



## ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

[www.area3.org.es](http://www.area3.org.es)

Nº28 – Invierno 2024

### **Entre tinieblas y otras mujeres del montón** Sobre la experiencia en el grupo multifamiliar de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria<sup>1</sup>

Carlos Martínez Hinojosa<sup>2</sup>

#### **1. INTRODUCCIÓN**

El presente artículo viene a ser escrito con múltiples intenciones, al menos en el plano de lo consciente, ordenadas aquí y ahora de la siguiente manera:

- a. Dar cuenta de la experiencia de un año coordinando un grupo de psicoterapia multifamiliar, bajo la técnica que otorga la concepción operativa de grupo, en el dispositivo donde desempeño mi labor asistencial (UTCA).
- b. Poder pensar sobre el trabajo realizado e indagar sobre el desarrollo de la tarea para con este grupo.
- c. Investigar, a través de la relectura de los emergentes, para definir aquellos obstáculos más característicos que describen los grupos de psicoterapia con *familias TCA*<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> “UTCA” en adelante.

<sup>2</sup> Psiquiatra. Granada (España).

<sup>3</sup> El concepto “*familias TCA*” fue ampliamente desarrollado en el artículo “Familias con hambre” (revista número 26, invierno de 2022, Área3). Artículo al que invitamos acudir si el prurito intelectual aprieta lo suficiente.

d. Proponer algunas cuestiones sobre la coordinación en este particular grupo de psicoterapia, con la finalidad de instrumentalizar a futuros aventureros (en primer lugar a mí mismo).

No podemos estar más de acuerdo en esto que llamaba Antonio Gramsci "*la filosofía de la praxis*". Es necesario partir de la experiencia (pero no una experiencia sin teoría) y, desde ahí, con la vivencia única de unos hechos concretos, poder construir hipótesis que permitan componer dispositivos de intervención, que seguirán realimentando la praxis y la teoría en esta aproximación constante al fenómeno de estudio.

Releyendo el párrafo anterior, veo la palabra "podemos" y me pregunto a modo de reflexión: Pero si esto lo estoy escribiendo yo solo: ¿A quién estoy incluyendo?

Más allá del amplio y tradicional uso del plural mayestático<sup>4</sup> en la lengua formal escrita, me parecía oportuno el señalamiento para indicar otra de las intenciones (ya en otro plano) con las que propongo la escritura de este artículo:

e. Buscar un poco de compañía. Sirva entonces también el artículo, en mi fantasía intrapsíquica inconsciente, a modo de fogata sobre la que se reunirán objetos internos<sup>5</sup> para darnos un poco de calor.

En la coordinación de un grupo se está muy solo.

Puestos ya en esta inercia reveladora de material inconsciente, hablaré de la última intención aparente con la que se escribe el artículo:

f. Saldar el pacto nunca hablado y nunca escrito con Federico Suárez<sup>6</sup>. No sé bien de qué manera, he puesto en marcha una tradición navideña de escribir cada año sobre aquello en lo que ande interesado<sup>7</sup>. En algún momento entendí, de mis conversaciones con él, que escribir era una propuesta muy saludable. Aquello quedó sellado a fuego. Cuestiones transferenciales se mezclarán seguro en este entuerto. Espero que este asunto no se convierta en un secuestro. Por ahora, todo bien.

---

<sup>4</sup> Plural mayestático: este uso estaba difundido extensamente en la Antigua Roma y ha perdurado en la tradición de muchos países como expresión formal. En especial han sido los reyes y papas (de aquí el nombre de mayestático, perteneciente o relativo a la majestad) quienes han usado esta modalidad expresiva, en tanto que se le vincula con la «imagen» de la institución. También se ha usado en las monarquías otomana e inglesa. Su uso más común es para dar a entender excelencia, poder o dignidad de la persona que habla o escribe. Fuente: Wikipedia.

<sup>5</sup> También objetos externos (véase otros lectores).

<sup>6</sup> Maestro de maestros y referente.

<sup>7</sup> Interesado sobre todo por la angustia que me genera.

Por otro lado, también aprieta nada más y nada menos que el vacío de morir<sup>8</sup> y que no quede nada tras de ti. Pero de este asunto ya daré rienda en otra ocasión.

Por lo menos que queden unos articulillos.

Con la declaración de intenciones ya realizada paso a desglosar el artículo que va a constar de cinco apartados, sin contar la presente introducción ni las referencias bibliográficas del final. Hablaré en primer lugar “De la necesidad a la práctica clínica” (contextualizar el origen y desempeño de la práctica clínica grupal, apuntalando algunas cuestiones sobre el encuadre del grupo multifamiliar). Continuaré tratando de explicitar aquellos obstáculos (algunos casi patognomónicos) que he ido hallando en el desarrollo de la tarea con este grupo, en una sección que he titulado “Entre tinieblas” (apoyándome en emergentes que traeré de forma literal, trataré de apuntalar aspectos relacionados con el funcionamiento del grupo en pretarea, desglosando aquellos obstáculos comúnmente presentes en la dinámica los grupos multifamiliares de TCA). El siguiente apartado a tratar será el de “Propuesta de cambio” (incorporando en el capítulo qué nudos han organizado esta particular agrupación de individuos y, desde ahí, cómo determinadas intervenciones permitieron desencallar escenarios de alta resistencia al cambio). Tras los obstáculos por un lado y las propuestas por otro, daré paso al capítulo llamado “El devenir grupal” donde resumiré sucintamente lo acontecido en el proceso. Y, por último, se traerá una breve reflexión a modo de “Conclusión”.

## **2. DE LA NECESIDAD A LA PRÁCTICA CLÍNICA.**

La cultura académica, sociopolítica y económica hegemónicas nos ha propuesto repetidamente la idea de que los sujetos nacen aislados y que sólo posteriormente se reúnen para formar grupos. La Concepción Operativa de Grupo nos ha demostrado una y otra vez que el ser humano, antes de volverse sujeto, pertenece a un grupo: el grupo familiar<sup>9</sup>.

Las personas enferman en grupo y las personas se curan en grupo, nos repetíamos continuamente en la UTCA como una especie de credo.

Movidos por este marco de referencia basado en la Concepción Operativa de Grupo de la Psicología Social empezamos realizando un grupo de psicoterapia solo con las pacientes

---

<sup>8</sup> Cuestión en la que pienso con moderada frecuencia.

<sup>9</sup> Clásicamente también llamado “grupo primario”.

oficialmente designadas (mediante el ya mencionado diagnóstico de TCA vía CIE10 y/o DSM5). Las participantes invitadas eran pacientes atendidas por el programa de Hospital de Día y el de Consultas Externas de la UTCA.

Al mismo tiempo que transcurría el periplo de acompañar a estas personas en el proceso terapéutico nos dábamos cuenta de, al menos, cuatro cuestiones:

1. El síntoma es la condensación enrevesada de un follón de cosas. Conforme construíamos la narrativa grupal (en ambos planos: consciente e inconsciente) íbamos confirmando la idea de que el síntoma no era más que el último (o el primer) detalle visible; la función defensiva que equilibra algo mucho más complejo: la homeostasis familiar.

¿Pero... de qué se trata?<sup>10</sup>. Apuntábamos a la novela familiar.

¡Cuánto narcisismo herido! ¡Cuánta frustración! ¡Cuánta decepción! ¡Cuánto enfado encubierto!

Estaban todas de barro hasta arriba. Allí no se salva ni el apuntador.

2. Nos falta potencia. No llegamos todo lo lejos que quisiéramos con ellas. Nos falta la otra mitad. Las pacientes son duras de pelar. Se resisten como gato panza arriba.

3. Los familiares están peor que las pacientes. Íbamos observando familiares (madres sobre todo) que venían mucho a la unidad. Algunas acudían más que las propias pacientes. Bajo la premisa de la obvia preocupación por su hija, el grado de ansiedad y angustia proyectada en cada visita nos hizo plantearnos la siguiente lectura<sup>11</sup>: “Es la forma que tiene esta persona de pedirnos que nos hagamos cargo de ella”.

4. Existe un algo compartido por todos a modo de “fantasía de la familia ideal” que constituye el recipiente de un montón de cosas que no se dicen pero que operan a diario: expectativas mágicas del otro, omnipotencias exigidas dentro-fuera, ombliguismo y otras idealizaciones malignas. La familia como aquella institución que aglutina las partes más locas, inmaduras y menos discriminadas de sus miembros. Todo ello, en contraste permanente con el principio de realidad. ¿Cómo no se iban a enfadar, frustrar y decepcionar?

Con estos asuntos entre manos vimos oportuno la posibilidad de ofrecer un espacio terapéutico para el tratamiento de estos padres y madres. Esta maniobra está

---

<sup>10</sup> Eterna pregunta que acompaña mi práctica clínica.

<sup>11</sup> Tras mucho trabajo de elaboración en equipo. La primera reacción fue una patada contratransferencial. “Hay que mandarla a algún sitio”.

marcadamente atravesada por nuestro esquema de referencia desde el cual pensamos la enfermedad de sus hijas. El síntoma alimentario es el emergente de una dinámica relacional disfuncional establecida en el seno de la familia. El objetivo no era 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 más sofisticado que desactive la expresión afectiva detrás de tanta actuación. A ese espacio lo llamamos en su día “Terapia de grupo para familiares”. De esta bonita experiencia dimos cuenta Ana Ruz Sánchez<sup>12</sup> y yo en el artículo llamado “Familias con hambre”, publicado en la revista de Área 3.

En su día, dejamos en aquel artículo por escrito (a modo de provocación) que el TCA es una enfermedad familiar. Ya no lo pienso así. Hoy lo planteo de la siguiente manera: **el TCA es una enfermedad familiar, social y política**. Lo he puesto en negrita. En un ratillo trataré de desarrollarlo<sup>13</sup>.

Tras la experiencia con los familiares nos aproximamos a la otra cara de la enfermedad.

*¡Cuánto narcisismo herido! ¡Cuánta frustración! ¡Cuánta decepción! ¡Cuánto enfado encubierto!*

Muy muy parecido a todo lo que escuchábamos por la mañana con las pacientes. La extraña sensación de ser una especie de confidentes por la mañana (con las pacientes) y por la tarde (con los padres y madres). ¿Experiencia enriquecedora para todos? Sí, pero seguía sin ser suficiente. Nos seguíamos quedando con hambre.

Escenarios de resistencia al cambio por doquier, en turno de mañana y en turno de tarde.

Llegados a este punto, se nos ocurrió el siguiente disparate: ¿Por qué no los juntamos a todos? Que hablen de lo que les pasa entre ellos. Si la obra de teatro trata sobre la novela familiar, es de recibo que participen todos los protagonistas implicados.

Paso aquí a enunciar nuestras primeras reacciones sólo con mencionar la propuesta del grupo multifamiliar:

*“Se van a matar”, “Esto va a ser ingobernable”, “Con tanta intensidad no se va a poder coordinar”, “Tenemos que estar muchos coordinadores”, “No podemos perder el control”, “¿Sabéis el número del personal de seguridad?”.*

---

<sup>12</sup> Psiquiatra en el Hospital de Día de la UTCA de Granada. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Fiel compañera de odiseas y otras aventuras.

<sup>13</sup> Espero.

