según el modelo propuesto para la intervención del presente trabajo, difieren de otras modalidades terapéuticas (por ejemplo, los grupos multifamiliares), al no

contemplar en su diseño la participación de los hijos en el mismo tiempo y espacio (Paolini et al, 2000).

1.3.2. Filosofía del tratamiento.

El tratamiento que se plantea es interdisciplinario, y en él confluyen las contribuciones específicas que a este campo aportan la medicina, la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis. El grupo es el objeto y también el método de trabajo, no sólo se piensa en el paciente como individuo, sino como sujeto anudado al grupo familiar y a su psicopatología como única conducta posible emergente de ese grupo en coalición con los de referencia (Paolini et al, 2000).

Especial relevancia adquiere la importancia que tiene el cuidado y análisis permanente del vínculo del equipo tratante con los grupos de familias, así como el vínculo de los miembros del equipo entre sí, en tanto actúan como caja de resonancia de los conflictos que ellos mismos analizan, influidos por mecanismos especulares y de repetición de lo reprimido (Paolini, 2020).

En nuestro plan de intervención se utiliza el modelo operativo aplicado a la psicoterapia, en el que se han introducido algunas variaciones técnicas para adecuarlo a la tarea y al contexto. Más adelante se exponen los elementos básicos de la teoría, método y técnica como apartados que serán ampliamente desarrollados para facilitar su entendimiento.

1.3.3. Fundamentos teóricos y metodológicos:

Objeto y método de estudio se articulan en un marco epistemológico que nos va a servir de referencia y en el que ocupan un lugar fundamental:

1. La teoría general de los sistemas como modelo de epistemología convergente, esto es, los desarrollos teóricos y técnicos que se ocupan de la naturaleza y el cambio de los sistemas generales vivientes (Grier y Miller, 1989).
2. La consideración del grupo como organismo, en tanto regido por formas de intercambios simbólicos específicos en la medida en que están articulados en una institución y basándose en una tarea previamente definida (Paolini et al, 2000).
3. El concepto de vínculo como estructura dinámica interna que se acciona por factores instintivos y motivaciones psicológicas y que conforma un tipo particular de relación de objeto de la cual resulta una conducta relativamente fija o pauta que tiende a repetirse automáticamente en la relación interna y externa con el objeto (Pichon-Rivière, 1980).
4. La Teoría de la enfermedad única y la situación depresiva básica. Por ser el concepto original que fundamenta el método de los grupos operativos; siendo éste el modelo que inspira la propuesta de nuestro trabajo y, en aras de facilitar la comprensión de nuestra intervención terapéutica, se va a desarrollar ampliamente el concepto a continuación.

La “Teoría de la Enfermedad Única” (T.E.U.) según el concepto original de Enrique Pichon-Rivière (1971), es el modelo teórico que fundamenta el método de los Grupos Operativos. En “Una nueva problemática para la psiquiatría”, Pichón conceptualiza un núcleo básico subyacente (que llamará *núcleo patogenético*) de naturaleza depresiva, como fundamento de toda conducta patológica y que, a la vez, es el referente axial e hilo conductor convergente del proceso corrector o de curación (Paolini, 2020).

Digamos que la T.E.U. no es sólo una teoría de la enfermedad sino una teoría de los procesos de maduración y desarrollo. Es un intento de comprensión no sólo de la conducta enferma sino también de la conducta normal y la que surge durante el proceso terapéutico. Implica una modificación del enfoque referido a la salud y la enfermedad y, en definitiva, de la concepción del ser humano. Se parte de buscar lo esencial en el proceso de enfermar para luego postular una teoría de la conducta en general (Paolini, 2020).

La T.E.U. es el producto de un complejo y amplio proceso de elaboración desarrollado dentro del marco teórico sustentado en tres factores ideológicos y metodológicos esenciales, características primordiales del pensamiento y actitud operacional de Pichon-Rivière (Paolini, 2020):

- a) La epistemología convergente: implica superar las parcializaciones que fragmentan al ser humano y toman una parte por el todo.
- b) El método dialéctico: supone entender al sujeto como totalidad y sus conductas como síntesis de contradicciones mutuamente transformadoras como sujeto-medio, necesidad-satisfacción, mundo interno-mundo externo. Los polos de la contradicción no se eliminan, sino que interactúan.
- c) La interrelación teórico-práctica: la intención fundamental de esta teoría y punto de partida de la misma es la finalidad operativa en la realidad. Operativa quiere decir que apunte a la mutua modificación sujeto-contexto, situándonos frente a una realidad concreta para comprenderla y transformarla y, al mismo tiempo, transformarnos (Rosenthal, 1983).

La observación e indagación de la fenomenología de la enfermedad mental, nos tiene que llevar a considerar factores constitucionales (genéticos y precozmente adquiridos), el impacto en el grupo familiar (locus) y el aprendizaje adaptativo evolutivo (formas sostenidas en el tiempo), para poder alcanzar una comprensión de la conducta humana como totalidad holística en evolución dialéctica (Pampliega, 2008).

Pichon-Rivière plantea que el *núcleo patogenético* es una “Situación Depresiva Básica” y que las estructuras patológicas son tentativas de elaboración o desprendimiento de esa situación nuclear. Postula la depresión (ya veremos en qué sentido) como el conflicto nuclear y las conductas (normales o patológicas) como intentos (logrados o fallidos) de resolución de ese conflicto. Ese núcleo patogenético tiene sus raíces en el desarrollo infantil y se reactiva en el

adulto ante cada situación de cambio que implique pérdida (real o fantaseada), carencia, frustración o privación en montos no tolerables para la persona. La reacción del sujeto ante esta situación de pérdida es la depresión. Según cómo ésta sea elaborada, conduce a la adaptación activa o bien a la enfermedad (Pichon-Rivière, 1980).

Detrás de los signos de sufrimiento que muestra un sujeto “enfermo”, subyace una situación de conflicto, ante la cual la patología ha surgido como intento fallido de resolución. A esta situación de conflicto llamada “Situación Depresiva Básica”, es latente básico universal que se repite de forma constante y dialéctica, inscribiendo los hitos evolutivos del desarrollo humano (Pichon-Rivière, 1980).

La constitución de este núcleo depresivo se va a dar a partir del nacimiento. Con éste el bebé sufre la pérdida del vínculo simbiótico con la madre. El vínculo es a través de códigos biológicos por los que el bebé percibe, por ejemplo, alteraciones del estado emocional de la mamá (y, por ende, del mundo externo). La crisis del nacimiento implica un cambio absoluto: en las nuevas condiciones de vida una sobrecarga de estímulos y una exigencia masiva de adaptación. El conflicto surge, por tanto, del cambio y del sentimiento de abandono y pérdida de útero. Se diría que en el punto de partida del conflicto está la díada necesidad-satisfacción (Pampliega, 2008).

Con el nacimiento emerge la tensión de necesidad. A esta reacción ante la pérdida del útero, producida por el nacimiento Pichon-Rivière la llamará “Protodepresión”. Primera depresión en el sentido de pérdida de objeto (matriz o molde) en que estaban dadas todas las características que mantenían la homeostasis necesidad-satisfacción en perfecto equilibrio. Tensión igual a 0. Útero como objeto ideal poseído de forma omnipotente (“Todo lo que necesito lo obtengo de forma inmediata, sin condiciones”). De este modo puede señalarse que el llanto del bebé, motivado por el hambre, representa unívocamente el del insoportable dolor por dicha pérdida (Rosenthal, 1983).

Las formas de aprender y lo permanente de su proceso son consecuencia de situaciones vitales donde estuvo presente un monto de necesidad no satisfecha o frustrada, lo cual es vivido por el sujeto como pérdida (real, fantaseada o de la omnipotencia) y con ella sus sentimientos vitales correlativos: impotencia, depresión y rabia (Paolini, 2020).

Estos sentimientos y la manera de intentar resolverlos, determinarán un estilo o patrón de comunicarse y vincularse y, serán a su vez, la fuente de la patología neurótica, marcando un modelo por antonomasia de futuras depresiones del desarrollo, es decir de una infraestructura de aprendizaje inconsciente y condicionante. Se trata de un punto disposicional que encripta técnicas instrumentales arcaicas que en su momento fueron adaptativas, pero en el aquí y ahora no son funcionales (por estereotipadas o desfasadas), y se han puesto automáticamente en marcha al servicio de atenuar y controlar la angustia. Es hacia este anclaje o disposición donde se promueve el regreso del sujeto a partir de algún factor desencadenante actual (Paolini, 1977).

Toda situación depresiva básica, eclosiona a partir de una depresión desencadenante que consuena con las depresiones inscritas en el desarrollo, un “falso enlace” automático e inconsciente con la memoria emocional y que da lugar al resurgimiento de sentimientos

primarios. Estereotipos actuados en lo fenoménico como técnicas no instrumentales y, por tanto, no operativas. Los pacientes más graves son especialistas del “no-cambio” (García Badaracco, 1989).

Este conjunto de conceptos que sintetizan el concepto de “enfermedad única” resulta de vital importancia como lectura, estrategia e hilo conductor de todo proceso psicoterapéutico. Este supuesto es generalizador y a su vez operativo, en el sentido que delimita al grupo como conjunto con un sentido y como espacio terapéutico, independientemente de la nosografía, el síndrome o la máscara particular de cada sujeto (Paolini, 2020).

Se partirá de esta hipótesis para analizar las diferentes formas de violencia emocional (o vividas como tales) y que quedaron aparentemente fosilizadas en el dolor, reprimidas y susceptibles de retorno, transformarse en psicopatógenas. Estos vínculos patogénicos son reproducibles en el espacio de lo grupal como forma de abordaje o puesta en acción de escenas correctoras, primeros pasos que posibilitan la aparición de secuelas arrinconadas y latentes que dan lugar en lo actual al sufrimiento neurótico, que fue en definitiva un sufrimiento infantil. Se considera así la psicopatología desde la matriz de la enfermedad única, para en un segundo momento analizar las estrategias psicoterapéuticas concretas para cada una de las formas patológicas posibles a partir de una posición patoplástica, “máscara de la enfermedad” cuya expresión podrá ser psicósomática o bien psicopatológica (Paolini, 2020).

1.3.4. Principios técnicos

Uno de los principios metodológicos que deben considerarse en el tratamiento de las relaciones perturbadas es el axioma de que el observador, en cualquier caso, siempre estará integrado en lo que observa, produciéndose una relación recíproca de influencia que se traduce en una posición dinámica favorecedora del cambio y la integración (García-Camba, 2001). Siguiendo el principio de Lewin (1948), que plantea que cualquier investigación es al mismo tiempo una acción, el abordaje de los procesos grupales implica al mismo tiempo una modificación de éstos desde el preciso momento en que existe un encuadre de trabajo definido por la institución. Este marco institucional hace que estos grupos sean definidos como artificiales, esto es, creados con un objetivo específico, en este caso, con un sentido corrector o terapéutico (Paolini, 2000).

Otro aspecto que hay que tener en cuenta es que cualquier nuevo aprendizaje se realiza “en contra” del ya adquirido (Paolini, 2020). Este fundamento epistemológico conlleva la consideración de que en cualquier caso siempre surgirá una resistencia de las organizaciones preexistentes frente al cambio, es decir, que toda organización, aunque sea una organización patológica, se resiste a ser modificada (Bachelard, 1960). Lo mismo ocurre en las relaciones parentales perturbadas o la vida intrapsíquica no funcional; el sujeto quisiera modificarlas, pero la propia organización dada como respuesta previa va a oponerse a ese cambio (García-Camba, 2001). Cuando durante los procesos terapéuticos nos acercamos a los

núcleos disposicionales, se encuentran estas resistencias inconscientes (Pichón-Rivière, 1980).

El último principio que debe considerarse es que el ser humano no puede prescindir del vínculo con los otros seres humanos (Freud, 1979). Cualquier psicología individual es al mismo tiempo, por su naturaleza, siempre una psicología social (Pichón-Rivière, 1980). Esta aseveración remite al concepto de vínculo, que puede recibir distintas denominaciones en los diferentes desarrollos teóricos y que se refiere a las relaciones objetales, que en última instancia y en su esencia, son grupales (Paolini, 2020).

1.3.5. Factores terapéuticos del grupo.

La psicoterapia de grupo emplea factores terapéuticos específicos. Debemos identificar estos factores específicos si queremos comprender el modo común en que clases enormemente diferentes de grupos ayudan a cambiar a los participantes. Tal principio simplificador nos ayudará asimismo a entender qué les sucede a diferentes miembros en el seno de un mismo grupo.

El inventario de factores terapéuticos desarrollado por Vinogradov y Yalom (1996) consta de:

1. Infundir esperanza.

La fe en una modalidad de tratamiento es en sí terapéuticamente eficaz, tanto cuando el paciente tiene altas expectativas de ayuda como cuando el terapeuta cree en la eficacia del tratamiento. En todo grupo de terapia hay pacientes que mejoran, así como miembros que permanecen igual. Los pacientes suelen comentar al final de la terapia que haber presenciado la mejoría experimentada por los demás les ha infundido gran esperanza respecto a su propia mejoría.

2. Universalidad.

Muchos pacientes sienten una abrumadora sensación de aislamiento. Están secretamente convencidos de que su soledad o desdicha son únicas, de que sólo ellos tienen ciertos problemas o impulsos inaceptables. En un grupo de terapia, especialmente en las primeras fases, los pacientes experimentan una fuerte sensación de alivio cuando se dan cuenta de que no se encuentran solos con sus problemas.

3. Transmitir información.

La transmisión de información tiene lugar en el seno de un grupo siempre que un terapeuta instruye didácticamente a los pacientes sobre el funcionamiento mental o físico o siempre que el líder u otros miembros del grupo dan consejos u orientación directa sobre problemas vitales.

4. Altruismo.

En todo grupo de terapia, los pacientes se ayudan mucho entre sí. Comparten problemas similares, se ofrecen mutuamente ayuda, sugerencias e insights, y se tranquilizan unos a

otros. Para un paciente desmoralizado que cree que no puede ofrecer nada de valor a nadie, la experiencia de ser útil a otros miembros del grupo puede resultar sorprendentemente gratificante, y es una de las razones por las cuales la terapia de grupo incrementa con tanta frecuencia la autoestima. El acto altruista no sólo potencia la autoestima, sino que también distrae a los pacientes que malgastan gran parte de su energía psíquica inmersos en una obsesiva concentración en sí mismos.

5. Desarrollo de técnicas de socialización.

El desarrollo de habilidades sociales básicas es un factor terapéutico que opera en todos los grupos de psicoterapia, aunque la naturaleza de las habilidades que se enseñan y el carácter explícito del proceso varían ampliamente dependiendo del tipo de grupo.

6. El comportamiento imitativo.

Durante la terapia de grupo, los miembros se benefician de la observación de la terapia de otro paciente que tiene problemas similares, un fenómeno que se denomina aprendizaje vicario.

7. Catarsis.

Dar rienda suelta a las emociones como factor terapéutico complejo que está asociado con otros procesos grupales, especialmente con la universalidad y la cohesión. El puro acto de protagonizar una catarsis, en sí mismo, raramente promueve un cambio duradero en el paciente, aunque vaya acompañado de una sensación de alivio emocional. Lo que es de primordial importancia es compartir con los demás el propio mundo interior con el fin de ser aceptado en el grupo. Ser capaz de expresar emociones fuertes y profundas, y aún así ser aceptado por los demás, es algo que pone en entredicho que seamos repugnantes e inaceptables, o que nadie pueda sentirse capaz de querernos.

8. Recapitulación correctiva del grupo familiar primario.

Muchos pacientes inician la terapia de grupo con una historia de experiencias sumamente insatisfactorias en el seno de su primer y más importante grupo: la familia primaria. Gracias a que la terapia de grupo ofrece una selección de posibilidades de recapitulación tan amplia, los pacientes pueden empezar a interactuar con los líderes o con otros miembros, tal como interactuaron en su día con sus padres y hermanos.

9. Factores existenciales.

La lucha primordial del ser humano es aquella que tiene lugar contra los hechos dados de la existencia: la muerte, el aislamiento, la libertad y la carencia de sentido. En algunos tipos de grupos de psicoterapia, especialmente aquellos que sufren enfermedades como el cáncer o patologías médicas crónicas que ponen sus vidas en peligro, tales hechos existenciales desempeñan un papel central en la terapia.

10. Cohesión.

La cohesión del grupo es una de las características más complejas y absolutamente esenciales de una psicoterapia de grupo exitosa. La cohesión grupal se refiere al atractivo que los

participantes ejercen sobre el grupo y sobre el resto de los miembros. Los miembros de un grupo cohesivo se aceptan y se apoyan mutuamente y tienden a formar relaciones significativas en el seno del grupo (Vinogradov y Yalom, 1996).

2. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo general

- Diseño, desarrollo y posterior evaluación de un espacio de psicoterapia de grupo de orientación psicodinámica para familiares de pacientes con TCA atendidos en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Objetivos específicos

- Ofrecer un espacio de sostén en los casos de graves problemáticas relacionales entre los miembros de la familia.
- Promover el cambio en las funciones defensivas del Yo con la finalidad de obtener relaciones consigo mismo y los demás más satisfactorias y adaptativas.
- Abordaje de las expectativas frustradas en referencia a la pareja y a la familia actual, por un pasado idealizado.
- Reconocimiento y diferenciación de los aspectos enfermizos (lo desorganizado, la estereotipia, lo que a uno le hace sufrir, el dolor) y saludables.
- Mejorar el conocimiento (*insight*) de uno mismo y de los demás, permitiendo esclarecer fenómenos de adjudicación y asunción de roles entre los distintos miembros de la familia y la función que ello cumple.
- Revisión de la función como padre o madre en el mundo actual, atendiendo a la propia afiliación (familia de origen) a través de la repetición del modelo transmitido a los hijos.
- Intervención sobre los sentimientos de fracaso y agresividad frente a la propia incapacidad para resolver algunos problemas.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño.

