



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 26 – Invierno 2022

Familias con hambre¹

Carlos Martínez Hinojosa²
Ana Ruz Sánchez³

1. INTRODUCCIÓN

El presente artículo pretende dar a conocer una bonita experiencia en el Hospital de Día de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria de Granada, realizada con un grupo de padres y madres de pacientes atendidas en el dispositivo con un diagnóstico principal, a priori, de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). El “*a priori*” nos sirve para señalar la primera de las cuestiones en juego: la convocatoria explícita parte de un TCA, amplia amalgama de trastornos del comportamiento incluidos en un espectro de síntomas de orden alimentario que a todas en una parece englobar, pero los vericuetos del camino que desembocaron en la enfermedad son largos, enmarañados, tortuosos, encriptados, de alta complejidad y específica particularidad; una auténtica aventura por explorar.

La necesidad de ofrecer un espacio terapéutico para el tratamiento de estos padres y madres está marcadamente atravesada por el marco referencial desde el cual pensamos la enfermedad de sus hijas; desde ahí, caracterizamos al síntoma alimentario como emergente

¹ Material presentado como trabajo fin de máster en la formación de “Trastornos del comportamiento alimentario y Obesidad” de la *Universidad Europea*, sobre la psicoterapia de grupo para familiares de pacientes con TCA. Revisado y reescrito para la ocasión.

² Psiquiatra en el Hospital de Día de la UTCA de Granada. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

³ Psiquiatra en el Hospital de Día de la UTCA de Granada. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

de una dinámica relacional disfuncional establecida en el seno de la familia. Por ello, creemos firmemente que el TCA es una enfermedad familiar⁴.

A lo largo del artículo nos iremos cargando de razones que irán apuntalando esta última frase. Aviso a intrépidos navegantes: no tratamos de convertir el presente documento en el juzgado de primera instancia de lo penal. No se buscan culpables. Se pretende facilitar la comprensión de un fenómeno para ganar la suficiente libertad de acción como para salir del atolladero hoy llamado TCA.

En esta línea, consideramos a todos los integrantes de esa familia con una persona *autorizadamente*⁵ enferma, como pacientes a cuyo proceso todos implica. El objetivo no es más que ayudar a las familias a ir resignificando determinadas conductas, mediante la creación de un lugar para la elaboración y comprensión del mensaje implícito que éstas esconden, ayudándoles así a establecer un cauce comunicativo que desactive la expresión afectiva a través de la actuación. A ese espacio lo llamaremos *“Terapia de grupo para familiares”*.

Desglosamos el artículo en cuatro secciones, sin contar la presente introducción y las referencias bibliográficas del final. Hablaremos de *“Las familias TCA”* (pequeña aproximación al fenómeno de la conducta alimentaria, desde la concepción grupal y operativa que ofrece la Psicología Social, basada en nuestra experiencia clínica), del *“Grupo de familiares”* (descripción metodológica de la intervención realizada), del apartado *“Descifrando Enigma”* (análisis cualitativo del acontecer grupal como principal instrumento de indagación de lo implícito) y, por último, expondremos brevemente nuestra *“Conclusión”*.

2. LAS FAMILIAS TCA

Acuñamos bajo el término *“familias TCA”*, un concepto que engloba la presencia de un entramado familiar en el que existe, al menos, un integrante con patología en el espectro de la sintomatología alimentaria, habitualmente designada como la enferma *“oficial”*. Acompañan al cuadro complejas historias transgeneracionales, secretos inconfesables, temores reprimidos, complicidades encubiertas, roles adjudicados, roles asumidos, carencias, ausencias, trayectorias vitales detenidas, aspiraciones narcisistas fallidas y otros mensajes actuados que, a menudo, encriptan verdades ocultas tan dolorosas como intolerables. Todo ello contribuye a la construcción de un clima familiar cargado de expectativas no cumplidas e inagotable frustración. Y de repente aparecen en la consulta.

Desde esta concepción teórica nos alejamos rotundamente de la simple y reduccionista hipótesis que determina al cuadro clínico como una cuestión exclusiva y meramente

⁴ Nos parecía una frase tan atrevida como arriesgada, pero por el impacto que pueda generar y, sobre todo, por la invitación a la reflexión decidimos mantenerla tal cual está escrita.

⁵ Toda oficialidad que otorga un diagnóstico CIE 10 o DSM 5.

individual; aquella que designa a la paciente como potencial causa del proceso. “*Ahora le ha dado por no comer*”.