He aquí una buena lista de fantasías inconscientes. Puro material clínico para un grupo que todavía no había comenzado. Todo ondas beta.

Anticipo ya de entrada que nada más lejos de la realidad. En el apartado de las tinieblas lo vamos a comprobar.

Nosotros, por si acaso, actuamos lo nuestro: el equipo coordinador constó de cuatro integrantes.

Paso a desglosar el encuadre del grupo multifamiliar en cuestión. Lo que aparece a continuación se asemeja bastante<sup>14</sup> a la hoja informativa que se le hace llegar a todo integrante antes de empezar el grupo.

#### Encuadre:

❖ **Objetivo:** “Aprender a pensar”.

Entendiendo que el paciente es portavoz y emergente de la enfermedad familiar, el tratamiento propuesto está especialmente dirigido a la ruptura del estereotipo de la adjudicación y de la asunción del “rol de enfermo”. El plan es el siguiente: bajo la premisa del “aprender a pensar”, proceder a la individuación y a la elaboración de la situación depresiva básica<sup>15</sup>. Facilitar la transición del agrupamiento de grupos primarios al dinamismo de un grupo formado por individuos bien discriminados, bien diferenciados.

❖ **Propuesta para ello:**

- Ofrecer un espacio de sostén entre los participantes en los casos graves de problemáticas relacionales entre los miembros de la familia.
- Lograr el cambio en las funciones defensivas de la mente con la finalidad de obtener relaciones consigo mismo y con los demás más satisfactorias y adaptativas.
- Abordar la desilusión de las expectativas en referencia a la familia actual, por un pasado idealizado.

---

<sup>14</sup> Se obviaron sobre todo algunos tecnicismos. Para evitar poner distancia (más aún) con la tarea.

<sup>15</sup> Núcleo patogenético a partir del cual se derivan todas las estructuras patológicas. La enfermedad como el fracaso (o fracasos repetidos) en la elaboración de la situación depresiva básica (Pichón-Riviere, 1985).

- Apuntar al reconocimiento y diferenciación de los aspectos enfermizos (lo desorganizado, la estereotipia , lo que a uno le hace sufrir, el dolor) y también de los saludables.
- Aumentar el conocimiento de uno mismo y de los demás, permitiendo esclarecer la adjudicación de la culpa entre los distintos miembros de la familia y la función que ello cumple.
- Revisar la función como padre o madre en el mundo actual, atendiendo a la propia afiliación a la familia de origen a través de la repetición del modelo transmitido a los hijos.
- Intervenir sobre los sentimientos de frustración y agresividad frente a la propia incapacidad para resolver algunos problemas.

❖ **Lugar:**

El grupo tiene lugar en el “Aula de Formación”, planta baja del antiguo Hospital Clínico San Cecilio de Granada. Entrada por Avenida Madrid junto a la entrada del Servicio de Dermatología.

❖ **Tipo de grupo:**

Tarea: “*Aprender a pensar*”.

- Cada sesión consta de dos horas, con frecuencia quincenal y curso académico (de octubre a junio). A media hora de finalizar se realizará **lectura de emergentes**<sup>16</sup> realizada por el observador. Tras la sesión, se llevará a cabo el ateneo post-grupal de unos 30 minutos donde se hablará de lo acontecido (señalando lo más relevante explícita e implícitamente). En el ateneo sólo participará el equipo coordinador.
- Número de integrantes máximo: 40.
- La ausencia al 50% de las sesiones a lo largo de un trimestre es motivo de exclusión del grupo, salvo contadas excepciones.
- Cada participante del grupo recibirá un documento en el que quedan explicitadas las cuestiones referentes al encuadre del grupo así como una hoja informativa general sobre el funcionamiento de los grupos psicoterapéuticos.

---

<sup>16</sup> Somos conscientes del híbrido realizado entre el grupo multifamiliar y el grupo operativo. Hemos tratado de operar con “lo mejor de cada casa”. Para los más ortodoxos quizá sea un auténtico pecado capital. A nuestro parecer, no se alejan tanto las posturas y para nosotros el mejunje ha merecido sobradamente la pena.

Marco teórico: Concepción Operativa de Grupo de la Psicología Social.

Número de sesiones: 18.

Indicación<sup>17</sup>:

- Se accede al grupo por indicación de los facultativos de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, previa entrevista por parte del equipo coordinador del grupo.
- Se incluyen personas atendidas en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria y su grupo de apoyo primario. Se entiende por grupo de apoyo primario padres, madres (o figuras cuya misma función representan) y hermanxs.
- El grado de compromiso y motivación será un aspecto fundamental, priorizando aquellos casos con una dinámica familiar moderadamente patológica.

❖ **El equipo coordinador:**

El equipo terapéutico estará compuesto por cuatro terapeutas que se comunicarán verbalmente con el grupo, uno de los cuales realizará permanentemente la función de la coordinación y los otros tres asumirán simultáneamente las funciones de la coterapia y la observación, siendo uno de estos (designado previamente para cada sesión) el que tendrá la misión de observar, escuchar y tomar nota de los emergentes para su posterior lectura. Fuera de la sesión, se reunirán para compartir y supervisar el material producido por el grupo y los efectos de las intervenciones de los terapeutas (ateneo).

Integrantes del equipo coordinador<sup>18</sup>:

Carlos Martínez Hinojosa (FEA <sup>19</sup>Psiquiatría; coordinador del grupo).

Ana Ruz Sánchez (FEA Psiquiatría; coterapeuta y observadora).

Francisco Garzón Navarro-Pelayo (FEA Psiquiatría; coterapeuta y observador).

Amadeo Oria Pérez-Espinosa (FEA Psiquiatría; coterapeuta y observador).

---

<sup>17</sup> Serán derivados sobre todo aquellos grupos familiares cuya pariente sea una enferma con TCA “que no mejora”, “que desilusiona”, “que ya se ha intentado todo pero sin ningún resultado” o sencillamente “que desespera a sus terapeutas”. No raramente induciendo en estos últimos, inconscientes acting-out contratransferenciales. “Desconfía de quien te manda pacientes Carlillos, los pacientes buenos se los quedan” me decía y dice mi maestro Diego Vico.

<sup>18</sup> Todos ellos psiquiatras adjuntos pertenecientes a la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

<sup>19</sup> FEA: Facultativo Especialista Adjunto.

### Tarea del equipo terapéutico:

El equipo terapéutico cumplirá una función facilitadora. Se trata de favorecer 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.

### Primera reunión:

El coordinador abordará con los integrantes del grupo, en el espacio de la primera sesión, el encuadre grupal e institucional donde se llevará a cabo el proceso.

Se aclararán cuestiones relacionadas con lo que será la **cultura básica del grupo**, que incluye:

- El secreto de lo que sucede en la sesión.
- El respeto por los demás.
- El deseo de lograr la máxima sinceridad posible con uno mismo y los demás.
- El no juzgar.
- El hablar desde la propia experiencia sin dar lecciones.
- La puntualidad.
- Mantener el compromiso de asistir a todas las sesiones.
- Avisar si se van a ausentar.
- Apagar el teléfono.
- El no mantener relaciones entre las familias fuera de las sesiones y, si ello fuera inevitable, todo lo que suceda fuera será comentado en las sesiones de grupo (ese material le pertenece al grupo).

### 3. ENTRE TINIEBLAS

Definición de tiniebla por la R.A.E.:

Primera acepción: Oscuridad o falta de luz. *Una linterna ilumina la tiniebla del calabozo. De las tinieblas surge un monstruo.*

Segunda acepción: Ignorancia o falta de conocimientos. *Aquellos indígenas vivían entre tinieblas.*

Me vienen bien ambas acepciones. Me identifico con las dos. Siempre pensé en la psicoterapia como la linterna. De calabozos y monstruos está todo esto lleno. Del ejemplo de la segunda acepción casi mejor no hablar.

“Entre tinieblas” es el título escogido por asociación libre para encabezar el capítulo de las resistencias observadas en el grupo multifamiliar. Pura monitorización contratransferencial. “Nube de anestesia” era otra opción.

A sabiendas de la categórica<sup>20</sup> conclusión a la que llega la escuela sistémica a través de Selvini y los suyos (1999): “*No existe la familia anoréxica*”, nosotros buscamos, partiendo de esta vivencia única, establecer hipótesis sobre configuraciones típicas que caracterizan este tipo de familias y, por ende, analizar los nudos que organizan sus resistencias. Como bien nos recuerda Federico Suárez (2010) “las resistencias son inevitables, el problema no es que existan si no que no puedan ser pensadas”. Puede que, desde esta indagación, podamos clarificar qué ocurrió en aquel grupo y utilizar ese material para seguir aprendiendo sobre esta difícil labor de señalar, confrontar e interpretar tanto obstáculo entre tanta tiniebla.

Tenemos claro que algo faltará siempre y que nunca habrá una explicación total, pero asumiendo la mayor, quizás esta investigación también pueda servir para instrumentalizar a otros futuros navegantes. A mí me habría venido genial.

Dejo de dar explicaciones y me pongo ya en materia.

A continuación, paso a enumerar aquellos obstáculos detectados con mayor frecuencia en el devenir del grupo multifamiliar, leídos aquí en clave de resistencia al cambio. Una serie de escollos y estorbos para aprehender la tarea, que habrían hecho funcionar al grupo predominantemente en pretarea.

---

<sup>20</sup> Y atrevida.

Bajo el epígrafe de cada obstáculo, aparecerán en cursiva y entrecorridos aquellos emergentes que, de forma literal, se citan para la ocasión. Ni están ni se pretende que estén todos los emergentes. Doy cuenta de que supone una gran dificultad sobreañadida leer unos emergentes como citas textuales aisladas, descontextualizadas y desprovistas del componente afectivo presente en todo clima de sesión de psicoterapia. Tampoco quedan registrados emergentes como ausencias, retrasos, silencios, reacciones, miradas y otras actuaciones de índole no verbal. A sabiendas de que una parte importante de la información quedará fuera del alcance del lector, esperamos que la propuesta merezca la pena.

### I. El primer líder no nos salvará.

*¿Pero este grupo para qué es?*

*Estoy un poco descolocado. Nos vemos muy perdidos.*

*Nos da miedo de primeras, dinos algo.*

*Cuando hablan con los psicólogos es confidencial, como pasa con los curas.*

El primer líder de un grupo es el malvado que los ha convocado. En este caso será el equipo de profesionales que organiza el espacio, condensado en la figura del coordinador, quien parece, en un primer vistazo, el más autorizado a hablar. Es el coordinador el que inaugura el espacio enunciando una retahíla de ingredientes que parecen importantes para el desempeño del grupo: la tarea, el encuadre y lo que deberá ser “la cultura del grupo”. Desde la propia experiencia de llevar varios años coordinando grupos, puedo afirmar que por mucha hoja informativa que se haya dado y mucha entrevista previa, en el fondo, los integrantes de un grupo que empieza no tienen ni idea de dónde se han metido. Acuden a un espacio cargados de contradicciones y de fantasías inconscientes<sup>21</sup>, muchas de las cuales ya denuncian desde bien temprano la primera de las resistencias. Algunas vienen por quedar bien con sus hijas y otras por quedar bien con sus madres (también con los padres), pero la mayoría comparte, en este primer momento, un aspecto fundamental: que esta persona que tengo delante, investida del supuesto saber<sup>22</sup>, nos diga qué tenemos que hacer.