3.1.1. Tipo de diseño.

Se trata de una intervención terapéutica grupal con un diseño pre-post, con dos medidas al principio y al final y dos formas distintas de medir:

Por un lado, mediante un análisis cualitativo a lo largo del proceso realizado a través de la lectura, indagación e interpretación de los emergentes grupales, labor clínica efectuada por parte del equipo coordinador. Y, por otro lado, a modo de investigación descriptiva de corte longitudinal se evaluó el efecto de la intervención sobre los integrantes del grupo, llevada a cabo con la autoadministración de dos escalas (ZARIT y APGAR familiar) en la sesión 1 (primera) y en la sesión 18 (última).

3.2. Participantes.

3.2.1. Tipo y características.

La muestra estuvo compuesta inicialmente por 12 padres y madres de pacientes diagnosticadas de TCA, atendidas en el programa de Hospital de Día del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. De los 12 integrantes iniciales, el 50% fueron mujeres y el 50% varones. La selección de los integrantes fue llevada a cabo a partir de la indicación de los facultativos referentes de las pacientes de Hospital de Día, valorándose el grado de compromiso para con la tarea descrita por parte de los familiares en cuestión, priorizando aquellos casos con una dinámica familiar moderada o severamente patológica. Todos los participantes fueron informados antes de la intervención a través de la “*hoja de encuadre*” (Anexo 2) y la “*hoja informativa sobre la psicoterapia de grupo*” (Anexo 1) y firmaron el correspondiente consentimiento informado (Anexo 6).

3.2.2. Encuadre.

Se trata de un grupo cerrado, con un número máximo de integrantes permitidos igual a 12*. La ausencia al 50% de las sesiones a lo largo de un trimestre es motivo para la exclusión del grupo. Se organizaron 18 sesiones quincenales**, de octubre de 2021 a junio de 2022, de hora y media de duración.

El grupo fue coordinado bajo la **modalidad operativa de la psicología social**, con **lectura de emergentes** realizada por el observador a media hora de finalizar la sesión.

La tarea del grupo denominada explícitamente fue la de “*Aprender a pensar*”.

*Se alcanzó la cifra de 12 integrantes como número óptimo que, aún asumiendo posibles ausencias o abandonos a lo largo del proceso, permite el pleno desempeño de las dinámicas

grupales, facilitando así el despliegue de las funciones terapéuticas del grupo, siguiendo las directrices marcadas por Vinogradov y Yalom (1996).

** El grupo terapéutico ofrece factores terapéuticos diferentes según el tiempo que un paciente permanece en psicoterapia. La evaluación y cierre de un grupo cada 12 sesiones (*al menos*) facilita la posibilidad de llevar a cabo un proceso psicoterapéutico, sin perder la oportunidad de obtener los beneficios de una psicoterapia de larga duración. La percepción subjetiva de eficacia, así como el porcentaje de altas tras la psicoterapia apoyarían la implementación de dicho encuadre y, en líneas más generales, la consideración de que la psicoterapia grupal es un tratamiento de elección en las Unidades de Salud Mental (De Felipe et al, 2019).

En nuestro caso encuadramos el número de sesiones totales a 18, dato conocido por todos los participantes del grupo desde un inicio (Anexo 2), como manera de alcanzar el mínimo recomendado por De Felipe et al (2019), ajustando la cifra al calendario académico para facilitar así la asistencia de los integrantes.

3.2.3. El equipo terapéutico.

El equipo terapéutico cuenta con un **coordinador** que se comunica verbalmente con el grupo y un **observador** cuya función es la de observar, escuchar y tomar nota de lo advertido en el grupo, además de llevar a cabo el control de la asistencia (Anexo 3). Después de cada sesión se reúnen para compartir y supervisar el material producido por el grupo y los efectos de las intervenciones del terapeuta, en el llamado espacio de ateneo.

El equipo terapéutico cumple una **función facilitadora**, apuntando a la cohesión grupal, favoreciendo la relación entre los integrantes identificando los obstáculos y motivaciones que inhiben las relaciones interpersonales. Agilizar la transición del *grupo como “cubo de basura”* donde uno se descarga y recibe consejos a diestro y siniestro, al *grupo como espacio de escucha, comprensión y tolerancia*.

El terapeuta aborda con los integrantes del grupo, en el espacio de la primera sesión, el encuadre grupal e institucional (Anexo 2) donde se llevará a cabo el proceso. En ese primer encuentro se aclaran cuestiones relacionadas con lo que será la cultura básica del grupo:

- el secreto de lo que sucede en la sesión.
- el respeto por los demás.
- el deseo de lograr la máxima sinceridad posible.
- apagar el teléfono.
- la puntualidad.
- avisar si se van a ausentar.
- el compromiso de asistir a todas las sesiones.
- no se deben mantener relaciones entre los integrantes fuera de las sesiones y, si ello fuera inevitable, todo lo que suceda será comentado en las sesiones del grupo (ese material le pertenece al grupo).

3.3. Instrumentos.

3.3.1. El emergente y la interpretación.

3.3.1.1 Concepto de “emergente” (vs “lo emergente”).

Pichon-Rivière (1980), en su primera formulación, equipara el concepto de “emergente” con el de “portavoz”, describiendo al portavoz como aquel sujeto que enuncia, y con ello denuncia, una problemática latente del grupo al que pertenece. Esta concepción ha ido evolucionando de tal modo que, en la actualidad, se entiende como “emergente” todo aquel elemento que aporta un sentido a lo que sucede en la dinámica grupal (Cifuentes, 2014).

Se discrimina así el portavoz del emergente, siendo éste último entendido como una nueva calidad observable que aparece en el campo grupal y el portavoz como el rol que la vehiculiza. Esta diferencia, a modo de salto cualitativo, es precisamente la que permite visualizar la escena (Balello y Fischetti, 2014).

“*El emergente*” puede ser una palabra, una frase, un gesto, algo remite a lo que está ocurriendo en el latente grupal; una situación que está viviendo el grupo en esos momentos (Foladori, 1990). “*Lo que emerge*” es lo que trata de hacerse evidente, lo que pugna por salir; será esa situación a la que, gracias al emergente, podemos ver, leer y comprender para poder elaborar una hipótesis que comunicar al grupo sobre lo que realmente está ocurriendo (Cifuentes et al, 2014).

Resulta importante esta distinción entre “*el emergente*” y “*lo emergente*”. Mientras que “*el emergente*” es algo acotado, recortado, un signo, un indicador visible a nivel manifiesto; “*lo emergente*” es lo latente que provocó ese emergente, es decir, una situación que vive el grupo. Muchas veces la captación de “*lo emergente*” no se realiza a través de un solo emergente, sino que implica un trabajo contratransferencial que incluye la articulación de varios emergentes (Cifuentes et al, 2014).

“Lo emergente”, captado a través de los emergentes, al ser interpretado promueve un cambio, una nueva situación que, a su vez, producirá nuevos emergentes (Foladori, 1990).

Cada integrante del grupo al hablar dice más de lo que “voluntariamente” quiere decir (Cifuentes et al, 2014).

El emergente es un efecto de la estructura que lo produce. Armazón complejo en el que se pueden señalar cinco presiones estructurales diferentes que, integrándose, producen el emergente individual (Gear y Liendo, 1974):

1. La que proviene de los otros miembros del grupo.
2. La que produce la propia estructura individual de cada integrante.
3. La que ejerce la tarea del grupo.
4. La que proviene de la presencia del coordinador.

5. La procedente de la estructura institucional y social en la que el grupo está inserto.

Doy por seguro que este vaivén de conceptos, contrarios pero interrelacionados, quedarán mayoritariamente asimilados con el material discutido en el apartado “**análisis cualitativo a lo largo del proceso grupal**”.

3.3.1.2 La interpretación del emergente.

Como ya se ha descrito en varias ocasiones, en realidad siempre hay dos planos en juego: uno manifiesto (explícito) y otro latente (implícito), tanto para el grupo como para el equipo coordinador. La escucha del equipo coordinador se basará en la vista y el oído pero también, especialmente, en la contratransferencia (Cifuentes et al, 2014).

La interpretación es una hipótesis mediante la cual otorgamos un cierto significado (provisional) a los emergentes que vamos leyendo, que van configurando en el equipo coordinador cierta idea de cuáles son los obstáculos presentes en el campo terapéutico en un momento dado. El valor de la interpretación está dado por la operatividad, es decir, por su función reestructurante con vistas al objetivo del grupo. La interpretación se incluye como herramienta en la técnica de grupo operativo, en la medida que permite explicitar lo implícito (Cifuentes y Suárez, 2015).

El fin último de la interpretación es favorecer el insight en los integrantes. Insight que es individual, no grupal, es decir; el grupo como tal no hace insight. Con la interpretación alguno de los integrantes puede hacer insight y otros experimentar un cierto nivel de esclarecimiento respecto a algunos aspectos confusos o indiscriminados propios y desde ese mayor conocimiento, intervendrán en el grupo, ayudando así a otros integrantes a lograr una mayor comprensión de lo que les sucede (Suárez, 2015).

El emergente es el material a partir del cual trabajamos: la unidad de trabajo (Pichón-Rivière, 1980). Es el material con el que tratamos de entender y pensar al grupo. Ese grupo, en el discurso que va construyendo, va desplegando aspectos a nuestra observación, elementos de diverso tipo: verbales, gestuales, posturales, situaciones, emociones y entre todo ese despliegue el coordinador “*elige*” sólo algunos: justamente aquellos que puede capturar su contratransferencia. Se “*decide*” -consciente o inconscientemente- que “*eso*” observado es significativo (Bauleo et al, 2005).

La interpretación del coordinador sobre lo que acontece en el latente grupal, suma o añade potencia a la capacidad elaborativa del grupo, favoreciendo así una comunicación más clara o más pertinente, pero será un elemento más a sumar a ese trabajo de elaboración conjunta que, en un momento determinado, producirá un salto cualitativo, un insight en alguno o algunos de los participantes (Suárez, 2015).

¿Cómo contribuye la contratransferencia en la detección y lectura de los emergentes?

La decisión sobre qué es lo más relevante de la situación grupal surge de lo que se escucha, observa y se siente por parte de la coordinación. Para ello, es esencial el papel de la

contratransferencia. El coordinador contrastará sus expectativas con su contratransferencia y decidirá, tras un diálogo interno, qué devolución va a hacer al grupo (Cifuentes y Suárez, 2015).

Será necesario un esquema para poder mirar y no perderse entre la cantidad de datos que suministra un grupo. Se trata de una especie de visor, un esquema de referencia (más adelante desarrollado como *ECRO*). Entre esa cantidad de datos que aparecen en un grupo, el equipo coordinador selecciona aquellos que le llaman la atención, pero siempre relacionado con un esquema interiorizado (Tari, 2014).

Resulta de especial utilidad, en su dimensión didáctica, diferenciar claramente dos momentos en los que la contratransferencia posibilita el trabajo de la interpretación del emergente:

3.3.1.2.1. Lo que llama la atención.

En un primer momento, a través de la resonancia afectiva del coordinador, instalado este en una actitud más intuitiva, permitiendo observar el acontecer grupal sin interferir, irá extrayendo de la situación grupal un denominador común que incluya una problemática implícita para la mayoría de los integrantes del grupo y también para el propio coordinador, detectando así aquello significativo del grupo, aquello que *le está llamando la atención* (Cifuentes, 2014).

3.3.1.2.2. El descifrado.

El segundo momento es el de descodificación, de articulación, de comprensión y de significación de lo detectado. El emergente como mensaje sólo podrá ser *descifrado* teniendo en cuenta su contexto situacional, en su dimensión grupal e institucional (Cifuentes, 2014).

Un emergente anuda muchas historias: la de cada uno de los integrantes en lo que esta situación grupal concreta los implica, la de sus propias relaciones, la de su relación con la tarea, la de sus transferencias, la que hay tejida con el contexto social (Gear, 1974).

En la realización de una tarea, el contexto grupal aparece como un campo reactivador de conflictos. El emergente surge de la confrontación entre el grupo interno (mundo interior de cada integrante) y este grupo externo (el grupo de integrantes, per se) (Bauleo, 2005). Surgiría pues, cuando el sujeto interactúa con el terapeuta, o con los demás integrantes del grupo y se ve ante la alternativa de reestructurar sus vínculos anteriores para generar uno nuevo (Cifuentes, 2014).

Otra cuestión que cabe plantearse sería el sentido que tiene aquello que se ha percibido. En muchas ocasiones y durante un tiempo, no se sabe qué quiere decir ese “signo” capturado. Se deja ahí, en suspenso, hasta que se pueda ligar con otro u otros signos, adquiriendo así progresivamente un sentido. Cada emergente va dando elementos sobre aspectos parciales que se irán progresivamente integrando hasta que una hipótesis-interpretación se haga

posible, tal vez provocada por un emergente en particular que vino a completar algo (Suárez, 2015).

3.3.1.3. La recogida del material y el trabajo de elaboración.

Para el trabajo de “construcción” de la interpretación antes descrita, tarea realizada por el observador y el coordinador, podemos identificar tres momentos:

3.1.1.3.1. El “*aquí y ahora*” grupal.

El coordinador elige, de entre todas las cosas que se dicen y ocurren en el grupo, algunas de ellas que, por su extrañeza, bizarrismo, insistencia, o alguna otra característica, le llaman la atención y que, posteriormente, le permiten ir armando una narrativa, un sentido. Significado que transmite al grupo a través de una interpretación o un señalamiento, esclareciendo algo, haciendo explícito algo de lo implícito percibido a través de los distintos emergentes (Cifuentes et al, 2014).

3.1.1.3.1.1. El observador y la lectura de emergentes.

La distancia que debe mantener el coordinador respecto al grupo debe ser la adecuada para que le permita visualizar la relación entre el grupo y la tarea. En cambio, **el observador ha de atender a la relación grupo-coordinador** (Santa María et al, 2020).

La función del observador consiste pues en registrar hechos, indicios que permitan establecer una hipótesis sobre el desarrollo del grupo. A lo largo de una sesión de psicoterapia grupal podemos diferenciar varios momentos (apertura, desarrollo y cierre). En cada uno de esos momentos se producen diferentes hechos significativos a recoger por el observador (Santa María et al, 2020). El observador va registrando dichos emergentes y seleccionando igualmente aquellos que le facilitan cierto sentido en la comprensión del latente. Va construyendo una narrativa de lo acaecido en la sesión, una interpretación del movimiento del grupo a través de los emergentes (Cifuentes et al, 2014).

Con todo lo registrado, el observador realizará una **lectura de los emergentes** 30 minutos antes de finalizar la sesión, cuya función es la de efectuar una devolución interpretativa del acontecer grupal. En ella aparecerán todas aquellas palabras o situaciones que hayan tenido lugar a lo largo de la sesión y que el observador perciba como significativas (Santa María et al, 2020). La lectura de emergentes por sí misma tiene efectos terapéuticos importantes. Permite tanto a los integrantes del grupo como al equipo coordinador sintetizar la sesión, valorando qué se ha trabajado en ella, así como facilitar el insight y dar nuevos significados a lo que se ha dicho, al poder escucharlo fuera de contexto. También le resultará de utilidad al coordinador, ayudándole a rescatar cosas que haya dejado fuera o facilitando nuevas interpretaciones (Santa María et al, 2020).

Es conveniente resaltar que, en la elección e interpretación de los diferentes emergentes por parte de ambos miembros del equipo coordinador puede haber concordancia, discordancia o

complementariedad. Es una cuestión que apunta al *ECRO* de ambos, pero que a su vez puede ser un signo del proceso grupal (Cifuentes et al, 2014).

3.1.1.3.2. El ateneo post-grupal.

El segundo momento en la elaboración del material viene después de la sesión grupal. La reelaboración posterior del material por parte del equipo coordinador, al finalizar la reunión grupal, con la relectura y reflexión conjunta del material recogido por ambos, produce una nueva síntesis, un nuevo sentido y comprensión de “*lo emergente*”. Aquí puede darse que algunos de los observables descartados inicialmente se desvelen como emergentes y algunos emergentes sean descartados a la luz de una nueva articulación (Cifuentes et al, 2014).

La puesta en común posterior a la sesión entre los miembros del equipo coordinador aportará una nueva perspectiva que podrá incluir alguno de los aspectos no visualizados, o quizá otra línea posible de lectura de *lo emergente*. Este segundo nivel de trabajo es un elemento que reorienta la tarea del equipo coordinador de manera fundamental (Suárez, 2015).

3.1.1.3.3. La reelaboración de los emergentes en investigación.

Un tercer momento de reelaboración de los emergentes se da cuando éstos se trabajan con fines de investigación (Cifuentes et al, 2014), siendo el caso del presente trabajo y quedando este asunto ampliamente desarrollado en el apartado “**análisis cualitativo a lo largo del proceso grupal**”.