En este sentido, sólo nos queda entender a los TCA en su doble vertiente: por un lado, como el telón que impide ver la función y, por otro, siguiendo las palabras de Nicolás Caparrós (2004), como el “objeto x” que anuda y da sentido a todo el grupo familiar. El síntoma como función defensiva que equilibra la homeostasis.

Tratando de enriquecer aquí el constructo “*familias TCA*”, nos permitimos el lujo de recordar a Salvador Minuchin (1978), subrayando su idea de “*familia psicopatogénica*”, concepto con el que no podríamos estar gozosamente⁶ más de acuerdo. El autor describe un tipo de agrupación familiar 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. Minuchin entiende a estas familias como un fenómeno grupal en el que cohabitan los siguientes cuatro apartados:

1. Aglutinamiento: forma extrema de proximidad e intensidad en las relaciones familiares. Existe gran resonancia emocional y escasa diferenciación interpersonal.
2. Sobreprotección: acentuada necesidad de amparo recíproco entre los integrantes de la familia.
3. Rigidez: groseras dificultades para adaptarse a los cambios.
4. Ausencia de resolución de conflictos: éstos quedan o bien negados o bien postergados sin poder ser elaborados.

Este prototipo familiar no permitiría realizar una correcta separación-individuación, fenómeno fundamental para la construcción de un psiquismo integrado, maduro, cohesivo, coherente y capaz de sostener experiencias subóptimas⁷. Esta configuración familiar favorece así 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.

En esta línea, en connivencia con lo formulado por Pichon-Rivière (1980) y posteriores aportaciones, entendemos la aparición de una enfermedad aparentemente individual (llamada aquí y ahora TCA) como el emergente que informa de algo implícito que está ocurriendo en el seno de la dinámica grupal familiar, como una nueva calidad observable, siendo la paciente formalmente diagnosticada la portavoz capaz de vehicular una angustia que, en realidad, atañe a todos.

⁶ Véase por el placer derivado de hallar en la práctica clínica aspectos que uno ha leído en los libros, aunque sólo sea por la falsa y efímera sensación de control.

⁷ Aquellas que reciben resultados por debajo de lo esperado.

Pero ¿Qué se esconde tras el telón de la enfermedad? Hablamos de *lo que emerge*, aquello que trata de hacerse evidente, que pugna por salir. Valiosa información para construir una hipótesis que dé cuenta de lo que está sucediendo realmente. Se trata de entrenar una mirada, la del terapeuta, que apunte hacia: ¿Qué es lo que no se puede comer la paciente? ¿De qué vacío insaciable se trata? ¿Qué es aquello que la paciente no puede digerir y expulsa a través del vómito?⁸.

Resulta importante esta distinción entre “*el emergente*” y “*lo emergente*”. Creemos firmemente que un abordaje escotomizado centrado en la enfermedad del individuo (*el emergente*) sin poder elaborar el conflicto latente en el seno de la historia familiar (*lo emergente*) supone menoscabar groseramente las posibilidades de éxito en la intervención terapéutica.

Nos gusta especialmente la aportación de Gear y Liendo (1974) en relación a las presiones estructurales que, integrándose, producen al emergente individual y nos atrevemos incluso a realizar una pequeña analogía con lo que ocurre en las *familias TCA* y la presencia de la enfermedad como emergente (junto a cada punto, en cursiva), sin pretender alcanzar el tentador delirio de invención que Antonio Tarí siempre nos recuerda:

1. La que proviene de otros miembros del grupo. *La que procede de los otros integrantes de la familia de la paciente TCA, presión ejercida como grupo unitario. Horizontalidad.*
2. La que produce la propia estructura individual de cada integrante. *La que produce la propia estructura individual de cada integrante de la familia, presión ejercida desde cada individuo, desde su historia y rol en la familia. Verticalidad.*
3. La que ejerce la tarea del grupo. *La que ejerce el proyecto, expectativas y aspiraciones de la familia.*
4. La que proviene de la presencia del coordinador. *La que proviene del líder⁹ de la familia.*
5. La procedente de la estructura institucional y social en la que el grupo está inserto. *La procedente del ámbito sociopolítico y económico en la que la familia se halla inserta.*

Esta disposición del emergente como producto de la presión ejercida por cinco estructuras posibilita, bajo nuestro criterio, delinear una visión sobre el TCA que consideramos más ajustada a la realidad, al abarcar la complejidad del proceso en su totalidad y que, en cierto

⁸ Se incluyen aquí una amplia variedad de síntomas dentro del espectro alimentario, en una visión plenamente simbólica: patrón restrictivo, por atracones, bulímico-purgativos y otros fenómenos introyectivos-proyectivos.