La siguiente maniobra es clara: desmontar esa fantasía. Tras las primeras palabras, el coordinador (yo, en este caso) calla y agarra un lugar aparentemente secundario. Algunas preguntas directas se replican con un “yo no sé” y otras, sencillamente, quedan sin responder con un silencio tan abrumador como incómodo. El castillo de naipes empieza a desmoronarse. Abróchense los cinturones.

---

<sup>21</sup> Como no podía ser de otra manera, por otra parte.

<sup>22</sup> Porque para eso ha estudiado.

El encuadre queda al descubierto listo para ser atacado de diferentes maneras: se le pedirá al coordinador, de múltiples y variadas maneras, que siga ejerciendo de líder y ordene la sesión tomando el poder, decidiendo la temática, el orden y el tiempo de las intervenciones y, ¿por qué no?, que también se pronuncie y diga claramente quién tiene la razón (y la culpa) y quién no. ¿Qué pasa con aquellas personas que venían al grupo con una libreta para tomar apuntes? ¿O con las que solo intervienen mirando al coordinador?

El estado confusional y la posición esquizoparanoide<sup>23</sup> empujan para que una especie de caudillo ponga fin al caos y guíe al grupo. Se pide que el coordinador (o equipo de coordinación ya) haga el trabajo del grupo que, de esta manera, estaría funcionando bajo el supuesto básico de dependencia.

Es importante resistir a esta tentación. No tenemos que salvar a ningún grupo<sup>24</sup>.

En este sentido, creo firmemente en que la presencia de un equipo coordinador amplio (coordinador y tres coterapeutas-observadores) y la posibilidad de tratar los aspectos implícitos del grupo en el ateneo posterior, nos permitió contener (y diluir) estos ataques conservando cierto margen de maniobra.

*“Si no vas a solucionar nada me largo. Es broma”*. Frase dicha por una de las integrantes del grupo en el transcurso de una de las sesiones.

Aprovecho para colocar aquí emergente, a modo de cierre del epígrafe, representante de toda una fantasía de rescate mesiánico desmontada, para poder explicar a continuación la paulatina pérdida de asistentes que el grupo padeció a lo largo de las sesiones. El grupo pasó de 34 integrantes iniciales a unos 13 miembros finales que se mantuvieron más o menos estables hasta el final del proceso<sup>25</sup>. Como una de las hipótesis que manejamos, la responsable de la frase arriba escrita pudo utilizar el más sofisticado de los mecanismos defensivos: el sentido del humor. Pensamos que, navegando en un plano inconsciente, si bien la desilusión grupal hizo su parte (“el grupo no me lo va a dar todo”) contribuyó, sobre todo, el no poder sostener la imagen de sí mismo, ansiada pretensión omnipresente. Los que

---

<sup>23</sup> En los libros pone que primero viene lo confusional y luego lo esquizoparanoide, para que después aparezca también lo depresivo (pero esto último sólo a veces un ratillo). Y desde ahí, vuelta a empezar, ya sin ese orden secuencial. Mi experiencia con este grupo, sobre todo en esta primera etapa, fue la de navegar por el estado confusional y esquizoparanoide de forma simultánea, masiva e indiscriminada.

<sup>24</sup> Al loro con aquellos terapeutas necesitados de ocupar lugares de idealización y aparente reconocimiento. La trampa es mortal: el facultativo proyectará sus propias ansiedades, carencias y necesidades en un grupo donde serán gratamente aceptadas a cambio de la falsa seguridad que da la dependencia. El matrimonio perfecto para la resistencia al cambio.

<sup>25</sup> Por el camino (sesión número 11), se destinó un breve periodo de tiempo a abrir las puertas del grupo a nuevos integrantes para evitar su disolución.

no se pudieron armar del pensamiento reflexivo, el compromiso con la tarea y la firme creencia de que el grupo les va a ayudar, resolvieron este asunto con la actuación en forma de huida y, entonces, dejaron de acudir al grupo.

## II. Los subgrupos: pacientes-familiares.

*Dios quisiera que os pudieseis librar de ellas y de nosotros tan pronto.*

*Creo que todas las que estáis aquí podéis salir.*

*Parece que nosotros tenemos la culpa de todo.*

*Nosotros tenemos que estar, ellas tienen que salir.*

*Ellas tienen una enfermedad. Si ellas razonaran como hacemos nosotros, no les pasaría esto.*

*No gusta decir ciertas cosas delante de ellas porque no sabes cómo se lo van a tomar. No te atreves a hablar con claridad.*

*Tengo una pregunta: ¿Hay que llegar a un tope para que os deis cuenta de lo que os pasa?*

*Es muy importante que admitan y se den cuenta de que están enfermas.*

*El cambio se produce cuando vosotras queréis cambiar.*

*Mi niña hace esto, ¿También la tuya?*

Obstáculo éste bien particular y característico de los grupos multifamiliares, que tiende a aparecer muy rápidamente una vez iniciado el grupo y que, debo admitir, permaneció en el grupo<sup>26</sup> mucho más tiempo del que nos hubiera gustado. Cualquier atisbo de cambio al que se enfrentaba el grupo, con la pertinente redistribución de angustia, parecía reactivar como en un resorte esta división en subgrupo de “pacientes” y subgrupo de “familiares”. Traigo aquí las palabras entrecomilladas con las que literalmente se autoproclamó cada subgrupo pero sirva esta separación como fiel sinónimo de pacientes-*enfermas* y familiares-*sanas*, tantas veces visto en tantos escenarios, aquí también. Por si acaso, aclaro la cuestión: *enfermas* y *sanas* es como en el fondo y de verdad se ven, sin rodeos. Vocablos que utilizaré en adelante para facilitar la comprensión lectora.

Este “*ellas-nosotras*” como excelente indicio para el avistamiento de un grupo funcionando en pretarea. Pero también otras señales no explicitadas de forma verbal: intervenciones donde los miembros “sanos” intentan redefinir la derivación al grupo multifamiliar, presentándose como acompañador de la enferma, “yo soy madre de”, “yo soy padre de”; o hablar como si no estuviera presente la otra persona; o directamente guiñar el ojo al

---

<sup>26</sup> Sale la palabra “grupo” en tres ocasiones, en tres frases. No consigo dar con ningún sinónimo de “grupo” que permita agilizar la lectura y no cambie por completo el significado de lo que pretendo explicar. Es que el grupo es una cosa muy concreta, no sirve cualquier término.

profesional o a otros familiares cuando la “enferma” habla<sup>27</sup>; sesiones que empiezan con el coordinador rodeado de las pacientes y las familias situadas en frente, diferenciando claramente los dos bandos; o bien, de forma más sutil, familias que se disponen en círculo, sin mezclarse entre ellas.

En relación con este obstáculo, producto de la dificultad para aprehender la tarea y poder reapropiarse de la parte de enfermedad que a cada uno le toca, por su propia condición y su propia historia, hemos presenciado reiteradamente algunas viñetas:

Situaciones donde los primeros en hablar son los miembros sanos iniciando la descripción de todas las faltas de las cuales serían culpables las enfermas, subrayando el propio esfuerzo, el propio sacrificio y la inutilidad de tanto tratamiento fallido, con la impotencia que todo ello les genera. Luego preguntarán también por el qué pueden hacer para sanarlas. En otras ocasiones directamente tratarán de apuntar<sup>28</sup> el comportamiento estigmatizante de las enfermas: “*mi niña hace esto, ¿También la tuya?*”.

En alguna circunstancia también vimos como el primer intento de aproximación entre ambas partes, de *pegamento grupal*, pasaba por la propuesta de búsqueda y captura del objeto malo. Pura posición esquizoparanoide: un mundo de buenos y malos; convertir el espacio en una agrupación de víctimas pasivas de un ambiente hostil. Explicarse la vida a través de las cosas (malas) que nos hacen los otros. Adaptación pasiva a la realidad, que diría Enrique Pichon-Rivière. Algunas veces (no muchas) el asunto recaía sobre padres ausentes, distanciados, desprovisto de cualquier implicación emocional que tenga que ver con esta “enfermedad de mujeres”. Otras muchas sobre la Institución sanitaria, en su amplio repertorio de representantes (profesionales, dispositivos, jefes y otros estamentos directivos, hospitales y la propia Consejería de Salud).

El trabajo con familias donde hay una integrante oficial e individualmente designada como enferma (a través de los diagnósticos), es una labor de evidente complejidad. Resulta tremendamente sencillo quedar secuestrado dentro de estos mecanismos de resistencia o de complicidad en los cuales permanentemente se intenta segregar a la enferma paciente oficial del contexto histórico, político, social y, especialmente, familiar.

Llegado a este punto, será un aspecto clave que la coordinación no claudique ante la actitud seductora de las “sanas” ni ante la solicitud de dependencia de las “enfermas”. Sólo así el

---

<sup>27</sup> Se incluyen aquí un amplio repertorio, siempre fuera del campo visual de la que está realmente hablando. Muecas, caras con los ojos vueltos, negativas con la cabeza, cejas que se levantan, refunfuños y otros manierismos que vienen a indicar lo mismo: la que habla es la que está loca y no los acompañantes.

<sup>28</sup> Y de paso, apuntalar. Cualquier momento es bueno.

grupo avanzará hacia el camino de la recuperación, favoreciendo el crecimiento, la integración y la madurez de cada uno de sus miembros.

### III. El enfado

*Te amo y te quiero, pero te tengo mucho rencor.*

*Yo no estoy enfadada.*

*¿Puedo o tengo que pedir permiso para enfadarme? A veces parece que no tenemos derecho a enfadarnos.*

*Ahora sí, ahora no, bipolaridad o tomarme el pelo.*

*La enfermedad es la postura cómoda.*

*Mi hija es una tirana.*

*Tu tienes tus terapias, este es mi momento con mis iguales.*

*La mentira y el engaño te hace desconfiar, te cabrea.*

*Entonces, ¿A qué te dedicas todo el día?, ¿A pensar?*

*Yo lo veo como una situación de egocentrismo.*

Mientras escribo estas palabras me hago consciente de que esta separación categórica por obstáculos, a modo de los diez mandamientos de Moisés, no tiene ningún tipo de sentido. La mitad de las cosas están relacionadas las unas con las otras y la otra mitad seguramente también, pero no soy capaz de verlo. ¿Acaso no habrá enfado tras prácticamente cada epígrafe? El enfado ha estado omnipresente a cada paso que hemos dado con el grupo multifamiliar:

- Porque quiero que el otro/a cambie como a mí me gustaría, por mis cosas y en virtud de mis necesidades.
- Por las renunciadas que hago para que ello<sup>29</sup> ocurra.
- Por las expectativas frustradas.
- Porque esto no es inmediato.
- Por las fantasías no cumplidas (sobre el yo ideal y sobre la familia ideal).
- Porque no me quieres como yo quisiera.
- Porque no me puedo resignar a ser una más<sup>30</sup>.
- Como forma de mantener viva la fantasía de que algún día sí<sup>31</sup>, sólo hay que empeñarse.
- Porque el grupo no es lo que pensaba.

---

<sup>29</sup> Lo de cambiar al otro a mi gusto.