3.3.2. Escala de carga del cuidador (ZARIT).

El Zarit Burden Inventory, conocido en nuestro medio como *escala de carga del cuidador*, es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. Aunque no es el único que se ha empleado para cuantificar el grado de sobrecarga, sí es el más utilizado (Vitaliano et al, 1991; García et al, 2004; Tartaglini et al, 2020; Boluarte et al, 2022) y se dispone de versiones validadas en inglés, francés, alemán, sueco, danés, portugués, español, chino, japonés, etc. La versión original (inglés), que tiene copyright desde 1983, consta de un listado de 22 afirmaciones que describen cómo se sienten a veces los cuidadores; para cada una de ellas, el cuidador debe indicar la frecuencia con que se siente así, utilizando una escala que consta de 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador (Zarit et al, 1980).

Las puntuaciones obtenidas en cada ítem se suman, y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador. Por tanto, la puntuación global puede oscilar entre 0 y 88 puntos. Esta codificación en una escala de 0 a 4 es la que se sigue en las versiones del cuestionario en todos los idiomas (Álvarez et al, 2008). Sin embargo, en España sólo una minoría de autores codifica las respuestas en una escala de 0 a 4, mientras que la mayor parte, incluido el presente trabajo, utilizan una escala de 1 a 5. Con esta última codificación la puntuación global oscila, por tanto, entre 22 y 110, lo que hace que la comparación de los resultados de

estudios realizados en España no se pueda hacer de forma directa. Ello puede llevar a realizar interpretaciones erróneas si los autores no informan explícitamente de la codificación utilizada (Álvarez et al, 2008). Esta circunstancia implica que los resultados de nuestro país que utilizan la escala de 1 a 5 dan lugar a puntuaciones de sobrecarga de los cuidadores artificialmente altas cuando se comparan con la situación en el resto de los países. Esto puede crear un cierto recelo en el ámbito internacional hacia los estudios españoles, pese a que por otra parte puedan estar correctamente diseñados (Álvarez et al, 2008).

Otro aspecto importante a considerar es la utilización de puntos de corte para identificar o clasificar a los cuidadores con una sobrecarga intensa. El autor del cuestionario no estableció ni propuso ningún punto de corte. Sin embargo, en España es habitual considerar que con una puntuación igual o inferior a 46 “no hay sobrecarga”, con 47-55 “hay sobrecarga leve” e igual o por encima de 56 implica una “sobrecarga intensa” (Álvarez et al, 2008). Puntos de corte probablemente derivados de los resultados del estudio de validación, realizado con 92 cuidadores de pacientes ancianos atendidos en un centro de día psicogeriátrico situado en una clínica psiquiátrica (Martín et al, 1996).

Si bien estos puntos de corte pudieran estar generalizados desde un colectivo heterogéneo en cuanto a las características de las personas que cuidan, colocando interrogantes sobre la utilidad y validez de esta escala para todo tipo de cuidadores (inclusive familiares de pacientes con TCA), sirva de hipotética referencia para poder **evaluar de forma cuantitativa el impacto de la intervención** sobre los integrantes del grupo psicoterapéutico en su función como cuidadores de sus hijas, pudiendo abrir nuevos interrogantes y requiriendo así nuevas líneas de investigación que profundicen al respecto.

3.3.3. Cuestionario APGAR familiar.

El cuestionario APGAR familiar (Smilkstein, 1978) es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas cuando este los detecta durante la consulta (Suárez y Alcalá, 2014).

Se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias (Rubinstein y Terrasa, 2006).

Se trata de un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como médico de familia propuso la aplicación de este test como instrumento para los equipos de atención primaria, en su aproximación al **análisis de la función familiar** (Suárez et al, 2014).

Este test fue denominado “APGAR familiar” por ser una palabra fácil de recordar a nivel de los médicos, dada su amplia familiaridad con el test de uso universal en la evaluación de recién nacidos propuesto por la doctora Virginia Apgar, denotando una evaluación rápida y de fácil aplicación (Suárez y Alcalá, 2014).

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como escala en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia (Suárez y Alcalá, 2014).

Los componentes del APGAR familiar son:

- Adaptación: capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodo de crisis.
- Participación: implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
- Gradiente de recursos: desarrollo de la maduración física, emocional y autorrealización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
- Afectividad: alude a la relación cariñosa existente entre los miembros de la familia.
- Recursos: capacidad resolutoria para atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia.

El APGAR familiar tiene múltiples indicaciones: en pacientes polisintomáticos en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosocial de las dolencias (ansiedad, depresión entre otros), en grupos familiares o pacientes con patología crónica, en aquellos escenarios donde se hace necesaria la participación de la familia en el cuidado de un paciente, a los integrantes de una familia que atraviesa una crisis, a los miembros de familias problemáticas cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados o en aquellos casos en que otros instrumentos de atención a la familia describan algún evento problemático (Suárez y Alcalá, 2014).

El cuestionario debe ser entregado a cada integrante de la familia para que responda a las preguntas planteadas. Para cada pregunta deberá marcar sólo una X. Debe ser respondido de forma personal (idealmente autoadministrado). Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación 0 *nunca*, 1 *casi nunca*, 2 *algunas veces*, 3 *casi siempre*, 4 *siempre*.

Se procederá a la suma de la puntuación pudiéndose interpretar de la siguiente manera: “normal” puntuaciones de 17 a 20 puntos, “disfunción leve” de 16 a 13 puntos, “disfunción moderada” de 12 a 10 puntos, “disfunción severa” menor o igual a 9 (Rubinstein y Terrasa, 2006).

Este cuestionario constituye un instrumento que le proporciona al profesional que atiende a la familia, una idea global sobre el grado de funcionalidad de la familia. Se trata de una de las herramientas más utilizadas debido a sus múltiples fortalezas, tales como ser una escala

breve, de fácil aplicación, habiéndose validado sus propiedades psicométricas tanto en población infantil, adulta y anciana, como en poblaciones de índole urbana, rural e indígena (Mayorga, 2019). Una recomendación importante es no considerar de forma literal los grados de disfuncionalidad mostrados, sino reflejar preferentemente los resultados como una *baja*, *mediana* o *alta satisfacción* en el funcionamiento de la familia (Rubinstein y Terrasa, 2006).

A lo largo del presente trabajo se ha relacionado en multitud ocasiones la sintomatología individual de uno de los miembros de la familia (en este caso TCA) con la dinámica disfuncional en el ámbito familiar, pudiendo **informar** el citado cuestionario, **de forma cuantitativa, sobre el impacto global de la intervención sobre aquellos integrantes de la familia** que completaron el procedimiento psicoterapéutico descrito.

3.4. Procedimiento.

3.4.1. ¿Por qué en grupo?

El interrogante apunta hacia qué aspectos de los grupos y de qué manera permite la psicoterapia grupal aproximarse a las estructuras patológicas que subyacen en toda familia de pacientes con TCA.

Trataremos de responder desde dos ángulos diferentes, constituyendo cada uno, uno los aspectos patognomónicos de estas agrupaciones familiares.

3.4.1.1. Desde el sustrato depresivo.

Sustrato depresivo como factor esencial para la comprensión de esta enfermedad. El grupo, por su conformación espacial proporciona un albergue, una morada, que a modo de refugio matricial (Rosolato, 1975), satisface una vivencia de amparo regresiva que activa inconscientemente la apertura hacia la transferencia positiva (Puertas, 2002).

“En la depresión domina la aspiración a retirarse a la matriz protectora: el refugio matricial. Toda pertenencia (sobre todo pasiva) a un grupo, evoca el refugio y la nidación de la vida intrauterina” (Rosolato, 1975).

La vivencia de ser acogidos-recogidos por un territorio, metáfora uterina, que envuelve y anida, favorece, como decíamos la apertura hacia la rehabilitación de una transferencia de base con el grupo como objeto materno (Puertas, 2002). Esta transferencia permite reubicarse en la esfera narcisista, desde un lugar más posibilitador.

La experiencia de estar en un grupo (véase útero, madre, familia, tribu) alivia el desamparo que invade, como protagonista ingrato la vivencia de cualquier situación depresiva (Puertas 2002).

El asiento territorial del grupo es más favorable que la relación dual para la activación de un pensamiento fantaseado regresivo en torno a la necesidad de ser contenidos por un espacio continente, ofreciendo así una experiencia reparadora y *renarcisizante* (Puertas, 2002).

La necesidad de experimentar esa vivencia pasiva, de ser envueltos por un *continente-madre-activo* es favorecida por un grupo en dónde la alternancia entre pasividad y actividad se vive por su propia metodología con mayor tolerancia (Puertas, 2002). Los familiares en grupo, en efecto, pueden mantenerse en silencio disfrutando así de esa necesidad experiencial sin verse tan contaminados a hablar como en un tratamiento individual.

3.4.1.2. Desde el punto de vista defensivo.

Desde las defensas narcisistas, la inaccesibilidad y la distorsión comunicacional que aísla a las familias de lo propia y genuinamente vincular, se encuentra en el contexto grupal permanentemente puesto en evidencia. La situación grupal constituye una oferta a comunicarse difícil de obviar, oferta siempre sostenida por la multiplicidad de relaciones que se establecen en su seno. Los planos intersubjetivo y transubjetivo, se extienden como una red que aprisiona y constriñe la tendencia al aislamiento (Puertas, 2002).

La tarea del grupo convoca y provoca: *convoca* en tanto sesión tras sesión se proclama como el espacio de encuentro de aquellos que luchan por la esperanza (y en definitiva por la vida); *provoca* en tanto pone de manifiesto, de forma explícita, directa y sin escrúpulos, aquellas dificultades intrapsíquicas e interpersonales que, por intolerables, se hallaban en un plano implícito-latente y que, a modo de actitud defensiva, se tornaron conjunto de obstáculos presentes desde tiempos inmemoriales que no han parado de expresarse a través de las conductas más sintomáticas (Bauleo et al, 2005).

Se puede anticipar que no será un asunto de fácil ejecución. El grupo provoca terror catastrófico en tanto vivencia que implica el acceso a cambios internos. Ansiedad reactivada por lo resistencial a través de las defensas narcisistas que encuentran un obstáculo particularmente eficaz en la experiencia emocional que un grupo psicoterapéutico proporciona (Bion, 1970).

El grupo se torna un contexto privilegiado para potenciar el crecimiento psíquico de un abanico de patologías, como el TCA, donde la vivencia del pensar y ser en presencia de otros está groseramente dificultada por la escasez de recursos simbólicos y narcisistas.

3.4.2. El grupo operativo:

3.4.2.1. El concepto de portavoz.

Desde el esquema conceptual de grupo operativo, el paciente pasa a ser considerado como el portavoz de las ansiedades y conflictos de su grupo de referencia primario (grupo familiar). El supuesto enfermo actúa como radar de la subestructura de la cual se está haciendo cargo. Su conducta, debido a causas esencialmente emocionales, será la resultante del deterioro de la comunicación, de la no comprensión y del fracaso o deterioro en el proceso de aprendizaje vivido durante su desarrollo (Paolini, 2020). Donde clásicamente el

paciente es el sujeto enfermo, frágil, vulnerable y ser necesitado de cuidados, realmente es el individuo más fuerte de la organización familiar, capaz de sostener las angustias y ansiedades depositadas por todos los integrantes de la familia, denunciando tal situación a través del proceso de enfermar (Pichon-Rivière, 1980).

Cuando un sujeto enferma psíquicamente en el ámbito de un grupo familiar significa que un miembro de ese grupo asume un rol nuevo (en cierta medida *operativo* dentro del grupo familiar), transformándose en el portavoz o depositario de la ansiedad de todos los integrantes. La estructura grupal se altera, suceden perturbaciones en el sistema de adjudicación y asunción de roles, aparecen mecanismos de segregación del enfermo. De la intensidad de estos mecanismos dependerá, en gran medida, el pronóstico del caso (Pichon-Rivière, 1980). Ese pronóstico estará principalmente en relación con la receptividad o no receptividad del grupo, que suele organizarse para mantener fuera al paciente, realizando a veces verdaderos sacrificios con tal de que se mantenga la segregación, como forma primitiva de mantener a raya la locura, la enfermedad y en definitiva el sufrimiento (Pichón-Rivière, 1980).

3.4.3.2. Esquema Conceptual Referencial y Operativo (ECRO).

El ECRO resulta un concepto esencial para comprender cómo se opera en el campo de la Psicología Social.

E significa “esquema”, entendiéndolo a éste como un conjunto articulado de conocimientos.

C significa “conceptual”. “Esquema conceptual” como un sistema de ideas que alcanzan una vasta generalización. Se trataría de un conjunto de conocimientos que proporciona líneas de trabajo e investigación, permitiendo una aproximación adecuada al objeto particular. La investigación psicológica o cualquier tipo de tarea científica, sin un adecuado sistema conceptual sería ciega e infructuosa. Siempre es necesaria una verificación en la realidad. La ciencia, y dentro de ella la psicología social, es un conjunto de observaciones ordenadas por y hacia un esquema conceptual susceptible de rectificación o ratificación. Eso es lo que hace a la ciencia dinámica. Una vez elaborado el esquema conceptual su transmisión es rápida y fácil, es decir, el esquema conceptual es aprendible y transmisible (Pichon-Rivière, 1980).

El aspecto referencial (**R**) alude al campo, al segmento de realidad sobre el que se piensa y opera, y a los conocimientos relacionados con ese campo o hecho concreto a los que nos vamos a referir en la operación.

Un elemento fundamental de nuestro E.C.R.O. es el criterio de operatividad (**O**). Si con nuestro E.C.R.O. enfrentamos una situación social concreta, no nos interesa sólo que la interpretación sea exacta, sino fundamentalmente nos interesa la adecuación en términos de operación. Es decir, la posibilidad de promover una modificación creativa o adaptativa según un criterio de adaptación activa a la realidad. Por eso la Psicología Social es direccional y significativa, en el sentido de que está orientada hacia el cambio. Este criterio de operatividad

es el que se incluye en nuestro esquema conceptual orientándose hacia la operación, de allí la última letra de la sigla E.C.R.O.

Entre los elementos fundamentales incluidos en el E.C.R.O. señalamos el concepto de realimentación permanente entre teoría y práctica. En él, según un proceso dialéctico, cada "a posteriori" de una situación dada se convierte en el "a priori" de una nueva situación.

En la medida en que se estudia un proceso dialéctico -la relación del hombre con el medio- el E.C.R.O., instrumento de aproximación, incluirá una metodología dialéctica. La Psicología Social que se postula tiene por eso un carácter instrumental, y no se resuelve en un círculo cerrado, sino en una continua realimentación de la teoría a través de su confrontación con la práctica. La experiencia de la práctica, conceptualizada por una crítica y una autocrítica, realimenta y corrige la teoría mediante mecanismos de rectificación y ratificación. Este E.C.R.O., en su aspecto referente a la génesis y estructuración de la personalidad, está construido por los aportes de Freud, M. Klein, G. H. Mead, entre otros.

En este E.C.R.O. el criterio de operación, de producción planificada de cambio, en relación con el logro de los objetivos propuestos, constituye nuestro criterio de evaluación. Toda investigación coincide ya con una operación. En el terreno de las ciencias sociales no hay indagación que no promueva una modificación, es decir, el mero hecho de explicar, por ejemplo, un test al sujeto, si bien el test no tiene una finalidad terapéutica, produce sin embargo una modificación en el sujeto. Podríamos decir que la relación establecida es la modificadora.

Otro de los conceptos básicos incluidos en el E.C.R.O. es el de "grupo interno", lo que permite definir la psicología como psicología social. Entendemos al grupo interno como un conjunto de relaciones internalizadas, es decir, que han pasado del "afuera" al mundo interno y se encuentran en permanente interacción.

Lo denominamos "grupo operativo" porque apunta hacia una dirección determinada para comprenderla y dirigirla, siendo el grupo el instrumento para el logro de una tarea.

El grupo operativo, en la medida en que permite aprender a pensar, permite vencer, a través de la cooperación y la complementariedad en la tarea, las dificultades del aprendizaje. Es decir, el grupo operativo ayuda a superar el estancamiento enriqueciendo el conocimiento de sí y del otro en la tarea.

La terapia no es el objetivo principal del grupo operativo de aprendizaje, pero algunas de sus consecuencias pueden ser consideradas terapéuticas, en la medida en que instrumenta al sujeto para operar en la realidad. El grupo operativo, como técnica, ayuda a resolver las dificultades internas de cada sujeto, los estancamientos y el pensamiento dilemático, haciéndolo dialéctico, a través de una tarea en la que está incluido el esclarecimiento de las resistencias al aprendizaje como cambio (Pichon-Rivière, 1980; Bauleo et al, 2005; Paolini, 2020).

3.4.2.3. Teoría de la técnica.

No hay enfermedades sino enfermos. Nos encontramos frente a diferentes maneras (máscaras) de expresión de un mismo núcleo de sufrimiento patológico, el vacío y la búsqueda del “ser” vs el “tener”, como imposición cultural occidental de un modelo económico (García Badaracco, 1989).

Detrás de los signos que muestran al “sujeto enfermo”, subyace una situación de conflicto o *situación depresiva básica*, ante la cual la patología ha surgido como intento fracasado de resolverla, y se constituye como un sistema distorsionado de lectura de la realidad que se repite de manera circular y constante, inscribiendo los hitos del aprendizaje y la forma de realizarlo en el devenir del desarrollo psicológico (Bauleo et al, 2005).