⁹ Póngase este punto de la analogía en cuarentena, al menos hasta nuevas reflexiones, aperturas y futuros encuentros entre la teoría y la práctica.

modo, organiza nuestra intervención permitiendo abordar toda la problemática descrita en su conjunto.

Antes de pasar al siguiente apartado y ahondar en la experiencia con el grupo de familiares, señalaremos el porqué del título del presente artículo, para terminar de caracterizar lo cuasi patognomónico de las *familias TCA*.

A golpe de asociación libre se sucedieron multitud de opciones que bien podrían representar la experiencia de acompañar a estas familias. De todas ellas, quedaron como finalistas "*Familias con hambre*" y "*Familias del hambre*". Aunque a priori, el detalle diferencial parece nimio, consideramos importante desarrollar qué cuestiones categorizan cada apartado, como manera de seguir enriqueciendo la experiencia vivida¹⁰.

Las *familias con hambre* cuentan con una fijación libidinal especialmente oral que, en definitiva, organiza el estilo interaccional de sus miembros para consigo mismos, los unos con los otros de forma indiscriminada y, también, con el resto del mundo exterior. Hambre en ese sentido metafórico que subraya una historia de vacíos insaciables; motor de un conjunto de conductas cargadas de avidez y tendencias engullidoras que arrasan con todo lo que se presenta, sin dilación. La sensación de nunca estar a la altura. Necesidades de reconocimiento y búsqueda de la perfección. Algunas integrantes de estas familias acudirán a la consulta con los síntomas por bandera y otros se presentarán con preocupaciones y angustias intolerables; todos ellos personajes atrapados en unos roles que no pueden abandonar, condenados a vivir un tipo de vida que no han podido elegir. Así se construye un clima omnipresente y bidireccional de eterna frustración y expectativas no cumplidas (madres-padres e hijas y, en el fondo, los profesionales). En esa atmósfera, será frecuente apreciar unos mecanismos defensivos marcadamente primitivos como son la escisión, la proyección y la identificación proyectiva. Y todo ello, bajo un fondo común donde la diferenciación, la separación y la individuación brillan por su ausencia.

Familias con una fijación oral y pacientes con síntomas alimentarios. Relación para nada casual que nos llevó a pensar en la segunda posibilidad del título "*familias del hambre*". Nos apoyaremos en una viñeta *pre-clínica*¹¹ para sostener esta concepción: "*Mira qué ensalada se ha preparado hoy mi hija*". Le decía una integrante del grupo de familiares a otra (ambas madres) en la sala de espera, momentos antes del inicio de la sesión. Aquella frase iba acompañada de la pertinente foto en el teléfono móvil, realzando la magnitud de sus proporciones y de una reacción de admiración por parte de la persona receptora. También había, entre líneas, preocupación, compasión y muchas dudas, especialmente por si la imagen hubiera sido un señuelo y nada más.

¹⁰ Aunque finalmente elegimos la opción "*Familias con hambre*" nunca lo tuvimos del todo claro a lo largo del artículo. A la vista queda. La exposición aquí y ahora de ese diálogo interno nos permitió incluir ambos títulos de manera encubierta.

¹¹ *Pre-clínica* en tanto observada fuera de encuadre. Pese a ello, nos pareció una escena tan ilustrativa que no quisimos dejar pasar esta oportunidad.

Las **familias del hambre** son aquellas agrupaciones que sólo giran en torno a la comida. Algunas familias vinieron determinadas (de forma históricamente transgeneracional) bajo el culto del comer, ya sea por su exceso o su defecto, ofreciendo por intermedio del alimento una modalidad determinada y básica de relación; otras se sumaron al carro, aparentemente, a propósito del TCA. De cualquier manera, el alimento queda perpetuado como principal y primitivo organizador de las dinámicas familiares, como aquel director de cine que va escogiendo a los actores y actrices de su película. Los que hacen la comida, los que la critican, los que no comen, los que engullen y vomitan, los que vigilan que esto no ocurra y un largo sinfín en el reparto de unos personajes dirigidos a convertir un momento que, instintivamente codificado como placentero (para lograr la supervivencia), queda transformado en una trama cargada de actuaciones de tensión, hostilidad y pura persecución. Creemos conveniente señalar que este tipo de dinámicas sí gozarían de pleno sentido en un momento determinado del desarrollo evolutivo.

Desde este punto, nos parece nuevamente acertado citar, textualmente, a Nicolás Caparrós (2004) en este fantástico alegato sobre la **simbología del comer**:

“El alimento no es sólo biología. Mediante el acto de la alimentación se crea la primera relación humanizadora. 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 de aquélla de entregarse es a veces reemplazada por el aporte sustitutorio de una alimentación excesiva. El comer como encargo imperativo convierte en batalla lo que estaba destinado a ser mutuo placer. 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.”