<sup>30</sup> O del montón.

<sup>31</sup> Lo que sea.

- Porque aquí se me van a ver las costuras.
- Porque no puedo reafirmar, aquí y ahora con vosotros, una imagen de mí misma que puede con todo.
- Por la constante comprobación de que el mundo no está a mis pies.

Para salir de este apartado lo antes posible pienso, por libre asociación, en dos escenarios:

Por un lado, en la típica viñeta que seguro habéis presenciado alguna vez donde existe un niño con semejante enfado en la calle (por cualquier detalle que no ha caído en gracia, siempre desproporcionado) y en cómo su madre (casi siempre la madre, proveedora de aparentes cuidados infinitos e inagotables) se hace cargo de todo el malestar<sup>32</sup> aguantando el berrinche hasta que se le pase. *¡Qué alivio! Mi enfado tiene límites y no la hace desaparecer a ella ni a mí mismo, menos mal.* Me imagino yo que se dice el chiquillo para sus adentros.

Y por otro lado, traigo a uno de mis escritores favoritos: Foster Wallace. Lo expongo aquí de forma literal para no mancillar ni una coma:

“He aquí un ejemplo de la equivocación absoluta de lo que tiendo a estar automáticamente seguro. Todo lo que conforma mi experiencia inmediata apoya mi creencia profunda en el hecho de que yo soy el centro absoluto del universo, la persona más real, nítida e importante que existe. Casi nunca pensamos en este egocentrismo tan básico y natural, debido al hecho de que es socialmente repulsivo, y sin embargo en gran medida todos lo tenemos, en el fondo. Es nuestra configuración por defecto, que nos viene ya de fábrica al nacer. Pensad en ello: nunca habéis tenido ninguna experiencia de la que no fuerais el centro absoluto. El mundo tal como lo experimentáis se encuentra delante de vosotros, o bien detrás, o a vuestra izquierda o a vuestra derecha, o en vuestra televisión o en vuestro monitor o donde sea. Los pensamientos y sentimientos ajenos se os tienen que comunicar de alguna manera, pero los vuestros son inmediatos, apremiantes y reales. Ya me entendéis”.

Pues eso mismo, ya me entendéis.

#### IV. Las niñas.

*Cuando le dices niña no estás pensando en ella, estás pensando en ti.  
Hay que aceptar que no son niñas, son mujeres... ¡pero cuesta tanto!  
Hemos concentrado nuestra utilidad en ser madres.*

---

<sup>32</sup> Unas veces poniendo muecas y resoplando, otras veces sonriendo, como buscando complicidad o compañía con otros viandantes.

*Pensábamos que era una niña e intentábamos protegerla.*

*Las expectativas que te creas sobre tu niña, de cómo debe ser.*

*Eso no va a ayudar a que tu niña esté mejor.*

*Lo normal es que un bebé empieza a gatear y acaba andando. En algún momento andará sola.*

*Mi madre no para de decirme cómo tengo que poner la pierna.*

Al poco de aterrizar en la unidad (hace casi cuatro años ya) me di cuenta de un aspecto muy característico que acompaña a todo el epifenómeno llamado TCA. Por un lado, las pacientes parecían instaladas en una edad madurativa mucho menor a la que cronológicamente les tocaba y, por otro lado, las madres hacían la contraparte llevando a cabo comportamientos para con ellas que facilitaban la perpetuación de este estado regresivo, la mayoría de ellas bajo el paraguas de la preocupación, el miedo y la sobreprotección.

¿Por qué les viene bien a todas las partes, que las pacientes sigan siendo niñas? ¿Para qué tanto? ¿Para quién es todo esto?

Esta observación me llevó a diseñar y dirigir un dispositivo entero, aquí llamado ya UTCA, bajo la filosofía de la gran incubadora<sup>33</sup>. Me imaginaba las puertas del Hospital de Día como las puertas de un gran microondas.

Este asunto me llevó a obcecarme con la palabra “*niña*” a cada instante que la escuchaba: en las reuniones de equipo, en una conversación de pasillo, en los grupos de pacientes y, cómo no, en el grupo multifamiliar. Bajo la premisa de que el lenguaje determina el pensamiento y cómo determinadas categorías lingüísticas limitan y determinan categorías cognitivas, a cada instante que escuchaba la palabra *niña*, saltaba en resorte con la siguiente pregunta: ¿Pero qué edad tiene la niña?<sup>34</sup> Para desmontar rápidamente el chiringuito con un demoledor “la niña es ya una mujer”<sup>35</sup>.

Sinceramente no sé el tamaño del efecto que tiene este empecinamiento para la tarea que tengo entre manos. A veces, esta actitud de marcada denigración por la palabra “*niña*” sale más por los viejos tiempos, por agarrarme a la ilusión de los primeros momentos de mi andadura, por mantener cierto grado de coherencia más con el personaje que con la

---

<sup>33</sup> Otras veces también he pensado en la UTCA como el peluche de Winnicott (1965), a modo de gran objeto transicional. Para el caso, la propuesta sería la misma, solo cambia el momento de la intervención.

<sup>34</sup> Para no meter la pata.

<sup>35</sup> El entuerto siempre me venía de vuelta como una acción-reacción de la siguiente manera: “en Andalucía es que se dice *niña* a todo”. Asunto resuelto.

persona<sup>36</sup>. En otros momentos, veo detalles que me hacen creer que el esfuerzo merece la pena. Cuando se les escapa en el grupo la palabra niña, corriendo se corrigen (las unas a las otras, da igual el sentido) y de fondillo me miran de reojo. Aunque sólo sea por el deseo de reconocimiento y el de quedar bien con el coordinador del grupo. En algún lado debe permanecer, como una especie de germen. ¿Quedará instalado en la cultura del grupo, quizás?

En el *porqué*, el *para qué* y el *para quién* de esta niñez perpetua, preguntas que quedaron antes sin responder, creo que está el verdadero argumento.

Por un lado, madres que han focalizado su historia en el cuidado de sus hijas, para no mirar a la propia autodeterminación. Ser madre, solo madre. Y todo el narcisismo puesto al servicio de garantizar ese lugar. *Si no estoy pendiente de mi hija, ¿entonces qué hago con mi vida? Y peor aún, ¿Qué hago con mi Paco?* Me confesaba una madre en nuestra “Escuela de madres”<sup>37</sup>.

Otras, tal vez ante la emergencia de mayores habilidades y competencias en sus hijas, no parecen simplemente preparadas para negociar una mayor autonomía. No quieren ser las madres ásperas, distantes y punitivas que ellas habían sentido que habían sido las suyas, pero carecen de la experiencia emocional de modelos alternativos. En cuanto a los padres, o bien se encuentran envueltos en esta misma batalla, lo cual carga de discusiones y conflictos la dinámica de pareja o, como ya hemos dicho antes, en la mayoría de los casos están física y emocionalmente ausentes de tal situación.

Por otro lado hijas que, bien por complicidades tácitas contribuyen a salvar a su madre de la tediosa y difícil decisión de qué hacer con su vida, bien por otros miedos propios de la vida (inclusives los edípicos), temores disfrazados ahora en forma de perfeccionismo y búsqueda del objeto total, terminan resolviendo<sup>38</sup> el entramado propuesto, retornando a un estadio previo llamado “niña”, algo más llevadero y libre de tanta carga afectiva.

Los adolescentes ahora dicen: “la vida se me hace bola”. Curiosa analogía.

---

<sup>36</sup> Como diría el otro.

<sup>37</sup> Puede que en otras navidades os cuente la experiencia de la “Escuela de madres”.

<sup>38</sup> Aplazando más bien.

## V. La no diferenciación

*Le he prohibido a mi hija cosas porque a mi me daban miedo.*

*Yo y mi hija y mi hija y yo.*

*He focalizado mucho en mi hija.*

*Sería más fácil si estuviéramos ella y yo solas.*

*Muchos miedos se los traspasamos a ellas.*

*Mi madre se tuvo que morir para que yo saliera de esto.*

*El nivel de exigencia de ella me lo estaba pasando a mi.*

*Anoche nos peleamos mi madre y yo y me dijo que hoy no iba a venir al grupo.*

*Si tú estás bien, yo estoy bien.*

Desde la primera sesión ya aparece dando señales. Por ejemplo, familiares que no se presentan como sí mismas, como integrantes separados del grupo, sino “en función” del grupo familiar de pertenencia y de la relación que tienen con la paciente designada. Algún que otro lapsus también apunta en esta dirección, como confundir el nombre de la madre con la hija y viceversa, aunque muchas veces será el mismo nombre. Qué casualidad.

Primer dilema: *Mi madre se tuvo que morir para que yo saliera de esto.* O ella o yo. Sólo con la fantasía de separación aparecen los miedos más extremos y más temidos. Como si no se pudiera contemplar ninguna otra forma de existir para el otro.

Segundo dilema: *Si tú estás bien, yo estoy bien.* O somos las dos una misma, o no somos. Cualquier directriz que vaya en otra dirección se carga de culpa hasta las trancas. No hay posibilidad de desarrollar un vínculo estable que se vaya transformando con los nuevos requerimientos. No es la misma relación con la madre en la etapa de bebé que en la de adulta mujer. Las necesidades son otras y los deseos también, pero el amor no tiene porqué desaparecer. Este puede ir transformándose en función del crecimiento y las vicisitudes de la propia vida. Como no puede ser de otra manera.

Tercer dilema: *Le he prohibido a mi hija cosas porque a mí me daban miedo.* Ante el ineludible fenómeno de separación-individuación y todo el miedo que ello despierta (en ambas direcciones madre-hija) se viene el par de contrarios: control - autonomía. Se inunda la sesión con términos como “negociar”, “ceder”, “prohibir”, “tiranía”, “desconfiar”, “libertad” y un largo etcétera.

El terreno es fértil para el origen, desarrollo y mantenimiento del TCA. Una especie de acuerdo invisible para aplazar todo este follón.

## VI. El silencio.

*A veces no se pregunta por el miedo a la respuesta.*

*Cuesta preguntar por el cómo estás.*

*Las palabras han levantado ampollas.*

*Los nervios, como madre, te los tienes que comer.*

*Te tragas tus miedos y a veces los vomitas.*

*Es un miedo solitario, me lo trago un poco.*

*Yo cuando me enfado, callo.*

*Callar y no comer viene a ser lo mismo.*

*Yo me he callado todo para no hacerlo explotar.*

*Me ha venido el pensamiento de que yo no puedo hablar con mis padres.*

Nos llama la atención que el grupo multifamiliar TCA es un grupo especialmente silencioso y encorsetado. De sobras es sabida la gran cantidad de variantes expresivas condensadas detrás del silencio (desde el silencio introspectivo, pasando por el que representa la protesta, el enfado y la queja, como el acto de violencia y agresión hacia el otro, como la actuación del secreto familiar, como una forma de transmitir la de soledad<sup>39</sup>, desde la inhibición por el temor a ser juzgado o perder lo de afuera por cosas que pasen en el adentro, también como manera de contactar con la parte no-comunicativa y más genuina del individuo, entre otros muchos).