Las formas de aprender son consecuencia de situaciones vitales donde han estado presentes diferentes situaciones de necesidad no satisfecha o frustrada y/o experiencias traumáticas que no han sido resignificadas. Esta memoria emocional pone en marcha sentimientos inconscientes de falta de amor, incomprensión, celos, frustración y agresión (como par indisociable), terrores y angustia; la memoria inconsciente del sufrimiento infantil como modelo o disposición.

El método de trabajo comienza con la técnica de establecer un conjunto de normas y reglas de trabajo que guiarán el proceso y al que denominamos “encuadre”. Este, intenta prever como norma de trabajo, la estabilidad del espacio y del tiempo acordado, los roles técnicos diferenciados, la confidencialidad, la aceptación de las diferencias, la abstención de juicios de valor y la exclusión de temáticas no pertinentes para la tarea del grupo.

El encuadre en la psicoterapia individual permite crear una situación segura para la recreación profunda de los vínculos paterno-filiales, siendo el análisis de los mismos, una llave regia para el acceso al inconsciente. Aunque en el grupo esto no siempre es posible, por ser un espacio vincular múltiple, sí permite la reproducción del ámbito social con un espectro que abarca de distintas formas de relación brindándonos la comprensión a través de la dinámica grupal primaria de cada sujeto que lo compone, como la forma de vincularse con el equipo terapéutico y el medio institucional (Bauleo et al, 2005).

La tarea terapéutica en el encuadre grupal es la indagación de aquellos aspectos inconscientes que dan lugar a la formulación de cada relación (paciente-paciente, paciente-terapeuta, paciente-equipo-institución, etc.) dándole un contexto interpretativo a cada situación.

El trabajo del grupo está centrado en el análisis y el intento de resolución de los conflictos que sus miembros aporten, recibiendo por parte de la técnica devoluciones permanentes en dos niveles (Pichon-Riviere, 1980):

- **Lo manifiesto**, lo explícito, lo visible, lo aparente, lo concreto, lo que se dice o lo que se hace.

- **Lo latente** o la indagación de lo no explicitado, lo simbólico, lo que hay debajo de lo que se dice o se hace, sus múltiples implicaciones. Éstas pueden ser las primeras formas de abordaje y comprensión de lo que les ocurre y sienten, la llave de acceso del cambio, del “darse cuenta”, del “despertar”.

El grupo es un instrumento que favorece el análisis de situaciones vitales en conflicto con el entorno en base al análisis vincular, y potencia la toma de conciencia de enfermedad anunciada previamente por los síntomas que hicieron al paciente o familia pedir ayuda profesional. Permite la reelaboración dialéctica de la vida cotidiana en un espacio de aprendizaje vital y colectivo (Bauleo et al, 2005).

La situación grupal y la enfermedad única, como cualidad que emerge en cada sesión del conjunto, promueve los movimientos internos necesarios para que la rigidez del pensamiento sobre el sí mismo se cuestione o entre en crisis, momento idóneo para que el paciente acceda a un nivel de conocimiento más profundo de sus dinamismos internos mediante el análisis de la causalidad. Comprender la naturaleza y origen de la conducta para ganar libertad de acción (García Badaracco, 1989).

3.4.2.4. El proceso grupal.

Desde un acercamiento longitudinal, y tomando al grupo como hilo conductor desde la creación hasta su cierre, destacaría tres momentos afectivos sin especificar cronografía, la cual dependerá de cada proceso grupal en particular.

a/ La creación del grupo:

El grupo se crea en función de la demanda asistencial y de la representación que tenga el terapeuta de sus pacientes y familiares, necesidades, afinidades y antagonismos y del encuadre para lograrlo. Por lo tanto, el grupo está en la cabeza del terapeuta como posibles conjuntos y que se creará y quedará abierto o cerrado según la estrategia y táctica del coordinador.

En este primer momento de **indiscriminación**, aparecen las incertidumbres que implican el exponerse a una situación social, espacial y temporal nueva que, mediante el encuadre, puede posibilitar el cambio en el que estará implicado el propio terapeuta.

La asociación libre grupal y la comunicación libre flotante coordinada guiarán el proceso. En las primeras sesiones aparece la búsqueda de lo similar, de situaciones conocidas, y la primera emergencia de los miedos básicos, además de los que por su propia historia traiga el sujeto. Se ponen en juego la interacción especular, la proyección y la introyección, y se desarrollan las fantasías “inconfesables” y comunes a casi todos los miembros.

El grupo terapéutico se mueve por principio solidario, sin juicios de valor, respeto y aceptación plena de las diferencias. Dentro del propio nacimiento del grupo está incluida la muerte o desaparición del mismo, por lo que automáticamente se convierte en un espacio de

ensayos y tentaciones de vincularse a niveles distintos de los especificados por el encuadre; por lo que se convierte también en un aprendizaje de tolerancia a la frustración y, por anticipado, se elaboran las situaciones de pérdida en la verticalidad personal y en la horizontalidad grupal (Paolini, 2020).

b/ Desarrollo del grupo:

Mediante el método asociativo de la discusión libre, los denominadores comunes de los discursos se ponen en escena, y aparecen los emergentes básicos de las preocupaciones humanas universales, que permitirán la construcción sincrónica de un texto grupal consistente, coherente y cualitativamente superior del texto individual.

Así, se da el desarrollo y la estructuración de vínculos afectivos y, a la vez, los otros funcionan como amortiguadores de los miedos básicos (*miedo a la pérdida y miedo al ataque*). Esto crea un clima afectivo que permite un espacio de contención, de seguridad y por ende de elaboración de la conflictiva individual y grupal.

Ante un acontecimiento actual planteado por su sujeto dentro del grupo, se reproducen sintéticamente en el conjunto diferentes formas de entenderlo y de reaccionar ante él. En un primer momento la sensación de pérdida (real o fantaseada) de los instrumentos adaptativos que el sujeto utiliza habitualmente en las situaciones externas. Esta vivencia, actúa de pródromo para la aparición de las primeras conductas grupales estructuradas. Esta etapa tiene las características de confusión, la sensación caótica de pérdida de los puntos referenciales. Ante esto, los sujetos, como en cualquier otra situación social novedosa, se valen de recursos aprendidos que a veces resultan rígidos y estereotipados y que dificultan (si se produce el estancamiento en esta fase), la aparición de la flexibilidad necesaria para el pensamiento sobre los sentimientos presentes, o como variante de los procesos catárticos, que tienen desde el punto de vista dinámico el mismo sentido que la paralización.

En ese momento entrarán en acción los procesos disociativos grupales que no siempre son paralelos a los individuales. Esto sirve para cotejar los tiempos de **elaboración** de cada sujeto y los distintos momentos de estancamiento de cada uno. La escucha y observación permanente da una visión privilegiada del espacio y de la táctica de señalamiento adecuada para facilitar el insight en cada miembro cotejando los estilos de enfrentamiento con la necesidad y la consecuente sensación de pérdida.

c/ Terminación del grupo:

La muerte y desaparición del grupo y el alta o abandono de algunos de sus miembros, ya está anticipada en el encuadre y por tanto incluida en el desarrollo previo de la vida afectiva. En este caso se trata de una nueva “Depresión Desencadenante” que al estar en un contexto de contención adecuada permite el análisis y la puesta en marcha de técnicas instrumentales que durante el desarrollo grupal se han ido poniendo a disposición del yo de cada sujeto, para poder resolver operativamente este momento. Es, por tanto, una coyuntura de **aprendizaje**

por excelencia, siempre y cuando el cierre grupal sea realizado con la elaboración y el tiempo que cada sujeto y el grupo necesite.

Dentro del grupo, la tarea del equipo terapéutico funcionará guiada por estos tres momentos como referentes necesarios y desde los cuales se guiará por los siguientes parámetros:

- la atmósfera del grupo.
- el desbroce de mecanismos no instrumentales.
- la confrontación dialéctica y emocional entre los miembros que reproducen funcionamientos extra-grupo.
- el análisis de la identidad patológica.
- el aquí y ahora de la realidad en que está inserto cada paciente.
- el análisis de la circunstancia vital.
- la resistencia al cambio.

Objeto y método se integran a través del rol catalizador del terapeuta con el objetivo de promover el cambio personal y microsocioal “*ampliando el foco*”, potenciando la plasticidad psicológica y la fuerza cognoscitiva en su adaptación, aplicación e intento de transformar el entorno (Paolini, 2020).

3.4.3. Plan de intervención: el grupo de padres.

Antes de abordar el proceso de transformación buscado en la experiencia grupal, es conveniente reflejar (y recordar) lo patognomónico de los vínculos que organizan este tipo de familias. Se podría afirmar que, en general, los vínculos van a pivotar en torno a **dos áreas de conflicto**, ambas consecuencia de sus características fusionales;

La primera de las áreas conflictivas, se define por las **dificultades de elaboración de lo depresivo**. El hijo es empleado como objeto de taponamiento de los conflictos parentales que no pueden constituirse en objeto de trabajo, de elaboración. El hijo es el objeto de un “actuar psíquico” parental (Jeammet, 1989).

En efecto, la crisis adolescente con su exigencia de trabajo de duelo, tanto en ellos como en los padres, fracasa aquí por una dificultad mutua. Los padres tampoco pueden dejar crecer a una hija requerida fusionalmente para evitar el dolor y el abismo que genera la separación propia de la edad. En este sentido, los síntomas además del cometido en la economía intrapsíquica, sirven para denunciar y someterse a estas particularidades objetales. Sirven para decir que algo no está funcionando bien (Bollas, 1987).

Las pacientes se ofrecen con su obsesión alimentaria a ser ese tapón que niega la separación adolescente; ignoran su propio deseo de crecer para que los padres no lo sufran: provocan sus angustias y desvelos y así se sienten más unidos que nunca en torno al ritual alimentario, como una ceremonia que recrea la ficción donde todo el movimiento provoca el terror de una separación vivida como un desgarramiento (Puertas, 2002).

Dicho ritual, como un conjuro mágico, organizado en torno a las mismas conductas día tras día, sirve para recrear un ambiente familiar en donde se trata de renegar la realidad de un

tiempo lineal que marcaría una trayectoria futura donde está convocada una ineludible separación. Por otro lado, sus síntomas son una queja, un grito a través del estómago que quiere testimoniar la denuncia de un tejido relacional en donde está yugulada la posibilidad de hacerse con un derecho a ser adultas.

Los síntomas, pues, son un mensaje en clave hacia los padres: *“no quiero ser vuestro bebé y quiero serlo”*. Un mensaje que no cuenta con los cauces internos y externos para ser transmitido simbólicamente, psíquicamente. Este mensaje se ve obligado a actuarse en la sintomatología que las aqueja. Lo “aberrante” de sus comportamientos y el riesgo orgánico que conllevan fuerza a las familias a movilizarse y a aceptar la convocatoria terapéutica que se les hace (Puertas, 2002).

La segunda de las áreas de conflicto detectadas gira en torno al **reconocimiento de la identidad de la hija**. En efecto, el magma simbiótico que impregna estos vínculos dificulta el reconocimiento y la aceptación de “aquello otro” que se erige fuera de la órbita narcisista. Los hijos son así requeridos a participar en un funcionamiento familiar en donde los elementos diferenciales son renegados o bien aglutinados en un rol que cosifica (Puertas, 2002).

La incidencia en la patología que nos ocupa de este particular contexto familiar, se convirtió en motivación suficiente para intervenir en él.

El grupo de padres tratará de descifrar el enigmático mensaje en clave que era la sintomatología en el seno familiar, mensaje de múltiples caras que en la medida en que se pueda ir canalizando en el terreno de lo verbal, dejará de regir por la urgencia de la evacuación a través de la conducta, aliviando significativamente la tensión y la angustia que impregna en los inicios ese clima familiar.

4. RESULTADOS

La evaluación, tras el diseño y puesta en marcha del espacio de psicoterapia de grupo para familiares, forma parte también del objetivo general del presente trabajo.

Se llevaron a cabo dos líneas de análisis de resultados de la eficacia grupal: por un lado, el **estudio cuantitativo longitudinal** mediante *estadística descriptiva* a través de cuestionarios pasados en dos momentos del tratamiento (sesión 1 y sesión 18) y, por otro lado, la **indagación cualitativa a lo largo del proceso** mediante el *análisis de la dinámica grupal* realizado a través de la recogida, lectura e interpretación de los emergentes grupales.

4.1. Análisis descriptivo longitudinal

El análisis de datos se llevó a cabo con el programa SPSS. Tras aplicar pruebas de normalidad, los datos del presente estudio presentaban una distribución no normal, por lo que se aplicaron pruebas no paramétricas. Se realizó el análisis con las puntuaciones directas a través de la *prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas*, tratando de ver si las puntuaciones habían cambiado entre un periodo y otro en valores centrales y se **concluye que no, las puntuaciones son similares y no hay diferencias significativas** tanto para los datos obtenidos a través de la escala Zarit (Figura 1) como del Apgar familiar (Figura 2).

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig. a,b	Decisión
1	La mediana de diferencias entre Zarit octubre/21 y Zarit junio/22 es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	0,312	Conserve la hipótesis nula.

a. El nivel de significación es de ,050.

b. Se muestra la significancia asintótica.

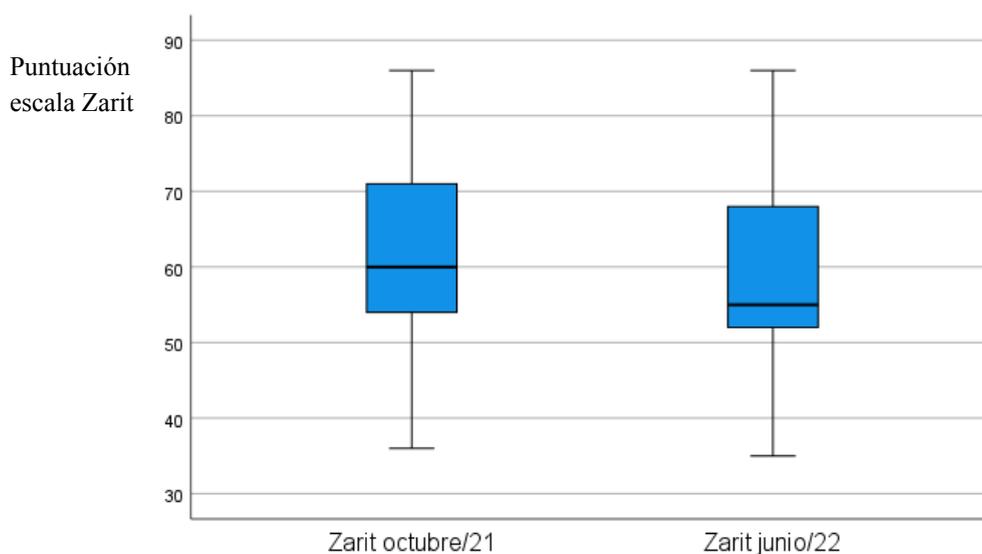


Figura 1. Distribución de la muestra en función de la puntuación en la escala Zarit pre (octubre de 2021) y post (junio de 2022).

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.a,b	Decisión
1	La mediana de diferencias entre Apgar octubre/21 y Apgar junio/22 es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	0,581	Conserve la hipótesis nula.

a. El nivel de significación es de ,050.

b. Se muestra la significancia asintótica.

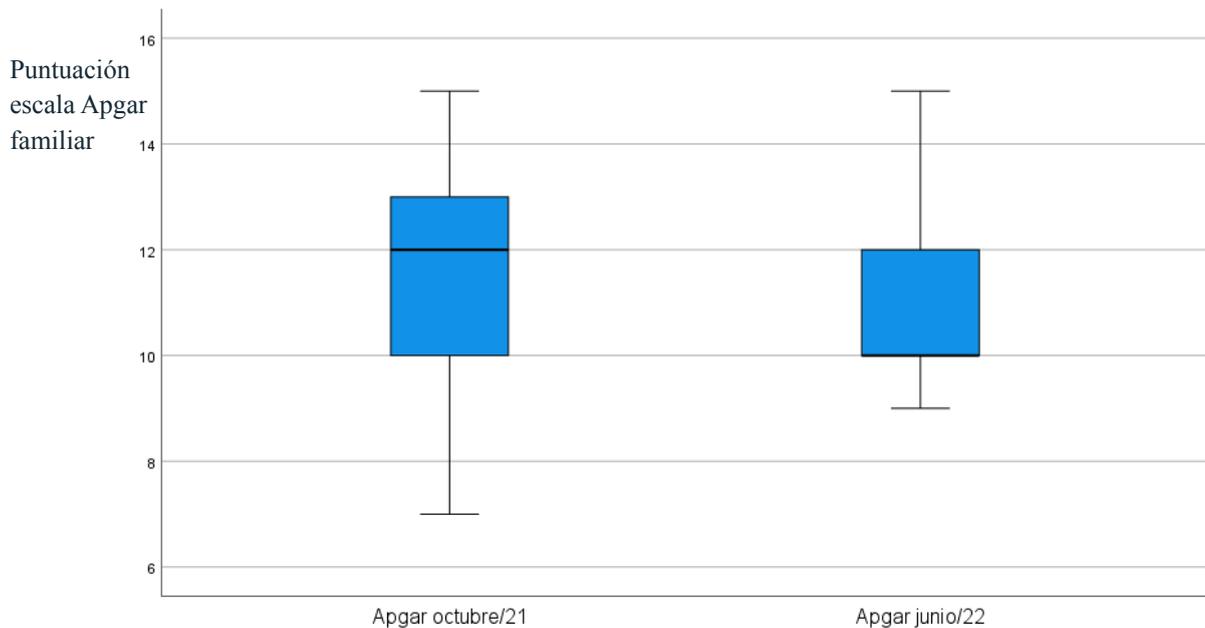


Figura 2. Distribución de la muestra en función de la puntuación en la escala Apgar pre (octubre de 2021) y post (junio de 2022).