Sin embargo, estas interacciones quedarían congeladas en el tiempo (*estereotipadas* para los pichonianos) en las familias TCA, como única manera de transmitir mensajes indecibles¹² que se codificaron a través de las conductas alimentarias sintomáticas.

Nos pareció que aquella *viñeta pre-clínica* obedecía más a una orgullosa abuela hablando de su nieto recién nacido pero, en su lugar, describía una ensalada que probablemente su hija no se había comido.

Ensaladas por bebés. El TCA como defensa ante lo que está por venir. Miedo al ataque y miedo a la pérdida. *Virgencita, virgencita que me quede como estoy.*

Cerrando este apartado, pensamos en las *familias TCA* como ese tipo de organización con un estilo sobreprotector y/o carente (*sobrealimentadora y/o ayunante*) donde predomina la comunicación del tipo preverbal, lugar en el que la paciente parece actuar un conflicto que es de todos¹³ y que, con la enfermedad, a todos protege, como ese pH amortiguador que restablece el equilibrio.

¹² Por intolerables y por tanto negados, reprimidos, desplazados o sublimados, según la madurez del mecanismo defensivo.

¹³ Los que están, los que no están y los que estuvieron (los padres de los padres).

3. EL GRUPO DE FAMILIARES

3.1. Participantes.

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.

3.2. Encuadre.

Se trató de un grupo cerrado, con un número máximo de integrantes permitidos igual a 12¹⁴. 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, dato conocido por todos los participantes del grupo desde un inicio. Para cifrar el número de sesiones se tuvo en cuenta, por un lado, el calendario académico tratando de facilitar al máximo la asistencia de los integrantes y, por otro lado, la información vertida al respecto por parte de Victoria De Felipe et al (2019), que dice literalmente así:

“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”.

Justificamos¹⁵ la máxima duración de 18 sesiones, a modo de encuadre anual, como manera de dar respuesta a la creciente presión asistencial y a la cada vez mayor demanda de un elevado número de familias que nos solicitan, cada una a su estilo, hacernos cargo de sus necesidades y otras angustias. Frente a nuestro deseo de abarcar¹⁶ se impone el imperativo de la realidad. “Algo se llevarán” pensábamos para resolver el entuerto.

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

¹⁴ Se alcanzó la cifra de 12 integrantes como número óptimo que, aun 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).

¹⁵ De puertas para fuera. De puertas para dentro seguimos nadando en un mar de contradicciones. ¿Por qué parar ahora?

¹⁶ Y de reojo, la omnipotencia.

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

3.2. El equipo terapéutico.

El equipo terapéutico contaba con un coordinador¹⁷ que se comunicó verbalmente con el grupo y una observadora¹⁸ cuya función era la de observar, escuchar y tomar nota de lo advertido en el grupo. Después de cada sesión, nos reunimos para compartir y supervisar el material producido por el grupo y los efectos de las intervenciones del terapeuta, en el llamado espacio de ateneo.

Para nosotros, el equipo terapéutico debe cumplir siempre una función facilitadora, alejándose de esa posición del *supuesto saber*¹⁹ que tanto parecen necesitar los integrantes en las fases iniciales²⁰ del grupo. La mirada del equipo terapéutico apunta a la cohesión grupal, favoreciendo la relación entre los integrantes identificando los obstáculos y motivaciones que inhiben las relaciones interpersonales. Se trata de 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”.

4. DESCIFRANDO ENIGMA²¹

El grupo terapéutico de familiares está pensado como una propuesta de compañía, apoyo, indagación y elaboración de las fantasías inconscientes. Para ello, me he tomado la ligereza de citar al maestro Diego Vico (2006), como constante y omnipresente pregunta que organiza y encuadra en el día a día la labor de la psicoterapia:

“Pero... ¿De qué se trata? Es la pregunta a un manifiesto al que interroga invitándolo a desvelar un latente: ¿Qué oculta finalidad dirige nuestros pasos? Estamos convencidos de que múltiples deseos y vinculaciones latentes intentan expresarse como pueden en la conducta manifiesta. La pulsión de conocer nos empuja a desbaratar lo aparente en busca de un sentido oculto que, al ser desvelado, lo enriquece y modifica creando un nuevo manifiesto que, adquiriendo cualidades de emergente, invita a ser desvelado dando lugar a una especie de espiral o tornillo-sin-fin que cuando detiene su progresivo movimiento, cuando se atranca, entendemos que existe un obstáculo, una resistencia a identificar y vencer. Ésta sería la tarea.”