En nuestro caso, categorizamos el grueso de los silencios que hemos ido encontrando en el marco de la resistencia al cambio. El silencio como la actuación de enfados, frustraciones no dichas y expectativas no cumplidas. El silencio también como una forma de escurrir el bulto. Si este señor está empeñado en que no hay subgrupos, entonces a lo mejor yo soy el loco. Mejor me callo y así no doy pistas.

*Me ha venido el pensamiento de que yo no puedo hablar con mis padres. Como si mágicamente las palabras adquiriesen un poderío tal como para herir al otro sin posibilidad de reparar. Con lo cual ese otro, al que tanto necesito y del que tanto dependo, me retira el amor y me quedo sola, justo lo que más temo. Fantasías donde las palabras están cargadas con tan alto potencial como para derrumbar familias enteras. He aquí la antesala a todo tipo de actuaciones sintomáticas de diversa índole, especialmente las alimentarias. La comunicación vendrá por otras vías no verbales. Lo que no pueda ser hablado será actuado a través de los síntomas.*

---

<sup>39</sup> A través del mecanismo de identificación proyectiva.

En el ayuno, el atracón y el vómito autoinducido hay muchísimo contenido por descubrir. ¿Qué trama vincular se esconde detrás del silencio-síntoma? Me pregunto cuánto de la enfermedad está puesto en callar y así controlar la emergencia de otros conflictos (de pareja, con padre y madre, con los hijos, con los hermanos, por ejemplo).

Desde ahí el TCA adquiere otra nueva dimensión. La enfermedad en tanto herramienta utilizada para acallar otras situaciones problemáticas, cargadas de malentendidos, frustraciones, decepciones y de rabia.

## VII. La búsqueda del reconocimiento y la exigencia.

*Tenemos sensación de profe.*

*Intentaba ser la mejor a los ojos de mis padres.*

*A mí me pasa que necesito, desde fuera, que me digan que lo estoy haciendo bien.*

*Queremos que estéis bien y nos acostumbramos a lo bueno. No nos culpéis por exigir.*

*Tampoco podéis demonizar la exigencia.*

*Viñeta clínica presenciada en el grupo: apasionado debate entre las madres perfilando cómo deberían ser sus hijas. Llegaron a la siguiente conclusión: estudiosas, obedientes, sumisas, cuidadoras y femeninas.*

*Y otra escena: empieza la sesión y todas se sientan en frente del coordinador.*

En esta estación me voy a parar un ratito.

Pareciera que, tras la búsqueda del reconocimiento como necesidad de objeto del self inherente a toda naturaleza humana, en el fondo, de lo que se trata realmente es de una búsqueda de amor y que, ambas cuestiones (cargadas de conflictos por donde uno mire), se pudieran resolver mágicamente, sin tensiones ni contradicciones, siendo simplemente perfecta. Ahí es donde encaja la exigencia.

Llegados a este punto, me gustaría desarrollar un par de asuntillos, a modo de reivindicativa reflexión militante: entiendo aquí el concepto de exigencia y búsqueda de la perfección como un constructo de índole cultural, social y política que pretende, con especial alevosía, el dominio de la mujer. No es de extrañar que el grueso de la atención sanitaria que ofreció la UTCA en el año 2024 sea destinado a aquellas personas designadas como mujeres (87,5%<sup>40</sup>). Todo ello ocurre a través de la ideología dominante heteropatriarcal y capitalista que oprime a la mujer, de forma individual y colectiva, se apropia de su fuerza productiva (y

---

<sup>40</sup> Véase en “Memoria de la actividad 2024”. De libre acceso en: [https://www.huvn.es/asistencia\\_sanitaria/unidad\\_de\\_trastornos\\_de\\_la\\_conducta\\_alimentaria/materiales\\_complementarios](https://www.huvn.es/asistencia_sanitaria/unidad_de_trastornos_de_la_conducta_alimentaria/materiales_complementarios)

reproductiva), de sus cuerpos y sus productos, mediante unos métodos más o menos burdos, más o menos sofisticados, como por ejemplo el de hijas moldeadas por sus madres. Tremendo logro conseguido por parte de la ideología dominante. Tal y como apunta Ana Távora<sup>41</sup>, es necesario trabajar sobre los ejes de opresión en la conformación de la subjetividad de las mujeres. Una ideología dominante cuyo objetivo es el de evitar que las mujeres sean sujetos separados.

He aquí, a priori, **dos ejes de opresión** que no pueden quedar olvidados de cualquier práctica clínica.

1. Desde una perspectiva más transversal, hablamos de un aspecto muy importante pero no específico del TCA. Se trata de conocer, con la persona que se atiende, en qué situación se está:

- ¿Cuánto de diferenciada estás del otro? Una cosa es el otro y otra tú.

- ¿Cuánto de importante es para ti el otro? Cuanto más imprescindible sea para ti el otro, menor diferenciación y mayor resistencia al cambio.

A la par que se habla de sometimiento, se habla de resistencia.

*Dejar de comer por sometimiento y también como resistencia.*

Desde esta dimensión, trabajar sobre la **autoafirmación** debe ser aspecto nuclear en toda intervención con mujeres. Hablamos de renunciar a ese afecto que “necesito” siempre. Poner el foco en la autoafirmación, supone asumir la soledad que ello conlleva y poder sostener la tensión siempre presente entre la autoafirmación y la afiliación. Aprender a lidiar con esa tensión como cuestión imprescindible para ser un sujeto pleno, un sujeto con poder, un sujeto con agencia.

Produce placer ir de la mano del novio y también produce placer arreglar sola la rueda del coche que se te ha pinchado.

Se trata pues de trabajar en aquella directriz que permita al sujeto tener la responsabilidad de elegir me afilio más o menos, me autoafirmo más o menos. Esa tensión es la que me permite ser un “sujeto separado”. “Yo no soy tú”. Que la mujer sea un sujeto separado no es de interés político, social ni histórico, porque permitiría a la mujer poder decir “no”.

---

<sup>41</sup> Tuvimos la suerte y la oportunidad de contar con Ana Távora como parte del calendario de formación continuada de la UTCA, en el pasado año 2024. Su participación constó de dos encuentros, con material clínico y bibliográfico para el trabajo en grupo. Cada palabra procedente de aquellas charlas vale su peso en oro. La suerte es que ella accediera a prestarse. La oportunidad la buscamos nosotros.

Y todo esto tendrá que ver con lo que tú quieras de tu vida. Si tú piensas (como fantasía) que el otro puede darte lo que te falta (véase felicidad), entonces sólo funcionarás única y exclusivamente en posición de afiliación.

*No comer como forma de hacer soportable dolores mayores.*

2. Eje de opresión específico de los TCA. Sobre el **reconocimiento** a través de la corporalidad. El cuerpo es un nudo donde están articuladas diferentes matrices opresivas donde se hallan: el ideal de belleza, el mi madre quería más a mi hermana, el ser perfecta en la universidad, el ser la mejor mirada, el mi madre me confesaba lo que le pasaba con mi padre y el competir con mi madre, entre otras cosas.

¿Cómo quitar al cuerpo ese poder aglutinador de los diferentes sistemas de opresión?

En este caso la tarea pasará por hacer visible lo que es invisible. “Poder mirar sin dejar de ver”. Pongo aquí el mismo ejemplo que Ana Távora trajo a aquel fantástico coloquio formativo: hoy en la playa del desembarco de Normandía hay gente bañándose, sombrillas. La playa sería el cuerpo. El cuerpo tiene tras de sí tanta historia (a veces ruinoso) que requiere sistemáticamente ser reconocido (tenido en cuenta) y ser discriminado.

Se trata de estar atento al cuerpo sin olvidar todo lo que hay condensado en él.

Desde luego no es sólo la cultura de la delgadez. Hay que incluir porqué tú, en esta familia, te quedas con la cultura de la delgadez. A ti qué te resuelve dejar de comer, incluyendo ahí también lo intrapsíquico (mundo interno) y, desde luego, lo intersubjetivo (lo vincular). El cuerpo entonces se convierte en el lugar perfecto para hablar de todas las opresiones.

Desde este prisma no es de extrañar que la batalla final se deba librar siempre en el cuerpo de la hija. Como aquel lugar donde resolver todas estas tensiones: autoafirmación-afiliación, redistribución-reconocimiento. En este sentido, la exigencia (y su cara B el TCA) como forma de manejar esa incertidumbre, esas tensiones. Como manera de volver a un lugar familiar y, aparentemente, más seguro: *yo estoy enferma, no puedo ser perfecta, no puedo con esto, necesito parar, necesito que me protejas y me quieras.* Palabras que podrían pronunciar cualquiera de nuestras integrantes.

Una vez el marco de la foto queda bien apuntalado, volvemos a nuestro grupo multifamiliar.

Primera pregunta, a partir de la cual seguir tirando del hilo: ¿Por qué les cuesta tanto apropiarse del espacio grupal, lugar donde poder pensar, poder autoafirmarse, sentir con

naturalidad y crecer con él? ¿Por qué no se quitan de una vez el corsé<sup>42</sup>? He aquí el enunciamiento de una sartenada de posibilidades que darían cuenta de las dificultades para la integración de las contradicciones, obstáculos para aprehender el espacio grupal y, por ende, la tarea:

1. Hay que ser perfectas, aquí también.
2. Pensar diferente es dañar/ofender.
3. Hay que pensar de forma excelente. Que cada vez que hable, se diga la brillante aportación que he hecho.
4. Que hablen las pacientes que sufren más. Otro subgrupo más: ahora el de las altruistas sacrificadas.
5. Guardemos las apariencias aquí y ahora, por todo lo que nos jugamos después fuera.
6. De la mano de la teoría de los ámbitos, incluyendo ya el sistema económico dominante, pueda surgir una dificultad añadida evidenciada a través del siguiente dilema: ser sujeto (objeto) capitalista o ser un sujeto dialéctico.
  - *Capitalista*: ser objeto de lo hegemónico, cerrado, inmediato, estático, dócil, como se espera, como tiene que ser, estereotipado y sujetado.
  - *Dialéctico*: ser sujeto que incluye a las contradicciones, el proceso, la complejidad, la incertidumbre, la vulnerabilidad y la creatividad.

Y cómo la resolución de este dilema pueda organizar, a priori, sólo dos posibles salidas:

a/ No siento nada, me pongo en una especie de altar, lugar de poder donde no hay afectividad: sesiones y sesiones donde la intelectualización dominaba la escena. Nubes de anestesia que ponían al grupo a dormir. Aburrimiento generado como forma de distanciarse del conflicto y de la tarea.

b/ Siento muchísimo y no sé qué hacer con tanta emoción, la afectividad me desborda y pierdo el control: sesiones cargadas de una emotividad tal que sobrepasaba la capacidad de sostén de alguna integrante y ésta salía del grupo para tomar un poco de aire<sup>43</sup>.

Me centro ahora en dos aspectos nucleares de esta tiniebla aquí llamada “la búsqueda de reconocimiento y la exigencia”, con la intención de seguir indagando sobre el fenómeno grupal multifamiliar en los TCA. Obstáculos ambos de hormigón armado:

- el objeto ideal mujer.
- el objeto ideal familia.

---

<sup>42</sup> “*La doncella de hierro*”, que diría Naomi Wolf (1990).

<sup>43</sup> A veces ya no volvía a entrar y nos dejaba a todos, como bien decía otro paciente: “*con el culo apretao*”.