A su vez, se realiza el análisis con las puntuaciones categorizadas, mediante *tablas cruzadas con categorías* (*prueba de Montecarlo y Chi cuadrado*) para ambos cuestionarios concluyendo que, coincidiendo con el resultado anterior, **no se detectaron cambios significativos entre los dos periodos estudiados.**

4.2. Análisis cualitativo a lo largo del proceso

Mediante **la interpretación de los emergentes grupales**, principal instrumento de indagación sobre **la dinámica grupal**, se abordó el proceso de transformación dado en los vínculos familiares a través de la experiencia grupal. El material a analizar se produjo a través de la *recogida, lectura e interpretación de los emergentes grupales*, elaboración que se dio ya en la propia sesión grupal, ya en el espacio habilitado como ateneo y, eventualmente, con el presente propósito investigador. El contenido de esta vivencia permitió desarrollar un proceso dividido en tres fases que a continuación se procede a desarrollar.

Sirva de nota aclaratoria que los **momentos afectivos** reseñados en el apartado “el proceso grupal” (1. Creación del grupo - *Indiscriminación*; 2. Desarrollo del grupo - *Elaboración*; 3.

Terminación del grupo - *Aprendizaje*), son principios universales presentes en todo proceso grupal y que, para nuestro análisis, sirvieron de guía para nominar y acotar cada una de las fases. Véanse momentos afectivos y fases del grupo como aspectos complementarios de una misma experiencia.

Bajo el epígrafe de cada fase, aparecerán en cursiva aquellos contenidos implícitos que pugnaban por salir, a modo de “*lo emergente*”. Material conflictivo que subyacía tras el descifrado de los emergentes.

La hipótesis narrativa que acompañará a cada una de las tres fases va a estar apoyada en el registro de algunos “*emergentes*” que, de forma literal, se citan para la ocasión en forma cursiva y entrecomillada. *Ni son todos los que están, ni están todos los que son*. Sirva de entrada, que el autor tiene conocimiento del gran obstáculo sobreañadido que supone leer unos emergentes como citas textuales aisladas, descontextualizadas y desprovistas de la importante carga emocional que tiñe todo clima de una sesión de psicoterapia. No aparecerán reflejados emergentes como ausencias, retrasos, silencios, reacciones, miradas y otras actuaciones de índole no verbal. Asumo, en pro de la vertiente didáctica y expositiva del presente trabajo, que una parte no desdeñable de la información queda fuera del alcance del lector. Espero que aún así el intento merezca la pena.

4.2.1. Fases del grupo:

❖ 4.2.1.1. La comida

La comida, soluciones mágicas, la búsqueda del culpable, la frustración, el enfado, las renuncias, la exigencia, la omnipotencia, el castigo, la separación adolescente y la resistencia al cambio.

“Lo primero en que pensamos todos los días es en qué va a comer hoy mi hija”, “¿Que cómo estoy? Pues mi hija no está comiendo nada”.

Era de esperar, la primera fase se caracterizó por el recurrente tema nuclear que a todos los convoca en sus múltiples espacios, y ahora también en el grupo: la **comida**.

En una unidad de trastornos de la conducta alimentaria lo que se debe hablar es de comida. ¿De qué se iba a hablar si no? En ese temprano momento, el objetivo es resignificar los síntomas como emergentes de una enfermedad subyacente instalada en el entramado comunicacional de la familia, no como una voluntad caprichosa de herir y herirse.

Tratamos de facilitar la puesta en marcha de un aparato que decodifica la conducta.

¿Qué nos están queriendo decir a través de la conducta con la comida?

“Me encuentro muy perdida. Buscamos consejos, una hoja de ruta, pautas”, “¿Cómo puede ser que después de tanto tiempo estemos así? Hasta llegar aquí no hemos avanzado nada”.

La búsqueda de una **solución mágica inmediata**, una clave de cómo hacer, aspectos recurrentes que aparecían una y otra vez desde los primeros instantes. El reto, como

terapeutas, fue desidentificarse con ese objeto idealizado, omnipotente, todopoderoso, ofreciendo un modelo castrado pero no impotente para ayudarles. Transmitir la idea de que están en un proceso curativo activo, tratando de desmentir la falacia de un acto mágico-pasivo-curativo generado por la presencia de profesionales mesiánicos.

“Mi hija ha podido sentir falta de madre porque no he estado presente en muchos momentos y me siento muy culpable”, “Estamos hartos de buscar soluciones y no encontrarlas”, “Estoy enfadada con todo el mundo. Ver que tu hija no reacciona...”, “Me he sentido muy desamparada por la Unidad”, “Hoy me siento engañado. Nadie nos da una explicación”, “Nos sentimos totalmente desprotegidos”, “Deberían tranquilizarnos aquellos que tienen que responder las preguntas”, “los profesionales que están aquí tienen que venir aprendidos de casa como nosotros venimos llorados”.

No tardó en aparecer un sentimiento subyacente caracterizado por presentar altos niveles de **culpa persecutoria**. Dentro o fuera, daba igual.

El fantasma de la culpa ya revoloteaba por las casas y, por ende, terminó por aparecer en la sala de terapia. ¿A quién le tocará esta vez? ¿Será culpa de mi hija que es una caprichosa? ¿Seré yo que he sido un mal padre? ¿Serán los médicos inútiles que no saben curar?

Se establece un **clima de tensión, indefensión y frustración**. El sufrimiento se hizo presente de forma **indiscriminada**, por momentos difícil de sostener, surgiendo así la necesidad de señalar a un culpable con el que descargar toda angustia. En otras ocasiones, fueron los depositarios los propios integrantes de la familia (inclusive las hijas), ahora era la institución y, concretamente, el equipo coordinador.

¿De dónde sale tanto enfado y frustración? ¿Tendrá que ver con unas expectativas desproporcionadas? ¿Estarán funcionando bajo el supuesto básico de dependencia?

La culpa circula libre e inconsciente desplegando un halo mortífero que obstaculiza cualquier apertura hacia la salud. Poderoso sentimiento que encubre el desmedido juicio interno que los evalúa como padres. Ante la descrita situación, el objetivo pasaba por desactivar esta emoción primero, haciéndonos cargo de aquellas proyecciones indeseables a modo de objeto contenedor que, a pesar del importante monto de angustia, les seguiría atendiendo de manera constante, estable, previsible y accesible. Más tarde vino el tiempo de elaborar esa culpa a través de sus diversos significados.

“Mi enfado es conmigo misma porque no puedo mantenerla en la línea que yo quiero”, “Hay veces en las que no la veo como una enferma sino como una fresca. Me nace darle un zambombazo”, “He pensado muchas veces que no quiero a mi hija”, “No quiero a ese monstruo, imaginaros cómo me debo sentir”, “No le doy un beso porque no me da la gana”, “Mi hija no es como habías pensado que sería. Un sufrimiento continuo. Tú quisieras que las cosas fueran de otra manera y cuando ves que no son así te enfadas”.

La culpa como un sentimiento más fácil de admitir, mejor tolerado que el **enfado**. ¿Cómo puedo pensar siquiera que no quiero a mi hija? Conscientemente intolerable, mejor asumo el camino inconsciente de la culpa. Se vislumbran tentativas de legitimar ese enfado.

“A nadie le gusta tener este problema. Te privan de cosas”, “¿Cuántas cosas podríamos hacer y no hacemos por el miedo?”, “Qué impotencia no poder gestionar nuestra propia vida”, “Se nos está acabando la juventud y yo me niego a aceptarlo”, “Nuestra hija está perdida, no nos reconocemos. Solo vivimos para cuidarla”, “Dejé de trabajar hace 24 años.

Es como si ahora se lo echara en cara. No puedo verme como ama de casa con la edad que tengo”.

Enfado como emoción comprensible por todas aquellas **renuncias** que han debido realizar. La más evidente se da en el seno del propio grupo: les resulta imposible poder hablar de ellos mismos. Traen vidas vividas a través de sus hijas, como si se hubieran renunciado a la propia individualidad:

“La felicidad nuestra depende de que ellas estén bien y ella ahora veo que está volviendo a las andadas así que yo estoy mal”, “Ahora ella está más triste y eso lo impregna todo”, “Tú tienes dependencia conmigo y yo contigo pero es por la enfermedad”.

El enfado queda instalado como algo lícitamente permitido y aparece la necesidad de resolver el siguiente conflicto: ¿Son caprichosas o están enfermas? Como si tuvieran que elegir, como si lo uno anulara lo contrario, de forma excluyente.

“¿Qué he hecho yo para merecer esto? Esta niña a mí no me quiere”, “Me pide opinión pero luego hace lo que quiere, estoy cansada.”, “Hay veces que no puedo más y llego a explotar pero después me siento fatal”, “Mi hija tiene que ser perfecta para que alguien la quiera”, “Yo soy súper exigente en mi trabajo, pero a ella no le exijo nada”, “Nos gustaría saber qué nota nos ponéis al grupo”.

El enfado que se dirigió hacia fuera termina volviendo hacia uno mismo. Aspiración narcisista frustrada. Duda sobre su propia capacidad. Me enfado contra algo que he creado, que ha sido mi proyecto, algo en lo que he puesto mis pretensiones y deseos: mi propia hija. Por el camino importantes renunciaciones. La valía como padre o madre puesta al servicio del éxito o fracaso de sus hijas.

Se diseña el conflicto entre el ideal de padre o madre que cada uno trae con la persona real, imagen especular recibida a través de la interacción con sus hijas. Se les oye plenamente entregados en la ardua tarea de la paternidad. ¿Qué posibles carencias de sus propias historias tratan de suplir con esa entrega desmesuradamente incondicional? Nos preguntábamos con frecuencia.

En el transcurso de las sesiones observamos unos padres y madres faltos de respuestas, necesitados de reaseguración. Que sean validados como buenos padres.

¡Interesante analogía!

De la misma forma que las pacientes se preguntan si son suficientemente buenas hijas, los padres y madres se preguntan entre sí y a nosotros, si están a la altura. De **exigencias** va el asunto cargado.

“Pues yo soy la columna de mi casa, no puedo permitirme estar mal cada vez que ella está mal. Llega un momento en el que tienes que sacar fuerzas. Si me hundo procuro que ella no lo vea”, “Nuestro problema es que no podemos tenerla tan controlada como deberíamos”, “La lástima no sirve para nada, hay que cantarles las cuarenta”, “Siento mucha culpabilidad, como si no hubiese estado lo suficiente en el momento oportuno”.

Lo de la culpa tiene miga. No termina sólo en el enfado, la culpa tiene además una dobles vertiente: por un lado, da sensación de un **control omnipotente** “si esto depende de mí porque lo he causado yo, también soy yo quien puede solucionarlo”, por otro lado, cumple

una función paralizante, búsqueda incesante del **castigo merecido** “si yo he causado esto, me merezco todo lo que me está pasando, hasta la última gota”.

“Estamos viviendo una adolescencia eterna ¿Cuánto tiempo va a ser? ¿Toda la vida así?”, “Es difícil no verla como a una niña si es así como se comportan”, “A veces recuerdo a aquella princesa y sólo quiero que vuelva”, “No quiere que le celebremos los cumpleaños, no quiere crecer, es que no tendrían que haber crecido nunca”, “Con mi hija me relaciono como si siguiera siendo un bebé. La veo en una llamada de atención continua”, “Estoy ansiosa por no poder verla. Se me va de las manos aunque sé que se tiene que ir”.

Será frecuente presenciar la flagrante dramatización de los **duelos patológicos**, duelos que quedaron pendientes en el interior de los padres y que se estaban reeditando con la **separación adolescente**. Ahí la tarea de los terapeutas fue dirigida a tratar de encauzar esos duelos, estableciendo un cauce comunicativo que desactive la expresión afectiva a través de la actuación, favoreciendo la expresión, desde los padres, de aquellos sentimientos de impotencia, frustración y sufrimiento.

Sobre las dificultades para asumir la adultez de sus hijas, nosotros nos preguntamos: ¿Cuánto tiene que ver con las pacientes? ¿Cuánto tendrá que ver también con los padres y madres? ¿Cuánta adultez están dispuestos a tolerar unos y otros?.

Las niñas de las que tanto se habla, ya no son niñas. Trabajamos en la línea de que éstos puedan elaborar cuánto de sus propios conflictos como padres entran en contradicción con el hecho de que sus hijas sean adultas. Esa parte del trabajo les tocará a ellos, de forma ineludible.

¿Cómo de importante me siento yo si sigo tomando las decisiones por mi hija?

¿Qué función cumple para todos nosotros la enfermedad? Parece que para unas la función es captar el reconocimiento, la mirada, la reafirmación, de una manera muy primitiva, como si se les debiera años de crianza. Para otros sirve para mantener el privilegiado rol de figura importante e imprescindible. ¿Qué soy entonces más allá de una madre proveedora de cuidados?

“Cuando estaba mal la niña yo estaba más tranquila porque era lo normal, ahora la veo mejor y yo estoy nerviosísima pensando en cuándo volverá a recaer. La tranquilidad me produce estrés, la calma tensa”, “Miedo a que empeoren las cosas y a que no la atienda nadie”, “A lo mejor se accede más fácil a sus demandas por miedo a que se descompensen”, “Yo no tengo otro tema con ella que no sea la enfermedad”.

La **resistencia al cambio** no deja de acompañarnos en esta fase, más de lo que nos hubiera gustado. Por un parte, presenciamos el deseo compartido por todos de que se produzca por fin ese esperado *click* pero, por otra parte, **miedo** encubierto a lo que significará la recuperación. Cuando la mejoría asoma, rápidamente se rechaza.

Rehuyen hacerse cargo del propio trabajo que han iniciado. Cuando sus hijas van mal es por algún culpable (dentro o fuera) y cuando van bien es por el efecto de los otros (la institución, la universidad, un amigo o la pareja de turno).

Sin embargo, se atisba un cambio de fase en el horizonte. Se va notando el trabajo acumulado, estamos a las puertas de un salto cualitativo en la forma de procesar la información. Vemos cómo están *aprendiendo a pensar*. El dilema entre la culpa si la veo como enferma y el enfado si la veo como caprichosa, empieza a ser transformado en un complejo problema de múltiples respuestas. La situación invita a la apertura.

“El grupo es un momento de reflexión cada una consigo misma. ¿Habrá otra forma mejor de enfrentar la vida si conocemos la causa del problema?”, “No puedes cambiar el pasado pero sí la forma de mirarlo”, “¿Por qué hemos idealizado tanto el tema de la maternidad-paternidad si todos aquí parece que nos hemos criado solos?”.

❖ 4.2.1.2. La depresión de los padres.

El duelo, los padres de los padres, la idealización de la paternidad, las exigencias, la culpa, la transición a la individuación, la depresión y la internalización del grupo.

“Nosotros no lo sabemos pero algo ha tenido que suceder”, “Voy tirando como puedo, estoy mal aunque tenga que aparentar que estoy bien”, “Estoy mal porque hay muchas discusiones y me da pena el no poder tener con mi hija la relación que me gustaría”, “Cuando ves que el grupo no es lo que esperabas y que no te ayuda a curar a tus hijas viene la frustración”.

El primer **duelo** pasa por la verificación de que **el grupo no tiene una solución mágica** que va a salvar a la familia. Desde ahí, es habitual que, paulatinamente, se instaure un sentimiento de malestar que se va confundiendo con la imposibilidad de dar una salida saludable a la situación. En este escenario, es más que probable la aparición de descompensaciones en los padres que puedan sentir un empeoramiento clínico desde que vienen al grupo. Paradójicamente este testimonio nos alienta en la idea de que el proceso de los padres iba por el buen camino. Las pacientes pronto dejarían de ser el tapón que había evitado esas vivencias depresivas.

Cuando la función reflexiva en el grupo se hace presente de forma dominante, el grupo se convierte en un lugar propicio para la exploración de temáticas subyacentes que explican parte de las dinámicas relacionales establecidas en el seno de la familia. Es ahí cuando empezaron a relatar su conducta a través de lo vivido con sus propios padres. Hablamos de **los padres de los padres**:

“Teníamos una buena vida aunque nos dieran pocos besos nuestros padres”, “El miedo ha contribuido a la manera en la que hemos criado a nuestros hijos”, “Les hemos exigido mucho a nuestros hijos, mis padres nunca han hecho los deberes con nosotros”, “Parece que lo que no hemos podido disfrutar nosotros lo queremos que vivan ellas”, “Lo que nosotros no hemos tenido lo queremos y lo exigimos en ellas”, “De todo lo que a mí me han privado se lo he querido dar”, “El comportamiento que tengo yo con mi hija tiene mucho que ver con la historia que he tenido con mi madre”, “Recuerdo que mi madre no me dijo nunca que me quería y yo me prometí que no pararía de decírselo a mi hija”.