Mediante la interpretación de los emergentes grupales, principal instrumento de indagación

¹⁷ Carlos Martínez Hinojosa, psiquiatra.

¹⁸ Ana Ruz Sánchez, psiquiatra.

¹⁹ De lo contrario, recordando el material aportado por Bion (1970), sólo *facilitaríamos* al grupo trabajar en términos de pretarea, haciéndolo funcionar bajo el llamado supuesto básico de dependencia.

²⁰ Y no tan iniciales.

²¹ Biopic cinematográfico sobre el matemático británico Alan Turing, famoso por haber descifrado los códigos secretos nazis contenidos en la máquina Enigma, lo cual determinó el devenir de la II Guerra Mundial (1939-1945) en favor de los Aliados; escogido como título para este apartado por asociación libre.

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. El contenido de esta vivencia permitió desarrollar un proceso dividido en tres fases que a continuación se procede a desarrollar.

Sirva de nota aclaratoria como los **momentos afectivos del grupo**²² (1. Creación del grupo - *Indiscriminación*; 2. Desarrollo del grupo - *Elaboración*; 3. Terminación del grupo - *Aprendizaje*), principios universales presentes en todo proceso grupal, sirvieron para nuestro análisis 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.

Para el desarrollo de las etapas observadas también pudimos apoyarnos en el exquisito libro escrito por Puertas (2002) llamado "*El grupo de anoréxicas: una alternativa nutritiva*", maravilloso material de obligada lectura.

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 los autores tienen 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. Asumimos, en pro de la vertiente didáctica y expositiva del presente trabajo, que una parte no desdeñable de la información queda fuera del alcance del lector²³.

4.1. Fases del grupo:

1. La comida

La comida, soluciones mágicas, la búsqueda del culpable, la frustración, el enfado, las renunciadas, 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".

²² Cuya exposición y desarrollo abordaremos a propósito de otro encuentro, con otras finalidades.

²³ Esperamos que aun así el intento merezca la pena.

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, imagináros 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 atiendan 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?”.

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 por qué 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.

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 mí. 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. CONCLUSIÓN

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 construido 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 así en un ambiente idóneo para la elaboración de angustias; aspecto fundamental para unos familiares de pacientes con una patología que, sobradamente, extravasa en su génesis, precipitación y mantenimiento a lo exclusivamente individual.

Hemos escrito estas palabras desde una monitorizada contratransferencia²⁴, brindada por la oportunidad de hallarnos en un paraje “privilegiado”; espacio ofrecido por un dispositivo organizado como el Hospital de Día de la UTCA de Granada. Entrecomillamos el privilegio para informar también al lector de la elevada complejidad de la labor, siendo un lugar el nuestro tremendamente destinado a contener una ingente cantidad de *proyecciones indeseables*²⁵ y que, de no ser por un equipo terapéutico multidisciplinar altamente instruido e instrumentado en la compleja tarea del tratamiento de los TCA, difícilmente podríamos tolerar sin caer en la desesperanza y la desidia.

²⁴ Aparentemente saneada y supervisada, aunque con el inconsciente nunca se sabe.

²⁵ Vaivén de representaciones internas -de unas y de otros- que vienen y van a golpe de identificación proyectiva o, en el mejor de los casos, como fenómenos de índole transferencial.

Esperamos que con el relato de esta bonita experiencia podamos *abrir el apetito* a futuros navegantes en este fascinante mundo de los TCA y, desde la mayor humildad, sirva de modesto lazarillo para aquellas situaciones en las que el hambre apriete de verdad.

BIBLIOGRAFÍA

- Bion, W. (1970). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires. Hormé.
- Caparrós, N. & Sanfeliu, I. (2004). *La anorexia. Una locura del cuerpo*. Editorial Biblioteca Nueva.
- 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*.
- Gear M. & Liendo E. (1974). *Psicoterapia estructural de la pareja y del grupo familiar*. Editorial Nueva Visión.
- Minuchin S., Rosman B. & Baker B. (1978). *Psychosomatic Families: anorexia nervosa in context*. Harvard University Press.
- 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.
- Pichon-Rivière, E. (1980). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Puertas, P. (2002). *El grupo de anoréxicas: una alternativa nutritiva*. Asociación para la promoción de la Salud de Niños Adolescentes.
- Suárez F. (2015). “Interpretación y aprendizaje”. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*.
- Tarí A. (2014). “Esquema sobre interpretación”. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*.
- Vico, D. (2006). “Pero... ¿De qué se trata?” *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*.
- Vinogradov, S. & Yalom, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Editorial Paidós.