## 1. El objeto ideal mujer.

*Estoy sola, sin saber cómo actuar.*

*Hacer las cosas bien o mal.*

*Todo tiene que salir bien, todo tiene que ir perfecto.*

*A veces la enfermedad es lo único que da sentido a la vida.*

*Todo gira en torno a la enfermedad.*

*El enfado que tengo es conmigo misma. Pienso que tendría que haber conseguido más. Me genera mucha impotencia.*

*Expectativas que me he creado yo sola.*

*Soy un fracaso más para la familia.*

*Se siente mucha vergüenza con esto.*

*He intentado formar una persona para agradar a todo el mundo.*

*Estoy cansada de poner una cara que no tengo.*

*Me da miedo tomar decisiones y equivocarme.*

*Yo quería ser perfecta.*

La jugada maestra de la ideología dominante es la siguiente: construir una realidad que exige a las mujeres un perfeccionismo extremo, en virtud del interés de la propia doctrina. Ser obediente, sumisa, buena, capaz de anticiparse a las necesidades de cuidado de los demás y, por supuesto, pornográficamente femenina, siempre bajo la falsa promesa de alcanzar por fin toda plenitud anhelada. Vale para las hijas y también para las madres, la única condición exigida es la de ser mujer. Todo ello ocurre con una premisa bien clara: sois sustituibles, objetos de usar y tirar fácilmente reemplazables. Por ende, todo lo que no responda a cumplir con lo exigido será vivido con tintes de culpa, frustración, impotencia e importantes sentimientos de soledad y temores de abandono. Ahí el TCA puede ser un oasis.

Aceptar su mente sin aceptar su cuerpo, como forma de dominar (y exterminar) a la mujer. Mentes por otra parte gravemente afectadas por el estado de desnutrición, por los desequilibrios electrolíticos varios, por no hablar del amplio espectro psicopatológico que suele acompañar a los TCA, incluidas las ideas de muerte.

A las mujeres se les permite tener éxito con la condición de ser bien femeninas (bajo la prescripción del mito de la belleza pornográfica) y si, por alguna casualidad, terminan violadas: ¿Se lo buscó? como primera pregunta.

*Para presumir hay que sufrir, reza un refrán tradicional.*

Por una parte, quienes tienen el poder destacan ese mito de la belleza con el fin de neutralizar los logros de las mujeres, y por otra, no menos poderosa, las mujeres se inclinan

ante el mito en estas circunstancias en busca de su protección, como un talismán que les permitirá ascender a la próxima categoría sin sufrir castigo alguno.

Este es el caldo de cultivo que tenemos. Nuestro puchero de cada día.

Dice Naomi Wolf (1990), con quien no podemos estar más de acuerdo: “Este mundo más amplio nunca transmite a las jóvenes el mensaje de que su cuerpo es valioso simplemente porque ellas están dentro de él. Hasta que nuestra cultura les diga que son aceptadas con cualquier cuerpo, que las mujeres tienen valor por sí mismas con el pretexto de la belleza o sin él, las jóvenes continuarán pasando hambre.”

Desde ahí, pensamos también la enfermedad TCA como una forma de protegerse de un mundo que se ceba con la mujer.

*He intentado formar una persona para agradar a todo el mundo.* Nos decía una madre integrante del grupo. Vamos ahora con las madres.

Emilce Bleichmar (2015) describe cuatro tipos de madres, en cuanto a agrupaciones familiares TCA se refiere:

1. Madres extremadamente dadoras, perfeccionistas: atentas a las necesidades de cada componente de la familia, perfeccionista en los estrictos estándares de su propio comportamiento, inhibidas en la expresión directa de sus propias necesidades. La madre comunica un ideal de lo femenino como desinteresado y no indulgente con sus deseos.
2. Madres dominantes, controladoras, intrusivas: la madre usa a su hija como continente de sus propias emociones no procesadas, es incapaz de contener las emociones de su hija<sup>44</sup>.
3. Madres rígidas y con baja autoestima: comparten la rigidez y el bajo autoestima con sus hijas, incapaces de valorarse por sí mismas. Se organizan con la pareja-hombre desde la dependencia (afiliación). Este, a cambio, les demandará una lealtad subordinadamente incuestionable y cuidados infinitos.
4. Madres narcisistas: hijas que completan la estructura narcisista de la madre. *He intentado formar una persona para agradar a todo el mundo.* Hijas como creación propia. Hija objeto que debe ser moldeada en virtud de las propias necesidades como madre pero también, en relación a las exigentes condiciones sociales, culturales y sobre todo políticas para con la mujer.

---

<sup>44</sup> Recuerden la viñeta traída antes de la madre, el niño y su berrinche.

En el grupo multifamiliar las hemos tenido **todas**. Y prácticamente casi todas las madres relataban haber tenido relaciones con sus propias madres bien demasiado autoritarias, bien demasiado sumisas, pero en todo caso, compartían la queja de no haber podido tener todo el amor que hubieran deseado.

## 2. El objeto ideal familia.

*Ahora cuando lleguemos a casa verás.*

*Tienes que dar una buena cara. Miedo a que te etiqueten.*

*A ver si no hay represalias después.*

*Es que tus amigos están en la universidad y tú no.*

*En el momento que entramos al psiquiatra se me cayó el mundo encima.*

*Tolerar que unos nos podemos enfadar con los otros.*

El sentimiento de haber fracasado en la propuesta anterior (la de madre perfecta y la de hija perfecta, en tanto objeto ideal mujer) puede llevar a la enfermedad de estas últimas como principal elemento organizador familiar. En su dimensión explícita (lo que se trae al grupo): frustración, decepción, fracaso, vergüenza, agotamiento, cansancio, silencio y soledad. Pero también en lo implícito (lo que perpetúa el cuadro): el desarrollo de las fantasías ideales de una misma y de la propia familia. Con la enfermedad todo queda paralizado hasta nueva orden. Se mantiene así, la capacidad potencial de conseguir el verdadero logro: yo seré idealmente perfecta, mi familia lo será también y así conseguiremos tenerlo todo plenamente resuelto.

La única explicación a no poder conseguirlo todo es porque estoy enferma<sup>45</sup>.

También aquí incluimos una serie de fantasías que no permitieron convertir al grupo en un espacio de integración, de maduración, de crecimiento e individuación<sup>46</sup>:

1. No existen las renunciaciones. Puedo con todo. Puedo ser todo.
2. No existen las dudas.

---

<sup>45</sup> Paso del yo al nosotros con demasiada frescura, como el que cambia de chaqueta. Encima empleo licencias literarias donde pongo en mi boca supuestas palabras de una mujer con el diagnóstico TCA. No me encuentro demasiado cómodo con estos desdoblamientos siendo sobre todo un hombre varón, blanco y heterosexual.

<sup>46</sup> Me he apoyado aquí, a modo de literal inspiración, en la lectura de emergentes de mi querida compañera de viajes Ana Távora. Otra genial maestra donde las haya. No es la primera vez que la menciono. Emergentes de otro espacio institucional, de otro grupo, con otra tarea. Pero con cuestiones entre manos tan parecidas (implícitas) que aquí encajan como por arte de magia, como si no se hubiera perdido ni una sesión.

3. No existen los miedos. *¿Si no vengo al grupo se olvidarán de mí?, ¿Cambiaré si aprendo nuevas cosas?*
4. Se puede vivir sin cuestionarse lo que uno hace. *¿Cómo puedo separar la familia del otro de la propia?*
5. Se puede hacer terapia sin hacer política.
6. La rigidez resuelve las cosas. *Pero cuando se incluye la situación, las cosas dejan de ser rígidas.*
7. Existen familias que lo han tenido fácil.
8. Se puede hablar de la vida sin hablar de la muerte.

Y con todo esto: ¿Cómo encontrar un lugar sin ubicarse bien en el borde de la desesperación, bien en el borde de lo hegemónico?

#### VIII. La voracidad.

*Cada vez las sesiones son más intensas. No sé si será positivo venir.*

*Podríamos tener grupo todas las semanas.*

*¿No hablas? Tienes que contar lo que te pasa, vomítalo todo ya.*

*Yo acaparaba mucho a mi hija hasta que solté la cuerda.*

*El año que viene seguiremos, ¿no?*

*¿Por qué paramos en verano?*

*Tendría que haber venido antes al grupo.*

Otra de las características que particularmente definen a los grupos multifamiliares TCA es el de la voracidad. Familias con un hambre de objeto insaciable. Nunca parece suficiente. A poco que uno empieza a indagar, detrás de toda esa voracidad aparece, desde bien tempranito, una larga, compleja y trágica historia de carencias y necesidades no satisfechas; un patrón vincular altamente frustrante que lleva, ya en etapa adulta, a la eterna búsqueda de un algo que por fin me devuelva la plenitud soñada. El problema es que “ese algo” poco o nada puede hacer para resolver tanto vacío y, tras la luna de miel propia de toda novedad, pronto el hambre vuelve a aparecer.

Plantea Gabbard (2002) en “Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica”<sup>47</sup> que en el tratamiento de la patología voraz existe un aspecto que puede resultar clave: el trabajo psicoterapéutico pasa por incluir la idea de que será engullido por la paciente y que, mientras tanto, se conserve la capacidad consciente de contemplar que ello está ocurriendo.

---

<sup>47</sup> Buen libro de cabecera.

Ahí es nada.

### IX. La culpa.

*Yo me sentía muy culpable: ¿Cómo no me di cuenta de que mi hija estaba en esa situación? Tenía esperanzas de que mi hija se iba a recuperar y ha vuelto a recaer. He fracasado otra vez.*

*No sé cómo sacarla de esto.*

*¿Cómo puedo sentarme a esperar? ¿Qué he hecho mal?*

*Cuando uno atenta contra otros va a la cárcel, pero ¿qué pasa cuando atenta contra una misma?*

Podríamos decir que el sentimiento de culpa, primordial obstáculo detectado en nuestra experiencia con el grupo, principal motor de la resistencia al cambio, pivotaba especialmente en torno a dos dimensiones que paso a detallar.

Por un lado, culpa en el amplio concepto traído de la cultura judeo-cristiana. En este sentido nos dice Montecchi y Valeri (2008) “en este *valle de lágrimas* que es el mundo, no hay lugar para el placer, sino solo para el dolor que nos purificará del *pecado original* y a través del sacrificio de vivir, se introducirá en la felicidad futura del otro mundo”. Y sigue diciendo “Los placeres nos vinculan a la materialidad de esta tierra, nos impiden la ascesis, nos apesadumbran y nos arrojan a los infiernos”. Sin ser esta vertiente un elemento central en nuestro grupo, al menos aparentemente, no podemos descartar su presencia y cierto gocecillo de fondo entre tanto regocijo culposo. Ese placer tiene tintes de sacrificio venerado y un poco<sup>48</sup> también, por qué no, de sado-masochismo encubierto.

En esta línea, tanta cárcel, tanto castigo, tanta persecución, me hace seguir preguntando: ¿Pero, cuál es el delito? ¿Y cuál es la pena? ¿Será el castigo del cuerpo, destinado a experimentar un plus de dolor, la forma de expiar tanta culpa? ¿Estarán metidas en el mismo saco TCA y fibromialgia? No me queda claro. No estoy convencido del todo. Seguiré pensando.