Oportunidad especial para que, en el espacio de lo grupal, el enfado se reformulara y, a modo de espiral dialéctica, fuera llevado hasta la **idealización de la paternidad** y las **exigencias** (tanto propias como ajenas). Herencia de lo vivido como hijos, ahora contribuye en la idea construida de lo que debería ser un padre-madre ideal.

“He estado pensando en qué puedo hacer para actuar de otra manera. Me siento culpable por ser tan exigente”.

La **culpa** no desaparece así como así, siempre encuentra el camino por donde hacerse presente. “Si mi hija está mal todo está mal”. Menuda carga depositar en los hijos el malestar de toda la familia. Personas que arrastran carencias de reconocimiento (entre otras) ahora, inconscientemente, tienen la carga de termometrar el bienestar de toda una familia. El hambre con las ganas de comer, casualmente.

Empiezan a aparecer nuevas temáticas de trabajo. Con la **transición a la individuación**, los encontramos (por fin) hablando de sí mismos y no a través de sus hijas.

Turno ahora de los **roles**. ¿Cuánto de su propia mirada induce los roles que tienen sus hijas? Qué difícil resulta romper esas estereotipias, esas representaciones preconcebidas.

El grupo se torna lugar de consuelo y acompañamiento. Pudimos deshacernos de ese objeto ideal que necesitaban.

“Quizás es mejor dejarla a su aire, antes que forzar. Asumirlo, resignarte. Llevamos tiempo sin hablar de la alimentación”, “Me ha costado asumir que esto puede no ser algo pasajero”, “¿Qué aliciente tendríamos si solo nos dedicásemos a cuidar de nuestras hijas?”, “Ves todo el sufrimiento que llevamos y te da mucha pena”, “He pensado muchas veces qué desastre de familia tengo. Pero estoy intentando liberarme de eso”, “Este espacio remueve mucho, te hace pensar, recapacitar, duele y desanima”, “Son el centro de nuestro universo y a veces nos olvidamos de nosotros mismos”, “Me ha costado muchos años darme cuenta de que no soy la madre que me hubiera gustado ser”, “Quería ser una madre guay que habla y abraza mucho a su hija pero no me gusta la madre que ha quedado”, “Me da mucha tristeza que mi hija me vaya a recordar así”.

La **depresión** de los padres invade el espacio grupal. La estábamos esperando. Tomar contacto con las carencias que cada uno ha podido vivir en sus historias y comprobar cómo ello afecta en la relación con sus hijas, es francamente doloroso.

Suplir con ellas lo que yo no tuve como hijo. Tanta renuncia para llegar a donde están.

La principal renuncia no está fuera sino dentro: renunciar a la idea que cada uno tenía del padre o madre ideales.

“El padre que todo lo tiene que saber”, “el padre inquebrantable que sabe guardar la compostura”, “el padre que sabe qué hacer en cada momento, cómo ayudar, cómo consolar”. Tremenda dosis de realidad. Necesario dolor para reelaborar su situación desde otro lugar.

Apreciamos entonces un salto cualitativo evidente. Alto nivel de trabajo y reflexión para con la tarea de *“aprender a pensar”*. Se está pasando de una vida vivida a través de los demás, a una vida donde cada uno es protagonista de lo que le ocurre.

La **resistencia al cambio** no nos abandonará tan fácilmente. Se percibe el **miedo** a las posibles consecuencias de la modificación de los vínculos con sus hijas. Lo familiar es tranquilizador, aunque esté cargado de sufrimiento. Abandonar el rol estereotipado es difícil. Cambiar, de entrada, significa perder. Deshacerse de un modo de funcionamiento que sirvió para poder sobrevivir. ¿Qué voy a hacer ahora? ¿Qué será de mí con esta nueva faceta?

A pesar de ello, se les va escuchando de forma muy diferente en relación a las primeras sesiones. Ya pueden pensar por sí mismos sin tener que hacerlo a través de sus hijas. Han sido capaces de superar lo superficial del problema (la relación con la comida), para plantearse qué cosas de uno mismo pueden estar poniéndose en juego en la enfermedad de sus hijas.

“A lo mejor no querías venir porque aquí se habla de las cosas que te han pasado en estos días”, “Ahora entiendo porqué mi hija hay días que no quiere venir a la unidad”, “Si me pasa algo siempre pienso que esto lo tengo que comentar en el grupo”, “Aquí nos sentimos acompañados. Me acuerdo mucho de los demás cuando estoy en mi casa”.

El **grupo** empieza a ser **internalizado** como lugar seguro y confiable. Espacio de **elaboración** para repensar cuestiones que antaño estaban claras: buenos y malos, ataques y fugas. Ahora se presta un espacio para reparar: *“Pienso en arreglar los errores del pasado”.*

La tarea del grupo de padres consistirá pues en favorecer los mayores niveles de contención de esos afectos depresivos. En esa línea, el alivio vendrá constituido por el restablecimiento de la comunicación hablada a nivel intrafamiliar, sustituyendo esta comunicación a la agonía persecutoria que provoca el lenguaje sintomático de las conductas. Los síntomas alimentarios en su oculto cometido de transmitir mensajes afectivos.

Queda desactivado así una parte del objetivo inconsciente de la sintomatología: el de ser un mensaje en clave para los padres; un mensaje de múltiples caras que hasta ahora estaba siendo canalizado a través del lenguaje no verbal.

❖ 4.2.1.3. La resolución del duelo.

La reorganización de los roles y los vínculos, la aceptación, las limitaciones y el resultado final.

“Le estoy intentando hacer ver que ella es la responsable de su vida”, “Creo que el vínculo tan fuerte con la madre es porque no quieren crecer. A lo mejor la respuesta es modificarlo, hacerlo más sano, no tan intenso”. “Quizás no se trate de romper el vínculo, sino de cambiarlo”.

En la fase final de ese grupo de padres se iba asistiendo al alivio progresivo de los familiares por la lenta desactivación (pero alentadora) de la sintomatología, producto del proceso en el grupo, independientemente de la evolución de sus hijas. Para algunas familias, la clínica alimentaria empezaba a dar paso a la salida de las hijas de las casas, al reencuentro con las relaciones sociales, los aspectos académicos y laborales volvían a estar en la mesa, y otros muchos asuntos. En otras familias, los restos de presencia sintomática eran significados ahora como el testimonio de no querer crecer con la complicidad de la simbiosis parental. Ahora ellos mismos podían interpretar la conducta y revelar el significado oculto de los síntomas de sus hijas.

Padres ahora instrumentados en el análisis minucioso de los **roles** y los **vínculos**, en sus múltiples significados, capaces de reorganizarlos de una forma más flexible, libre, genuina, saludable, no estereotipada y, por ende, más adaptativa.

“A lo mejor estoy aceptando que habrán momentos malos y buenos”, “Aceptándote a ti misma te va bajando la culpabilidad”, “Yo estoy intentando tomarme las cosas con más calma. Soy la madre y la persona que soy”, “He cambiado mis expectativas”, “Desde que estamos aquí, nuestra hija está peor pero nosotros estamos mejor; yo ahí veo un cambio”, “Las cosas no van a solucionarse solo gracias a mi. Me sirve mucho. Me encuentro más relajada”, “Estoy diferente, mejor. Estoy intentando comprenderla, hacía mucho tiempo que no la comprendía”, “Conseguí entenderla”, “Creo que me he acercado a ella”, “Si fuera tan fácil estarían las pautas escritas en un libro”, “Funciono algo mejor. He retomado aficiones que tenía abandonadas”, “Yo sigo sobreviviendo, conmigo misma más tranquila pero aceptando lo que tengo”, “Estoy modificando mi actitud, aceptando lo que le pasa a mi hija y las cosas en la casa parece que van mejor”, “Me ayuda el ver las actitudes positivas de cada uno de vosotros ante situaciones que puedo vivir yo también”.

La cultura del grupo se ha instalado como agente facilitador de cambios. Conjunto de integrantes que han aprendido a pensar. **Aceptación**, introspección, mayor capacidad analítica y, en definitiva, **aprendizaje**. Sujetos entrenados en significar conductas más allá de lo burdo y evidente. Menor angustia.

Pero no todo es oro lo que reluce: *“Y cuando se acabe esto, ¿qué? Todo el trabajo hecho puede quedar en saco roto”.*

Se acerca el final del grupo y se nota. Hacia el final del proceso reaparecieron aspectos como la frustración, la desmotivación, también el enfado y la rabia, expresados esta vez de forma más sofisticada. El final del grupo les recuerda de primera mano las **limitaciones** existentes en todos y cada uno de los integrantes. El grupo depositario en su día de infinitas e irreales expectativas, ahora se termina, ahora es terrenal. Fantasía similar a la sufrida por los propios padres y madres como objetos ideales e inalcanzables. Excelente oportunidad para que esos padres también puedan asumir también sus propias limitaciones.

“No estamos peor. Me ha servido mucho lo que he escuchado aquí, ahora estamos más tranquilas. Nos hemos ahorrado discusiones”, “Me está viniendo bien el pensar más en mí.”, “Cuando empezamos a pensar más en nosotros mismos bajan los niveles de culpabilidad”, “Cuando te vas de aquí y ves que a alguien le ha servido algo de lo que has dicho te vas más contento, con más ánimo”, “Me he dado cuenta de que si yo actúo de manera diferente, más tranquila, la situación se resuelve de otra manera”, “No está cambiando ella, estoy cambiando yo”, “Yo venía muerta de miedo, sola. Me llevo muchas herramientas para estar más tranquila”, “Podemos recordar las conversaciones que hemos tenido. Yo me acuerdo de ti y de alguna frase que has dicho y me ha servido”.

La labor del grupo en esta última etapa fue la de ir vertebrando la **aceptación** y el **resultado final de la experiencia**. El objetivo final, como cosecha definitiva de la experiencia, apuntó a la internalización del grupo como un acompañante interno, referente tanto en lo simbólico como en lo afectivo, espacio donde ir entretejiendo las experiencias que la vida les irá proporcionando.

5. DISCUSIÓN

Es necesario discutir algunos aspectos de gran importancia respecto a los hallazgos encontrados en nuestro trabajo.

La primera cuestión a abordar es la **discrepancia** entre los resultados hallados con el **análisis descriptivo** longitudinal y el **análisis cualitativo** a lo largo del proceso. Si bien demostrar la eficacia de la intervención nunca formó parte de los objetivos del presente trabajo, teníamos la firme convicción de que el impacto de la intervención grupal en los integrantes del grupo, claramente visible en los resultados del análisis cualitativo, hubiera estado respaldado también por la evaluación estadística de los distintos cuestionarios pasados al inicio y al final de la experiencia grupal.

Esta circunstancia nos lleva al desarrollo de las **limitaciones** del trabajo, halladas especialmente en su apartado metodológico en lo que a los **instrumentos empleados** se refiere.

Por un lado, señalamos la pérdida de potencia que suponen las caídas de los integrantes a lo largo del proceso: tres integrantes dejaron de asistir de un conjunto inicial de doce, dejando el tamaño de la población a evaluar con una muestra muy mermada. Siguiendo las directrices dadas por el encuadre, al ausentar a más del 50% de las sesiones en un trimestre fueron excluidos del proceso.

Por otro lado, hallamos enormes dificultades para encontrar escalas validadas que evaluaran cuantitativamente el efecto terapéutico de los grupos en sus integrantes. Ello nos llevó a seleccionar, como plausible alternativa, los cuestionarios ZARIT y APGAR familiar, siendo ambos instrumentos ampliamente utilizados en la clínica para evaluar sobrecarga del cuidador y funcionamiento familiar percibidos (respectivamente). Dentro del propio cuestionario ZARIT encontramos, a posteriori, limitaciones en cuanto a su validez externa debido a importantes diferencias existentes entre el cuestionario validado en España y el validado para el resto de países. En España la escala se codifica del “1 al 5” para las distintas respuestas y para el resto de países “del 0 al 4”. Esta situación parece ser el resultado de la traducción validada que se empleó en un primer momento en España y que se ha mantenido en el tiempo de forma tradicional, circunstancia que dificulta enormemente la comparación de resultados entre España y el resto del planeta. En el mismo cuestionario ZARIT hallamos además limitaciones para discriminar el espectro de la normalidad y lo patológico. El propio autor del cuestionario original nunca hizo mención a las distintas categorías mencionadas, ciñéndonos a aquellos puntos de corte utilizados en el estudio de Martin (1996) realizado sobre una muestra de 92 cuidadores de pacientes ancianos en un centro psicogeriatrico, muestra que, por otra parte, poco o nada tiene que ver con la empleada en nuestro trabajo.

Especial mención requiere, también como limitación, el análisis cualitativo realizado a lo largo del proceso. Entendemos que, al no ser un grupo organizado en torno a unas pautas o directrices objetivas a trabajar por sesión de forma preestablecida, pueda ser difícil replicar los resultados obtenidos siguiendo el mismo método seleccionado, sobre todo en un proceso que gira en torno al análisis del material inconsciente producido por la interacción de los integrantes del grupo entre sí, con el equipo coordinador y con la tarea. Por su propia

naturaleza, el material inconsciente producido por un grupo sería diferente para cada ocasión y para cada equipo terapéutico, aun manteniendo la misma tarea. Esta situación, obstáculo principal que acompaña al psicoanálisis desde sus inicios, convierte la intervención en un sistema de carácter cerrado, ampliamente dependiente de la formación, experiencia y subjetividad del equipo coordinador, poniendo en tela de juicio la validez científica de la intervención donde ninguna evidencia puede ser refutada porque no conlleva ninguna consecuencia comprobable. A pesar de ello, desde los orígenes del psicoanálisis se ha ayudado a los pacientes a resolver problemas, entendiendo como tales a angustias y miedos ilógicos, ideas extrañas, manifestaciones inexplicables y otros comportamientos ambivalentes. Inclusive el psicoanálisis ha convertido en problemas lo que no era percibido por el paciente como tal, como primer paso para empezar a resolverlos. De hecho, dentro de las prácticas que se desarrollan en la interfase con la medicina, la misma teoría psicoanalítica ha brindado herramientas para comprender las razones por las que muchos pacientes realizan cambios y se sienten ayudados por mecanismos identificatorios y de aprendizaje.

Es desde ahí donde remarcamos, con el análisis cualitativo por bandera, la principal **fortaleza** de la intervención, habiendo cumplido todos y cada uno de los objetivos específicos propuestos: el grupo de padres permitió la creación de un espacio de drenaje, contención, sostén, exploración y resolución de conflictos. En el proceso se dio un lugar para promover el cambio interno obteniendo los integrantes relaciones consigo mismo y los demás más satisfactorias. El espacio les permitió el reconocimiento y diferenciación de los aspectos enfermizos y saludables, les facilitó la reorganización de roles entre los distintos miembros de la familia de una manera más adaptativa, así como les actualizó una visión más realista de su propia función como padres o madres, pudiendo intervenir directamente sobre expectativas frustradas y sentimientos de fracaso y agresividad frente a la propia incapacidad percibida. El grupo se convirtió en un ambiente idóneo para la elaboración de angustias.

Espacio este fundamental para unos familiares de pacientes con una patología que, sobradamente, extravasa en su génesis, precipitación y mantenimiento a lo exclusivamente individual.

A modo de **conclusión**, se considera la intervención propuesta de una enorme valía como herramienta para el abordaje integral y complementario de una patología de semejante complejidad multifactorial como son los TCA. Es conocido que la escucha y la comprensión de lo que le sucede a una persona constituye en sí misma un mecanismo de ayuda. Sin embargo, ya sea porque se subestima o se sobreentiende la importancia de los mecanismos vinculados a cómo ayudar, no suele ser tema de estudio e investigación como sí lo es en otros modelos de psicoterapia. En contraposición, proponemos para nuestra siguiente intervención grupal, el empleo de la “Escala de Funcionamiento Grupal”, *EFG-25*, como principal instrumento de medición cuantitativo del efecto terapéutico grupal, incluyendo la evaluación sobre el propio equipo coordinador (Zuckerfeld, 2003). De esta manera, en connivencia con lo propuesto por este mismo autor, abrimos un nuevo interrogante sobre si la mejoría o ayuda percibida a través de un proceso psicoterapéutico grupal es valorada de distinto modo por los integrantes del grupo y los terapeutas. La EFG-25 nos permitirá además seguir indagando sobre qué mecanismos de la intervención grupal producen la citada mejoría.

En esa línea, para **aplicaciones futuras**, se estima conveniente seguir estableciendo puentes entre el cuerpo teórico empleado y la validez científica en aras de afianzar, reconocer y, en definitiva, poder replicar, la intervención diseñada en otros grupos de terapia.

Se torna entonces de vital importancia el desarrollo de nuevas líneas de investigación que ahonden en el análisis cuantitativo del efecto producido por las terapias grupales de vertiente psicodinámica, incluyendo al equipo coordinador también como objeto de estudio. Para ello, se requerirá en los psicoanalistas el desarrollo de una actitud no prejuiciosa y una tarea introspectiva (que el mismo psicoanálisis propone), debiendo revalorizar la concepción de investigación como permanente puesta a prueba de las certezas frente a los desafíos que la clínica actual plantea.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Amianto, F., Marzola, E. & Fassino, S. (2010). Attachment insecurity, personality, and body dissatisfaction in eating disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(7), 520–524.