Por otro lado, ocupando un lugar más que protagonista en nuestro trayecto con el grupo, culpa en tanto su vertiente más narcisista, desde una omnipotencia desenfrenada. Una salida hacia delante para retomar el control de una situación cargada de inquietud e

---

<sup>48</sup> O un mucho.

incertidumbre. Bajo el “yo debería poder con todo”<sup>49</sup>, al ser contrastado con el abrumador principio de realidad en el que efectivamente se me informa que no puedo con todo, desde esa constante vivencia de fracaso y decepción, se trata de sobreactuar. Las unas (madres) lo harán con la sobreprotección, las otras (hijas) con la protesta.

## X. El destino.

*Yo lo que veo es mucho bucle, la pescadilla que se muerde la cola.*

*La enfermedad es como la lotería. Te ha tocado y te ha tocado.*

*Yo creo que lo de la anorexia es un gen.*

*A ti te saltó el chip pero yo tengo a mi hija de veintitantos y no le salta el chip.*

*¿El TCA se hace o se nace?*

*Me estoy adelantando a los acontecimientos.*

La idea estereotipada del destino está caracterizada por la compulsión a repetir la propia historia y la de los propios padres y madres, sin posibilidad alguna de cambio, sin margen para desviarse de un camino ya marcado. Maniobra extremadamente rígida para controlar la incertidumbre. Desactiva al otro en un santiamén. Es mi destino. Fin de la historia.

Si uno no se puede sustraer de un trayecto ya predestinado, de poco vale el análisis de sus propias contribuciones a la problemática que le concierne, de nada sirve el empeño en la realización de los duelos por las pérdidas no elaboradas, en definitiva, invalida todo trabajo para con la tarea. En el mejor de los casos, se esperará un golpe de suerte que venga desde fuera, ajeno a toda voluntad.

*La enfermedad es como la lotería. Te ha tocado y te ha tocado.* El asunto de la lotería tiene miga. ¿Cuáles son las papeletas que uno compra? Habrá que acudir a la historia familiar imagino, pero ¿qué debe ocurrir para tener más o menos papeletas? ¿Cuál es el premio? ¿Cómo se gana? ¿Para qué sirve el premio? ¿Para quién va dirigido? ¿Quién es el que paga?

*A ti te saltó el chip pero yo tengo a mi hija de veintitantos y no le salta el chip.* Lo del chip es otro apartado de traca. Más allá de ser otro cliché más, propio de una psicología tan simplista como barata<sup>50</sup>, no sé cuánto de ello obedece a esta omnipresente necesidad de

---

<sup>49</sup> Yo objeto ideal.

<sup>50</sup> De los creadores de: “salir de la zona de confort”, “todo está en tu cabeza”, “solo tienes que pensar en positivo”, “lo que no te mata, te hace más fuerte”, “sólo necesitas más fuerza de voluntad”, “el universo te lo dará si lo deseas lo suficiente”, “tu único límite es tu mente”, “tienes que quererte más”, “no necesitas un terapeuta, necesitas un amigo” y “todos estamos un poco locos”, entre otras muchas idioteces que me he dejado por el camino.

inmediatez que tanto caracteriza a la sociedad actual, de no poder soportar que algunas cosas llevan un tiempo, que requieren de un proceso. O bien, sencillamente se trata de una auténtica genialidad, en tanto *lo del chip* evoca lo que ya enunció en su día Pichon-Rivière: se debe dar la suma de cambios cuantitativos (menos evidentes) para que, en un momento dado, como por arte de magia (él ponía el ejemplo de los precipitados químicos), se dé un cambio cualitativo mucho más visible.

A lo del gen, a estas alturas ya no pienso entrar.

#### **4. PROPUESTA DE CAMBIO**

Habiendo ya descrito aquellos nudos que han predominado como organización defensiva del grupo multifamiliar, nos proponemos ahora detallar algunas de las intervenciones que permitieron, en parte, desatascar semejantes escenarios de resistencia al cambio.

Como de sobras sabemos ya, en los grupos donde intervienen familias, el paciente designado como tal es el portavoz, emergente de un acontecer que a todos atañe. Por lo tanto, el tratamiento irá dirigido principalmente a la ruptura del estereotipo de la adjudicación y asunción de ese “rol de enfermo”. El grupo operativo, tiene como objetivo el cambio de comportamientos y roles adquiridos, a través de nuevas modalidades que se aprenden justamente en el seno del grupo; grupo operativo en tanto potente herramienta de cambio.

El plan desde el equipo coordinador es facilitar el paso del agrupamiento de grupos primarios al dinamismo propio de un grupo de individuos bien discriminados, bien diferenciados.

Primeros pasos que deben operar en el imaginario del equipo de profesionales, aspectos que deben ser trasladados de una manera u otra al grupo: ¿Qué cosa les ha traído aquí?, ¿qué les pasó de verdad?, ¿cómo piensan hacer frente a lo que les angustia?

Empiezan los viajes en el tiempo: del presente para atrás, de allí vuelta para el ahora y así sucesivamente y viceversa.

Entendemos que el grupo habrá ingresado en tarea cuando sea capaz de enfrentar y elaborar las ansiedades derivadas de la ruptura del estereotipo, de la transformación de los vínculos con los grupos primarios, del proceder desde la indiscriminación hacia la discriminación. Cuando se haya dado el paso del agrupamiento de grupos al grupo de integrantes.

Por el camino, el trabajo de la coordinación (siempre con los vectores del cono invertido como radar) pasa por señalar, confrontar e interpretar aquellos obstáculos que en el camino aparezcan, poniendo especial atención a dos aspectos fundamentales:

1. El vaivén<sup>51</sup> del agrupamiento de grupos (subgrupos) al grupo de integrantes como equivalentes del funcionamiento del grupo en pretarea o en tarea.
2. El grupo como espacio donde se provocará la aparición de fenómenos transferenciales que afectarán por doquier: a la coordinación, a los integrantes, a la tarea, a la institución y a los grupos del afuera<sup>52</sup>.

Paso a describir a modo de *manualillo*<sup>53</sup>, seis aspectos claves sobre los que pudo pivotar nuestra intervención. Me he vuelto a apoyar, aunque no siempre, en algunos emergentes que aparecerán en cursiva encabezando casi cada apartado. He aquí la linterna para las tinieblas.

### **La libertad.**

*Antes estábamos en segunda fila.*

*Y cuando un paciente no quiere venir, ¿es porque no quiere curarse?*

*Yo me quería curar antes también, pero tenía una posición más pasiva. Ahora tengo una más activa.*

*En la privada las obligaban a ir, tenían más medios y las obligaban.*

*Uno cuando atenta contra otros va a la cárcel pero ¿Qué pasa cuando atenta contra una misma?*

*Puede haber un hospital de oro y aun así salga igual a como ha entrado. Va a depender de ella.*

El concepto libertad no sólo tiene un valor técnico como parte de la intervención<sup>54</sup>. Se trata de una noción ideológica profundamente atravesada por nuestra filosofía del tratamiento. Las puertas del Hospital de Día de la UTCA están siempre abiertas. En la raíz de este asunto está la firme idea de que cada individuo es responsable de su propia cura, que puede elegir

---

<sup>51</sup> A modo de espiral dialéctica.

<sup>52</sup> De este asunto di cuenta largo y tendido en su día en el artículo llamado "Transfiere o revienta" (revista número 25, invierno de 2021, Area3).

<sup>53</sup> Uso el diminutivo para suavizar. En el fondo me da un poco de vergüenza. No está el horno para dar clases magistrales de nada.

<sup>54</sup> Véase la asociación libre.

cómo y cuándo afrontar la propia enfermedad o, directamente, no hacerlo. La propuesta es clara: se invita al sujeto a que participe activamente en la terapia, sabiendo que tiene en sí los instrumentos necesarios para poder actuar. No sirve de nada perseguir a las pacientes. Ya tenemos experiencia en ello y hemos aprendido la lección. Con el empleo de la libertad como instrumento terapéutico, nos proponemos el ambicioso objetivo de ayudar a las personas a ser más conscientes y más activas en su propia realidad. En este alegato inspirado en el artículo de Montecchi (2008), leía una frase lapidaria en boca de uno de sus pacientes, enunciado abrumador que traigo aquí para compartir literalmente: “La libertad es terapéutica”.

Llevamos 26 páginas dando explicaciones sobre la increíble retahíla de quejas, protestas y enfados que hay tras la enfermedad, pero también sobre refugios, defensas y oasis. Libertad es poder respetar esta cuestión. Con la libertad uno tiene la posibilidad de desobedecer una norma prefijada.

Libertad en su doble dimensión: libertad de asistir al grupo, pero también libertad de participar toda vez en él.

La libre asistencia al grupo<sup>55</sup>, coloca, como hemos dicho, todas las veces al individuo ante la pregunta: “¿Quiero ir o no, pero de verdad?”, “¿qué se me nota más, cuándo voy o cuándo no?”. “Esto está en mis manos, ¿hasta cuándo voy a seguir así?”. Una de las pacientes confesaba, en petit comité, que uno de los aspectos que más le habían llamado la atención del tratamiento que recibía en nuestra unidad (y de paso, más le angustiaba) era el trato que se hacía en pro de la libertad de las personas<sup>56</sup>.

También la libertad de participar dentro del grupo como tal. Libertad de expresión y de pensamiento. En un grupo con semejantes conflictos relacionados con el reconocimiento, es de merecer que no haya reglas sobre el qué decir o no, sobre el qué pensar o no. Sólo se pide, como parte de la cultura grupal, una actitud libre de juicios<sup>57</sup> y un relato traído desde la propia experiencia. El objetivo es ir facilitando el desarrollo de una comunicación menos estereotipada. Para ello, sólo un clima de libertad, en el que se van respetando los propios tiempos de cada persona, permitirá al grupo soportar la ansiedad que se desarrolla por la ruptura de los estereotipos. Sólo así el grupo puede adquirir la capacidad de aprender de la experiencia. Libertad en tanto clima emotivo que permite el desarrollo de la confianza

---

<sup>55</sup> En cuanto a la indicación del tratamiento se refiere. Como ya habéis leído en el capítulo sobre el encuadre, en el momento que el sujeto acepta ser incluido en el grupo, se le exige un compromiso para con el espacio. Luego cada uno hace lo que puede o, sencillamente, lo que quiere.

<sup>56</sup> La paciente venía derivada de otra institución especializada en TCA, con otras hechuras más persecutorias. Dispositivo privado, dicho sea de paso.

<sup>57</sup> Y libre de consejos simples, vacíos y carentes de cualquier atisbo de empatía: “¿Que no comes? ¡Pues come!”, “¿Qué estás triste? ¡Pero si tienes de todo!”, entre otras muchas perlas.

recíproca, aspecto fundamental para permitir la aceptación de las diferencias entre los integrantes. Así, el grupo aprende que puede obtener placer del conocimiento y que no necesita depender de ningún líder, mesías o coordinador de turno para que se puedan integrar las discordancias de unas y de otras.

Ello no es contradictorio con la técnica de coordinación que invita a la participación sin obligar, aspecto especialmente dirigido a aquellas integrantes más silenciosas, siempre bajo la premisa de “cuanto más des, más te llevas del grupo”.