<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e4c6f7>

Alvarez, L., González, A. & Muñoz, P. (2008). El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo. *Gaceta sanitaria*, 22(6), 618–619.

[https://doi.org/10.1016/s0213-9111\(08\)75365-2](https://doi.org/10.1016/s0213-9111(08)75365-2)

American Psychiatric Association. (2018). *Dsm-5: Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales* (5.^a ed.). Editorial Medica Panamericana S.A.

Amianto, F., Daga, G., Bertorello, A., & Fassino, S. (2013). Exploring personality clusters among parents of ED subjects. Relationship with parents' psychopathology, attachment, and family dynamics. *Comprehensive psychiatry*, 54(7), 797–811.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.005>

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 724–731.

<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>

Bachelard G. (1960). *Le nouvel esprit scientifique*. Editorial PUF.

Balello L. y Fischetti R. (2014). La noción de emergente. Dialéctica del uno y de la multiplicidad. *Area 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*.

Recuperado de:

<http://www.area3.org.es/uploads/a3-18-nociondeemergenteLBalello-RFischetti.pdf>

Bauleo A., Monserrat A & Suárez F. (2005). *Psicoanálisis operativo; a propósito de la grupalidad*. Editorial Atuel/Parusia.

Beato, L., Rodríguez, T., Belmonte, A. & Martínez, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents. A Spanish community-based longitudinal study. *European child & adolescent psychiatry*, 13(5), 287–294.

<https://doi.org/10.1007/s00787-004-0407-x>

Beck, D., Casper, R., & Andersen, A. (1996). Truly late onset of eating disorders: a study of 11 cases averaging 60 years of age at presentation. *The International journal of eating disorders*, 20(4), 389–395.

[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199612\)20:4](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199612)20:4)

Bergh, C., & Södersten, P. (1998). Anorexia nervosa: rediscovery of a disorder. *Lancet (London, England)*, 351(9113), 1427–1429.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(97\)12033-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(97)12033-5).

Bion, W. (1970). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires. Hormé.

Bollas, C. (1987). *La sombra del objeto Psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Amorrortu Editores.

Boluarte, A., Paredes, R., & Tafur, A. (2022). Psychometric Properties of the Zarit Burden Interview in Informal Caregivers of Persons With Intellectual Disabilities. *Frontiers in psychology*, 13, 792805.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.792805>

Brown, Z., & Tiggemann, M. (2016). Attractive celebrity and peer images on Instagram: Effect on women's mood and body image. *Body image*, 19, 37–43.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.08.007>

Bruch H. (1973). *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within*. Editorial Basic Books.

Bulik, C., Marcus, M., Zerwas, S., Levine, M. & La Via, M. (2012). The changing "weightscape" of bulimia nervosa. *The American journal of psychiatry*, 169(10), 1031–1036.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12010147>

Bulik, C., Sullivan, P., Fear, J. & Pickering, A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding. *The International journal of eating disorders*, 28(2), 139–147.
[https://doi.org/10.1002/1098-108x\(200009\)28:2](https://doi.org/10.1002/1098-108x(200009)28:2)

Caparrós, N. & Sanfeliu, I. (2004). *La anorexia. Una locura del cuerpo*. Editorial Biblioteca Nueva.

Castillo, M. & Weiselberg, E. (2017). Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 47(4), 85–94.
<https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.004>

Charles M. (2021). Meaning, metaphor, and metabolization: the case of eating disorders. *American journal of psychoanalysis*, 81(4), 444–466.
<https://doi.org/10.1057/s11231-021-09324-9>

Cifuentes R., Suárez V., Suárez F. & Tarí A. (2014). El emergente en la Concepción Operativa de Grupo. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*. ISSN

1886-6530.

Recuperado de: <http://www.area3.org.es/uploads/a3-18-emergenteCOG.pdf>

Cifuentes R. & Suárez V. (2015). Conversando sobre interpretación. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*.

Recuperado de: <http://www.area3.org.es/uploads/a3-19-conversando-RCifuentes-VSuarez.pdf>

Crisp, A., Palmer, R., & Kalucy, R. (1976). How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 128, 549–554.

<https://doi.org/10.1192/bjp.128.6.549>

Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D., & Mitchell, J. E. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *The American journal of psychiatry*, 166(12), 1342–1346.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020247>

De Felipe V., Vázquez E. & Simón V. (2019). La psicoterapia grupal operativa psicoanalítica como tratamiento de elección en la Unidad de Salud Mental. Evaluación del proceso a través de los factores terapéuticos grupales. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*.

Recuperado de:

<http://www.area3.org.es/uploads/a3-23-Evaluacionfactoresterapeuticos-VdeFelipe-etall.pdf>

Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H., & Davies, B. (2005). Identifying dieters who will develop an eating disorder: a prospective, population-based study. *The American journal of psychiatry*, 162(12), 2249–2255.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2249>

Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509–528.

[https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)

Fassino, S., Amianto, F. & Abbate-Daga, G. (2009). The dynamic relationship of parental personality traits with the personality and psychopathology traits of anorectic and bulimic daughters. *Comprehensive psychiatry*, 50(3), 232–239.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.07.010>

Fassino, S., Daga, G., Pierò, A., Leombruni, P. & Rovera, G. (2001). Anger and personality in eating disorders. *Journal of psychosomatic research*, 51(6), 757–764.

[https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(01\)00280-x](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00280-x)

Fichter, M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. (2008). Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: relevance for nosology and diagnostic criteria. *The International*

journal of eating disorders, 41(7), 577–586.

<https://doi.org/10.1002/eat.20539>

Fisher CA, Skocic S, Rutherford KA, & Hetrick SE. (2019). Family therapy approaches for anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. Art. No.: CD004780.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004780.pub4>

Foladori, H. (1990). Hacia una teoría de lo emergente en grupo operativo. *Revista “Ilusión Grupal”*, nº3.

Recuperado de:

<https://horaciofoladori.cl/wp-content/uploads/2021/09/ilusion-3-comprimido.pdf>

Freud S. (1979). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Editorial Buenos Aires.

Freud S. & Breuer J. (1895). *Estudios sobre la histeria*. Alianza Editorial.

Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Editorial médica Panamericana.

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, 109(5), 1402–1413.

<https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>

Gandarillas A., Zorrilla B., Sepúlveda A. & Muñoz P. (2003). Prevalencia de casos clínicos de trastornos del comportamiento alimentario en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Madrid: Documentos Técnicos de Salud Pública, nº 85. Instituto de Salud Pública.

García Badaracco, J. (1989). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Editorial Tecnipublicaciones.

García, M., Mateo, I. & Maroto G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres [Impact of caregiving on women's health and quality of life]. *Gaceta sanitaria*, 18 Suppl 2, 83–92.

<https://doi.org/10.1157/13061998>

García-Camba, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Editorial Masson.

Gear M. & Liendo E. (1974). *Psicoterapia estructural de la pareja y del grupo familiar*. Editorial Nueva Visión.

Gismero, M. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención.

Revista de Psicoterapia, 31(115), 33-47.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.354>

Grier J. & Miller J. (1989). *Teoría general de los sistemas*. Editorial Salvat.

Gonzalez, A., Kohn, M. & Clarke, S. (2007). Eating disorders in adolescents. *Australian family physician*, 36(8), 614–619.

Harlow, H. (1958). *The nature of love*. *American Psychologist*, 13, 673.

Hausenblas, H., Campbell, A., Menzel, J., Doughty, J., Levine, M. & Thompson, J. (2013). Media effects of experimental presentation of the ideal physique on eating disorder symptoms: a meta-analysis of laboratory studies. *Clinical psychology review*, 33(1), 168–181.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.011>

Herpertz-Dahlmann B. (2015). Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 24(1), 177–196.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.08.003>

Huas, C., Caille, A., Godart, N., Foulon, C., Pham-Scottez, A., Divac, S., Dechartres, A., Lavoisy, G., Guelfi, J. D., Rouillon, F. & Falissard, B. (2011). Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nervosa patients. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 123(1), 62–70.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01627.x>

Jacobi, C., Fittig, E., Bryson, S., Wilfley, D., Kraemer, H. C. & Taylor, C. B. (2011). Who is really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and full syndrome eating disorders in a high-risk sample. *Psychological medicine*, 41(9), 1939–1949.
<https://doi.org/10.1017/S0033291710002631>

Jagielska, G., & Kacperska, I. (2017). Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. Przebieg choroby, współchorobowość i czynniki rokownicze w jadłowstręciu psychicznym. *Psychiatria polska*, 51(2), 205–218.
<https://doi.org/10.12740/PP/64580>

Jeammet, P. (1989). *Psicopatología de los trastornos de la conducta alimentaria durante la adolescencia. Valor heurístico del concepto de dependencia*. *Confrontationes psychiatricas*.

Jiménez, L., Hidalgo, V., Baena, S., León, A., & Lorence, B. (2019). Effectiveness of Structural-Strategic Family Therapy in the Treatment of Adolescents with Mental Health Problems and Their Families. *International journal of environmental research and public health*, 16(7), 1255.
<https://doi.org/10.3390/ijerph16071255>

Kassett, J., Gwirtsman, H., Kaye, W., Brandt, H. & Jimerson, D. (1988). Pattern of onset of bulimic symptoms in anorexia nervosa. *The American journal of psychiatry*, 145(10),

1287–1288.

<https://doi.org/10.1176/ajp.145.10.1287>

Keel, P., & Brown, T. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 43(3), 195–204.

<https://doi.org/10.1002/eat.20810>

Kestenberg E. & Decoubert T. (1976). *El hambre y el cuerpo*. Espasa Calpe.

Keys A., Brozek J., Henschel A., Michelsen O. & Taylor H. (1950). The biology of human starvation. *University of Minnesota Press*.

Lameiras M., Calado M., & Rodriguez Y. (2005). *Trastornos de la Conducta Alimentaria y la exposición a los medios de comunicación en chicas adolescentes*. Universidad de Vigo. Disponible en:

https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE009_2.pdf

Lewin K. (1948). *Dynamics of group action*. Editorial Harper.

Liechty, J., & Lee, M. (2013). Longitudinal predictors of dieting and disordered eating among young adults in the U.S. *The International journal of eating disorders*, 46(8), 790–800. <https://doi.org/10.1002/eat.22174>

Lock J. (2019). Updates on Treatments for Adolescent Anorexia Nervosa. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 28(4), 523–535.

<https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.001>

MacKenzie R. (2002). *Psicoterapia Breve di Gruppo*. Editorial Erickson.

Martín M., Salvadó I., Nadal S., Miji L., Rico J. & Lanz P. (1996). *Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit*. *Rev Gerontol*.

Marucci, S., Ragione, L., De Iaco, G., Mococchi, T., Vicini, M., Guastamacchia, E. & Triggiani, V. (2018). Anorexia Nervosa and Comorbid Psychopathology. *Endocrine, metabolic & immune disorders drug targets*, 18(4), 316–324.

<https://doi.org/10.2174/1871530318666180213111637>

Mayorga, C., Gallardo, L., & Galvez, J. (2019). Psychometric properties of APGAR-family scale in a multiethnic sample of Chilean older people. *Revista médica de Chile*, 147(10), 1283-1290.

<https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872019001001283>

Miller, K., Grinspoon, S., Ciampa, J., Hier, J., Herzog, D. & Klibanski, A. (2005). Medical findings in outpatients with anorexia nervosa. *Archives of internal medicine*, 165(5), 561–566.

<https://doi.org/10.1001/archinte.165.5.561>

Minuchin S., Rosman B. & Baker B. (1978). Psychosomatic Families: anorexia nervosa in context. *Havard University Press*.

Morandé, G., Celada, J., & Casas, J. (1999). Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 24(3), 212–219.

[https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(98\)00025-1](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(98)00025-1)

Morandé, G., Graell, M. & Blanco, A. (2014). *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: Un enfoque integral* (1.^a ed.). Editorial Médica Panamericana.

Oltra, J., Espert, R. & Rojo, L. (2012). Neuropsychology and anorexia nervosa. Cognitive and radiological findings. *Neurologia (Barcelona, Spain)*, 27(8), 504–510.

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2011.08.003>

Pampliega, A (2008). *Introducción sobre Teoría de la Enfermedad Única de Enrique Pichón-Rivière*. Revista Area3. Cuadernos de temas grupales e institucionales. Número 12. Recuperado de: <http://www.area3.org.es/Uploads/a3-12-SeminarioTEU-Quiroga.pdf>

Patton, G., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J., & Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ (Clinical research ed.)*, 318(7186), 765–768.

<https://doi.org/10.1136/bmj.318.7186.765>

Paolini, E. (1977). El concepto de necesidad en la Teoría de la Enfermedad Única. Revista Clínica y Análisis Grupal. Año II, número 2.

Paolini, E., Morandé G. & Graell M. (2000). *El grupo de padres en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria*. Rev clínica y Análisis grupal; 22:75-84.

Paolini, E. (2020). *Psicoterapia de grupo, enfermedad única y anorexia*. Editorial Círculo Rojo.

Pauli-Pott, U., Becker, K., Albayrak, Ö., Hebebrand, J. & Pott, W. (2013). Links between psychopathological symptoms and disordered eating behaviors in overweight/obese youths. *The International journal of eating disorders*, 46(2), 156–163.

<https://doi.org/10.1002/eat.22055>

Peláez Fernández, M., Raich, R. & Labrador, F. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1(1), 62-75. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232010000100007&lng=es&tlng=es.

Perez, M. (1995). Observación de bebés: relaciones emocionales en el primer año de vida. Editorial Paidós Ibérica.

Pichon-Rivière, E. (1980). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires. Argentina. Nueva Visión.

Pichon-Rivière, E. (1980). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires. Nueva Visión.

Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. (2000). *The American journal of psychiatry*, 157(1 Suppl), 1–39.

Puertas, P. (2002). *El grupo de anoréxicas: una alternativa nutritiva*. Asociación para la promoción de la Salud de Niños Adolescentes.

Rojo, L., Plumed, J., Conesa, L., Vaz, F., Diaz, M., Rojo-Bofill, L., & Livianos, L. (2012). Los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones sobre nosología, etiopatogenia y tratamiento en el siglo XXI [Eating disorders: Considerations on nosology, etiology and treatment in the XXI century]. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 5(3), 197–204. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.02.002>

Rosenthal, J. (1983). *Acerca de la Teoría de la Enfermedad Única*. Revista Temas de Psicología Social, año VI, número 5.

Rosolato, G. (1975). *L'axe narcissique des dépressions*. Nouvelle Revue de Psychanalyse. Gallimard.

Rubinstein A. & Terrasa S. (2006). *Herramienta Clínica en Medicina Familiar*. Editorial-Panamericana.

Ruiz-Lázaro, P. (2003). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31, 85- 94.

Saiphoo, A. & Vahedi, Z. (2019). A meta-analytic review of the relationship between social media use and body image disturbance. *Computers in human behavior*, 101, 259-275. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.07.028>

Santa María A., López-Botet M., Vázquez E. & De Felipe V. (2020). Acercamiento a la Concepción Operativa a través de la figura del observador. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*. Recuperado de:
<http://www.area3.org.es/uploads/a3-24-observadorCOG-VVAA.pdf>

Serna, I de la (1998). *Comer no es un placer*. Madrid. Editorial Lifulinter.

Smilkstein G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of family practice*, 6(6), 1231–1239.

Smink, F., Van Hoeken, D. & Hoek, H. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*, 14(4), 406–414.
<https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>

Steinhausen H. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *The American journal of psychiatry*, 159(8), 1284–1293.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284>

Steinhausen, H., & Weber, S. (2009). The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *The American journal of psychiatry*, 166(12), 1331–1341.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040582>

Strada, G. (2002). *El desafío de la anorexia*. Editorial Síntesis.

Suárez F. (2015). Interpretación y aprendizaje. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*.
Recuperado de:
http://www.area3.org.es/uploads/a3-19-interpretacionyaprendizaje-FSuarez_2.pdf

Suárez M. & Alcalá M. (2014). Apgar familiar: una herramienta para detectar la disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 20(1), 53-57.

Tarí A. (2014). Esquema sobre interpretación. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*.

Tartaglini F., Feldberg C., Hermida P., Heisecke S., Dillon C., Ofman S., Nuñez M. & Somale V. (2020). Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores familiares residentes en Buenos Aires, Argentina. *Neurología Argentina*. Volume 12, Issue 1.
<https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2019.11.003>

Tiggemann, M., & Slater, A. (2017). Facebook and body image concern in adolescent girls: A prospective study. *The International journal of eating disorders*, 50(1), 80–83.
<https://doi.org/10.1002/eat.22640>

Tiggemann, M., & Zaccardo, M. (2015). "Exercise to be fit, not skinny": The effect of fitspiration imagery on women's body image. *Body image*, 15, 61–67.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.06.003>

Toro J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Editorial Ariel.

Toro J. y Vilardel E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona. Editorial Martínez Roca.

Treasure, J. & Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of eating disorders*, 1, 13. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-13>

Treasure, J. & Cardi, V. (2017). Anorexia Nervosa, Theory and Treatment: Where Are We 35 Years on from Hilde Bruch's Foundation Lecture?. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 25(3), 139–147. <https://doi.org/10.1002/erv.2511>

Vilariño P., Unzeta B., Uría T., Pérez C. & Guerra E. (2019). Joing forces: Multifamily groups in the approach of eating disorders. *Revista Clínica Contemporánea*, 10, e12, 1-18 <https://doi.org/10.5093/cc2019a9>

Vinogradov, S. & Yalom, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Editorial Paidós.

Vitaliano, P., Young, H. & Russo, J. (1991). Burden: a review of measures used among caregivers of individuals with dementia. *The Gerontologist*, 31(1), 67–75. <https://doi.org/10.1093/geront/31.1.67>

Volpe, U., Tortorella, A., Manchia, M., Monteleone, A. M., Albert, U., & Monteleone, P. (2016). Eating disorders: What age at onset?. *Psychiatry research*, 238, 225–227. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.048>

Whitehouse, A., Cooper, P., Vize, C., Hill, C., & Vogel, L. (1992). Prevalence of eating disorders in three Cambridge general practices: hidden and conspicuous morbidity. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 42(355), 57–60.

Winnicott D. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Editorial Paidós.

Zarit S., Reever K. & Bach-Peterson J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

Zukerfeld, R. (2003) “Psicoanálisis y Dispositivos Grupales: Ayuda y Prejuicios Teóricos” *Revista del Instituto de Altos Estudios en Psicología y Ciencias Sociales: Subjetividad y procesos cognitivos*. vol. 3: “*Investigaciones en Psicoterapia*”, 211-228.

7. ANEXOS

7.1. Anexo 1: HOJA INFORMATIVA SOBRE EL GRUPO DE PSICOTERAPIA (MacKenzie, 2002).

PRIMERAS INFORMACIONES

Esta hoja informativa se dirige a los pacientes que inician, o que están tomando en consideración iniciar, una terapia de grupo. Para las personas que comienzan la terapia de grupo es útil tener nociones generales sobre cómo los grupos pueden ayudar y sobre cómo sacar las mayores ventajas posibles de esta experiencia.

La terapia de grupo es diferente de la terapia individual porque en aquella muchos de los acontecimientos útiles se producen entre los participantes y no sólo con el terapeuta. Este es uno de los motivos por los que es importante que todos los participantes reciban una preparación general antes de comenzar. Está usted invitado a leer atentamente este material y a sentirse en libertad de discutir cualquier parte con su terapeuta.

Los temas presentados en esta hoja informativa son también útiles para hablarlos durante las primeras sesiones del grupo.

¿Los grupos ayudan verdaderamente a las personas?

La terapia de grupo está ampliamente difundida y ha sido practicada durante decenios. A veces, es usada como principal y único método terapéutico: este es el caso, sobre todo, de los pacientes ambulatorios. Otras veces se usa como parte de un enfoque terapéutico que puede incluir la terapia individual, la farmacológica y otras modalidades.

La investigación ha demostrado que la terapia de grupo es tan eficaz como la individual. Lo que caracteriza la terapia de grupo es que en ella debe formarse una atmósfera de grupo y los participantes deben conocerse recíprocamente antes de que el grupo pueda funcionar y ser eficaz. La mayor parte de las personas han participado en algunos tipos de grupos no terapéuticos; por ejemplo, en la escuela, en la iglesia o en actividades de comunidad. Los grupos terapéuticos tienen muchas características similares a estos grupos: la diferencia es que en un grupo terapéutico el terapeuta tiene la responsabilidad de garantizar que todos los participantes permanezcan concentrados y trabajen sobre los objetivos.

¿Cómo funciona la terapia de grupo?

La terapia de grupo se basa sobre la idea de que muchas de las dificultades que las personas deben afrontar en su vida pueden ser consideradas problemas en las relaciones con los otros. Durante la infancia, nosotros aprendemos los modos de interactuar y de resolver los problemas.

En general, estos primeros modelos son aplicados después en las relaciones adultas. Alguna vez, estas modalidades, a pesar de las buenas intenciones, no son tan eficaces como se espera.

Los grupos ofrecen una oportunidad de conocer mejor estos modelos interpersonales. Muy a menudo, los síntomas, como la ansiedad y la tristeza, los sentimientos negativos respecto a sí

mismo o un sentimiento general de insatisfacción hacia la vida, reflejan relaciones significativas no satisfactorias.

MITOS EQUIVOCADOS SOBRE LA TERAPIA DE GRUPO

1. Aunque los grupos permiten tratar los problemas de más personas a la vez, esto no significa que la terapia de grupo sea menos válida que los enfoques individuales. De hecho, está demostrado que la mayor parte de las "terapias verbales" son igualmente eficaces.
2. Algunas personas temen que un grupo terapéutico sea una especie de confesionario obligatorio en el que deben revelar todos los detalles de su vida. Esto no ha de ser así: las confidencias y la confianza crecen a la par. En general, los grupos hablan de los modelos relacionales y del significado que estas relaciones tienen para ellos y por esto, a menudo, no es necesario llegar a conocer los detalles específicos. Será el participante quien decida cuanto se siente capaz de revelar de sí mismo y de su vida personal. Los detalles como dar a conocer el apellido, donde vive o trabaja, etc., no son necesarios para una eficaz implicación en el grupo.
3. Algunas personas temen que, relacionándose con personas con dificultades, acaben por empeorar de sus problemas. Esta idea de que “quien va con un cojo al año si no cojea, renquea” es comprensible, pero en la práctica la persona se da cuenta de que hablar de los propios problemas es muy útil y descubre que otros tienen problemas similares al suyo, sintiéndose más segura. Muchos pacientes en terapia de grupo se sorprenden al descubrir que tienen cosas que dar a los demás.
4. Algunas personas temen que los participantes puedan perder el control, ser aplastados por el sufrimiento y volverse destructivos. Esto sucede muy raramente y el terapeuta tiene la responsabilidad de regular el tono emotivo, que no debe ser ni demasiado bajo, porque impediría al grupo trabajar, ni demasiado alto.
5. La idea de entrar en un grupo terapéutico suscita en algunas personas el temor de ser rechazadas o excluidas por los otros participantes del grupo, de ser juzgadas o de poder perder el propio sentido de sí mismo y de dejarse arrastrar contra la propia voluntad. Estos temores son perfectamente comprensibles y en realidad casi todos los experimentamos en una cierta medida cuando entramos en un grupo. Es importante hablar rápidamente de este tipo de miedos en el grupo, para que así puedan ser comprendidos y superados.

Cómo obtener lo mejor de la terapia de grupo.

1. Cuanto más logres implicarte en el grupo, más beneficio sacarás. En particular, trata de identificar el tipo de cosas que te hacen estar mal o te molestan. Trata de ser lo más abierto y sincero posible en aquello que digas. El tiempo del grupo es precioso; es un lugar en el que trabajar sobre los problemas serios y no simplemente un lugar en el que transcurre el tiempo. Escucha bien aquello que las personas dicen, piensa en qué cosa intentan decir y trata de encontrar un significado. Puedes ayudar a los otros diciéndoles qué piensas de lo que dicen y qué efecto te han producido. Muchos de los problemas discutidos en un grupo son cuestiones humanas comunes con las cuales podemos identificarnos todos. Al mismo tiempo, escucha bien también aquello que los otros dicen en el grupo sobre ti. Este proceso de aprendizaje de los otros es un importante modo de crecer a través de la experiencia de grupo.

2. El grupo puede ser considerado como un “laboratorio vivo” de relaciones, donde puedes experimentar nuevas formas de actuar con las personas y correr también riesgos. Eres un elemento responsable del grupo y puedes ayudar a convertirlo en una experiencia eficaz para todos.
3. Trata lo mejor que puedas de traducir tus reacciones interiores en palabras. El grupo no es una formalidad donde todo debe suceder según reglas socialmente correctas. Es un lugar donde se trata de explorar el significado de lo que está sucediendo y de las reacciones interiores que suscita.
4. Recuerda que el modo en que las personas dicen las cosas es tan importante como aquello que dicen. Mientras escuches a los otros y mientras reflexiones sobre aquello que tú mismo has dicho, trata de descubrir qué otros mensajes, más allá de las palabras, han sido transmitidos. Alguna vez el significado de las palabras no corresponde al tono de la voz o a la expresión de la cara.
5. Ya que el grupo es un lugar para aprender de la experiencia, es importante concentrarse sobre lo que está sucediendo entre los participantes y entre cada uno de ellos y el terapeuta. A menudo, captar estas relaciones aporta nueva luz y ayuda a comprender las relaciones externas al grupo. Muchas personas encuentran una cierta utilidad en el pensar en sí mismas en términos de cuánto saben o no saben sobre sí mismos y los otros de ellos. Una tarea del grupo consiste en tratar de ampliar la sección definida **conocimiento público** a través de tres métodos principales: (1) Hablar de cosas que tienen que ver contigo y que normalmente tienes escondidas, o de tus pensamientos sobre los demás (*autorevelación*); (2) escuchar aquello que los otros dicen con relación a aquello que podrían ser tus puntos oscuros (*recibir feedback*); (3) escuchar bien y reflexionar atentamente para poder captar algo más sobre ti mismo (introspección personal, “*insight*”).

DIFICULTADES COMUNES

1. Es normal que participar en un grupo cree un poco de ansiedad: casi todos, antes o después, se sienten más o menos ansiosos. Para afrontar estas ansiedades, es útil hablar de ellas lo más rápidamente posible. Esta es una buena demostración de la utilidad de hablar de las cosas para así poder esclarecerlas y reducir las correspondientes tensiones.
2. El papel del terapeuta es animar a los participantes a hablar y ayudar al grupo a permanecer concentrado sobre los objetivos importantes; la función no es suministrar repuestas a problemas específicos. Una de las cosas que experimentará un grupo es aprender a sacar beneficio del proceso de hablar con otras personas y no solo de obtener respuestas.
3. Trata de verbalizar la relación entre tus reacciones y emociones y aquello que está sucediendo entre ti y las otras personas ya sea en el grupo como al exterior de éste. Es absolutamente normal ser emotivos. Este proceso de tratar de comprender las reacciones y los síntomas en función de las relaciones es muy importante.
4. Después de la excitación de las primeras sesiones, muchos participantes se sienten confusos o descorazonados. Es una fase a superar, que tiene lugar casi siempre y refleja el hecho de que se necesita un poco de tiempo para que el grupo pueda ser plenamente eficaz. Una vez que el grupo ha superado esta etapa, su eficacia aumenta.

5. A veces, en el interior del grupo se pueden experimentar sentimientos negativos de desilusión, frustración y también rabia. Es importante hablar de estas reacciones en modo constructivo. Muchas personas tienen dificultad en gestionar este tipo de sentimientos y forma parte de la tarea del grupo examinarlos. A veces, estos sentimientos negativos pueden ser dirigidos hacia el terapeuta, y también estos han de ser discutidos.

6. Es importante comprometerse para aplicar a las situaciones externas aquello que se aprende en grupo. Muchas personas encuentran útil hablar con el grupo de cómo aplicar aquello que se aprende allí, utilizar después efectivamente los aprendizajes en su vida personal y finalmente referir al grupo el resultado del experimento. La investigación ha demostrado que cuanto más se hace esto, más la terapia se vuelve “auténtica” y más beneficio se saca. Es importante recordar que el resto del mundo es distinto del grupo, por lo cual es útil confrontarse con los otros participantes para diferenciar lo que es producto del grupo de lo que no lo es.

7. Muchas personas entran en un grupo terapéutico porque las cosas no van bien en su vida. A veces se ha intentado seguir el primer consejo ofrecido y decidir hacer un gran cambio. Es mejor, sin embargo, esperar un poco y tener tiempo para reflexionar bien y hablar en el grupo antes de tomar decisiones importantes.

EXPECTATIVAS DEL GRUPO

1. Reserva.

Es muy importante que las cosas discutidas en grupo no sean llevadas fuera del grupo. Obviamente es posible que usted quiera discutir su experiencia con personas queridas, pero es importante que no mencione los nombres y las informaciones específicas. Según nuestra experiencia, las violaciones de la reserva son extremadamente raras. Esté atento a no hablar de los otros, igual que usted no querría que ellos hablaran de usted en el exterior del grupo.

2. Frecuencia y puntualidad.

Es muy importante asistir a todas las sesiones y ser puntuales. Una vez que el grupo comienza, funciona como un conjunto y aunque un solo participante esté ausente, ya no es lo mismo. Por ello es importante asistir regularmente, ya sea por el propio interés como por el de los otros. Si por cualquier motivo no es posible estar presente en una sesión, es necesario avisar, porque así el grupo sabrá de la ausencia y no se encontrará esperando inútilmente antes de empezar a trabajar en serio.

3. Socialización con los componentes del grupo.

Es importante pensar en los grupos como un lugar terapéutico y no como un sustituto de otras actividades sociales; en particular es importante que los participantes no tengan contacto entre ellos fuera del grupo, esto porque si se crean relaciones especiales, ello impide sacar el máximo beneficio de la interacción del grupo. Los participantes implicados se encontrarían teniendo un secreto respecto al grupo o no afrontarían los problemas a causa de su amistad. Si usted debiese tener contactos con los otros participantes, es importante discutirlo en los grupos así como poder evaluar los efectos. Le rogamos que se comprometa a referir tales contactos al interior del grupo.

4. Contactos con el terapeuta fuera de las sesiones del grupo:

En general no está previsto que el terapeuta tenga contactos con los componentes del grupo fuera del grupo mismo, a menos que se trate de cosas muy urgentes. Estos contactos serán considerados como parte del marco más amplio de la terapia de grupo y el terapeuta podrá devolver este material al interior de las sesiones del grupo. Normalmente es oportuno no iniciar otras terapias mientras se asiste a un grupo, si no es para ver al propio médico para la gestión de los fármacos. Toda idea de dirigirse a otros terapeutas debe ser discutida con el terapeuta de grupo antes de que el grupo comience.

5. Alcohol y fármacos.

En el grupo se discute sobre cuestiones muy personales, por lo cual es importante no presentarse bajo la influencia del alcohol o fármacos (a excepción de aquellos prescritos). Como regla general, se le pedirá dejar la sesión si su comportamiento está particularmente alterado. Durante la sesión no está permitido comer, beber o fumar, porque tiende a distraer el trabajo de grupo.

7.2. Anexo 2: HOJA DE ENCUADRE

INTEGRANTE:

FRECUENCIA: Quincenal.

DÍA: Miércoles, de octubre a junio (salvo festivos y otras eventualidades – ver calendario).

HORA: 17.00-18.30

Nº DE SESIONES: 18

CALENDARIO DE SESIONES:

06/10/21, 20/10/21, 03/11/21, 17/11/21, 1/12/21, 15/12/21, 12/01/22, 26/01/22, 09/02/22, 23/02/22, 09/03/22, 23/03/22, 06/04/22, 20/04/22, 04/05/22, 18/05/22, 01/06/22, 15/06/22.

CARACTERÍSTICAS:

- Cerrado.
- Número máximo de integrantes: 12.
- La ausencia a la mitad de las sesiones realizadas en un trimestre será razón suficiente para abandonarlo.

EQUIPO COORDINADOR:

- Terapeuta: Carlos Martínez Hinojosa
- Observadora: Ana Ruz Sánchez

7.3. Anexo 3: INDICADOR DE ASISTENCIAS

GRUPO DE FAMILIARES - Hospital de Día UTCA Granada.

INDICADOR DE ASISTENCIAS

	Sesión nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Integrantes																			
1.																			
2.																			
3.																			
4.																			
5.																			
6.																			
7.																			
8.																			
9.																			
10.																			
11.																			
12.																			
<i>Leyenda</i>	/ : Asistencia																		
	X : Ausencia																		
	* : Abandono																		

7.4. CUESTIONARIOS

7.4.1. Anexo 4: Escala de sobrecarga del cuidador (Zarit, 1980).

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
Puntuación para cada respuesta*	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

* Escala de Zarit (Todos los ítems): Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: “ausencia de sobrecarga” (≤ 46), “sobrecarga ligera” (47-55) y “sobrecarga intensa” (≥ 56). El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa. El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador.

** Escala de Zarit Abreviada (sólo los 7 ítems marcados en gris). Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: “ausencia de sobrecarga” (≤ 16) y “sobrecarga intensa” (≥ 17). El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador.

7.4.2. Anexo 5: APGAR familiar (Rubinstein, 2006).

APGAR FAMILIAR - ADULTOS

Función	Nunca (0 Puntos)	Casi Nunca (1 punto)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos b) los espacios de la casa, c) el dinero					
PUNTAJE PARCIAL					
PUNTAJE TOTAL					

* APGAR familiar: cada respuesta obtiene una puntuación de 0 a 4. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 0 y 20 puntos. Este resultado clasifica la función familiar en: “función familiar normal” (17-20), “disfunción familiar leve” (16-13), “disfunción familiar moderada” (12-10) y “disfunción familiar severa” (9 o menos).

7.5. Anexo 6: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Psicoterapia de grupo para familiares de pacientes con TCA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, he leído la “*hoja informativa sobre la psicoterapia de grupo*” que me ha sido entregada, he comprendido las explicaciones acerca del manejo de la información en las sesiones de psicoterapia y he podido resolver todas las dudas y preguntas planteadas al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar explicación alguna puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y usados con fines de información, desarrollo profesional y, eventualmente, investigación.

Tomando todo ello en consideración y tales condiciones, CONSIENTO participar en las sesiones de terapia de grupo y que los datos que se deriven de mi participación serán utilizados para cubrir los objetivos de este documento.

El/la usuario/a).

En Granada, a _____ de _____ de 20 ____.