Creemos firmemente que la libertad te coloca de forma permanente frente a la cuestión de elegir. Auténtica provocación que pone en ciernes la posibilidad de ser agentes activos de la propia terapia. La libertad de participación facilita la explicitación de las motivaciones reales con el proceso terapéutico y sólo ahí, aliándonos con las motivaciones reales podemos trabajar y favorecer una eventual elaboración, un mayor insight de las propias contribuciones a sus problemas.

Desde luego, esta magistral maniobra permite anticipar que, no estando clara la propia motivación, tanto más precaria será la posibilidad de concluir un tratamiento de verdad.

Pero no todo es oro lo que reluce. Requiere de un equipo de profesionales tranquilo, poco narcisista y bien trabajado en estos términos.

Profesionales “salvadores de pacientes”, francamente carenciados con importantes necesidades de reconocimiento e idealización y potentes dificultades relacionadas con la omnipotencia como salida hacia adelante, pensarán de este asunto que es un auténtico disparate. Como ya me han hecho saber alguna vez en reuniones de mandamases.

### **Aflojar tuercas.**

*Intentaba ser la mejor a los ojos de mis padres.*

*A mí me pasa que necesito, desde fuera, que me digan que lo estoy haciendo bien.*

*Soy un fracaso más para la familia.*

*Mi exigencia es para ayudar a buscar soluciones.*

El estilo culposo del grupo puede ser una trampa mortal para observadores y coordinador si no se está atento. Con esta enrevesada estereotipia se le adjudica al equipo de coordinación la tesitura de asumir determinados roles, sin previo aviso:

- Si callan serán sádicos espectadores de la cruel fiesta del castigo comunitario, dándole finalmente la razón a la transgresora. *¡Ves! Me lo merezco.*

- Si intervienen tratando de mantener una distancia objetiva, representando el principio de realidad, serán rápidamente convertidos en profetas ascetas portadores de un imperativo moral al cual las transgresoras sólo deberán adaptarse pasivamente. *¡Eres el mesías! Te sigo.*

Nuestra propuesta parte de suavizar un superyó francamente hipertrofiado, desde la necesaria interpretación de la culpa en sus múltiples dimensiones, como obstáculo que impide pensar al grupo, siempre en relación con la tarea. El grupo, de esta manera, se puede apropiarse de su propio sentimiento de culpa, del deseo de castigar a la transgresora y se permite soportar la contradicción entre pares de contrarios, brindándose la oportunidad de experimentar lo que es salir de un pensamiento rígido.

Dice Bleger (1966) que “por responder a las mismas estructuras sociales, las instituciones tienden a adoptar la misma estructura de los problemas que tienen que enfrentar”. Mi maestro Diego Vico siempre me dice que los médicos terminan pareciéndose a los pacientes que tratan. Sirva aflojar tuercas también para el propio equipo de coordinación.

### **Soltar la cuerda.**

*Yo la acaparaba mucho hasta que solté la cuerda.*

Cuerda en tanto cordón umbilical que ata a madre e hija en la omnipotencia del “yo puedo con todo”, pero también en clave de “la familia ideal existe”. Con ambas cuestiones todo resuelto, sin tensiones. Pura plenitud.

Nuestra línea va dirigida a instrumentalizar a las integrantes del grupo para facilitar el pasaje de objeto pasivo al que le suceden cosas (la vida explicada a través de otros) a sujeto activo protagonista de su vida (la vida explicada a través de sí misma). Para ello, será central en nuestra intervención ayudarlas a reclutar, desde su propio mundo interno, una serie de cuestiones imprescindibles para el *aprender a soltar la cuerda*:

1. La enfermedad es un proceso. Donde estamos es un momento del camino.
2. El cambio pasa por aprender nuevas formas de estar en el mundo. Nuevas formas de relacionarse. El grupo como lugar de ensayo.
3. No puedo con todo.
4. Hablar y aclarar no es equivalente a dañar. Y si daño puedo intentar repararlo, también con palabras.
5. Asumir el paso del tiempo y lo doloroso que es para todas (nuevos roles, nuevos modelos de relación). *“Mi hija ya no es un bebé”, “ya no me necesita tanto”.*

## **Claro como el agua.**

*Comprender alivia. Permite hacer otras cosas.*

Apunto directamente al vector de comunicación. Se trata de llamar a las cosas por su nombre. El factor más perturbador y más difícil de manejar no es el conflicto en sí, sino la ambigüedad. Para poder trabajar se requiere transformar esa ambigüedad en conflicto (dilemas) y esos conflictos en problemas.

En esta labor se hace preciso aprender modalidades más sofisticadas de comunicación tanto en la forma como en el contenido. Con el reino de las palabras por bandera, se recomiendan intervenciones dirigidas a explicitar lo obvio, a aclarar malentendidos, a pedir explicaciones, a no dar nada por supuestamente entendido. Se trata de incluir la duda como construcción del propio pensamiento<sup>58</sup>.

Por ahí, el estilo comunicativo del coordinador y sus coterapeutas pueda servir, para el resto de integrantes del grupo, como objeto al que seguir mediante el primitivo proceso de la imitación (aunque sólo sea por identificación con el supuesto saber), permitiendo la oportunidad de experimentar, en sus propias carnes, cómo determinadas maniobras comunicativas (como las arriba descritas, por ejemplo), permiten disminuir tensiones, resolver entuertos y, en resumidas cuentas, hacer la vida algo más llevadera.

## **Mujeres del montón.**

*“Ojalá que para el 2025 dejemos de opinar sobre los cuerpos ajenos, porque todos los cuerpos son válidos del tamaño que sean. Además, que no se nos olvide lo más importante: hemos venido aquí a gozarla fuerte”. “Yo he sufrido mucho, no sé cuántas dietas he hecho: siempre arriba y abajo, adelgacé 30 kilos, hice tratamientos de estética, pero nunca, nunca, me he visto tan guapa como ahora, porque ahora me quiero. Me veo bien, feliz, contenta. Esta soy yo, este es mi cuerpo y estoy viviendo mi mejor vida”.*

No son emergentes de este grupo. Son dos citas de *Lalachus*, humorista y recién presentadora de las campanadas de La 1 de RTVE.

Sirva este alegato como antesala de una proclama que milita por aceptar a las mujeres tal y como son, sin pedir nada a cambio. Con un cinquillo basta.

---

<sup>58</sup> Recuerden el párrafo de Foster Wallace.

Mujeres del montón, con virtudes y también limitaciones, con inquietudes y también incertidumbres.

Mujeres del montón, con necesidades y deseos propios más allá de proveer cuidados, de ser buenas, sumisas y bien obedientes.

Mujeres del montón que son valiosas por el mero hecho de existir y que, por ende, no precisan afiliarse a ningún otro varón para obtener reconocimiento y dar cuenta de su existencia.

Subrayo desde aquí nuevamente lo de: “No se puede hacer psicoterapia sin hacer política”.

Nuestra propuesta es no perder la oportunidad de incluir este argumento en cada intervención, en cada escena, en cada instante que se preste.

### **El grupo como escenario teatral.**

#### *i. Donde aprender a jugar nuevos roles.*

Pongamos el imaginario a funcionar: como si de una gran representación teatral se tratara, el grupo cuando empieza se pone en escena. Los actores de la obra por un lado (integrantes del grupo) y los directores (los terapeutas) por otro. Ni unos ni otros saben de qué irá el argumento. ¿Cuál será la trama de hoy?<sup>59</sup> Se persigue el desarrollo de personas plásticas, creativas, flexibles y dinámicas, capaces de representar diversos personajes en función del requerimiento de las distintas escenas. Unas veces será la protagonista, otras la secundaria. Unas veces la silenciosa, otras la charlatana.

El grupo multifamiliar, por su dinámica, libera a los propios integrantes de sus fantasías en cuanto a determinadas pertenencias: “yo soy madre”, “yo soy padre”, “yo soy psiquiatra”, pero también “yo soy anoréxica”, “yo soy bulímica” ... para introducirlas en el escenario grupal, laboratorio social en el que se puede ensayar toda una nueva subjetividad.

Pichon-Rivière (1985) dice que la experiencia terapéutica implica la “confrontación”, en tanto la paciente, en función de los vínculos internalizados, asignará al terapeuta y a los otros integrantes del grupo diferentes roles, volviéndose así manifiesta su distorsión en la lectura

---

<sup>59</sup> Me pregunto siempre minutos antes de empezar el grupo. Otras preguntas que me acompañan: ¿Seré capaz de ver lo que está sucediendo realmente?, ¿estaré tan atento y rápido a mi registro interno, como para dar noticia de lo que está ocurriendo en el afuera?, ¿tendré la frescura de señalar e interpretar en virtud de las hipótesis que vaya construyendo?, ¿encontraré las palabras oportunas?, ¿caerán las intervenciones en el momento adecuado o me mirarán como si estuviera hablando en chino? Esto último pasa a menudo. No se me termina de quitar ese nerviosismo. El gusanillo previo.

de la realidad. El pasado es arrastrado al presente con la intención de ser recreado. Lo familiar, lo de siempre, cumple una función tranquilizadora, a pesar del precio a pagar.

Es de fundamental importancia, en la dimensión terapéutica, que los roles asignados no sean actuados sino traducidos (interpretados) en virtud de una hipótesis que debe apuntar al acontecer implícito grupal, siempre en relación a la tarea propuesta. En el grupo multifamiliar, como consecuencia de las múltiples transferencias, que implican constantes procesos de adjudicación y asunción o rechazo de roles, esta función interpretativa (o de confrontación) no sólo será asumida por el coordinador sino también por el resto de integrantes, con el aumento exponencial de las potencialidades terapéuticas que ello conlleva.

Principal efecto: cooperar con el sujeto en la modificación de su mundo interno, en la búsqueda de nuevos roles y, en definitiva, en la indagación de nuevas formas de adaptación activa a la realidad.

*ii. Donde poder depositar las ansiedades más psicóticas<sup>60</sup>.*

El grupo en tanto instrumento institucional donde contener la parte más inmadura de la personalidad; maniobra imprescindible para facilitar el crecimiento y desarrollo de la parte diferenciada, de la parte madura. Siempre debe haber una parcela fija, no variable, un no-proceso que se haga cargo de las partes más locas de la personalidad para poder desarrollar la parte más sana en el llamado proceso terapéutico. En este sentido, el grupo multifamiliar a través de un encuadre claro, estable y tranquilo puede cumplir ese cometido, otrora designado a la familia, dicho sea de paso.

*iii. Donde se pueda facilitar mecanismos de separación-individuación.*

Se promueve la construcción del grupo multifamiliar como un lugar de compromiso, de paciencia, de disponibilidad, de mutua confianza y aprendizaje, que permita el normal desarrollo de mecanismos de separación e individuación sin la vivencia terriblemente abrumadora de una pérdida irreparable. No se trata de perder vínculos sino de transformarlos. Del reconocimiento del otro en tanto sujeto separado de mí. De dar la posibilidad de comprobar, a través de la experiencia grupal, que hay otras maneras de estar.

---

<sup>60</sup> Se entiende aquí por psicótico lo no comunicativo, lo primitivo, lo simbiótico, lo no discriminado, lo indiferenciado.

#### *iv. Donde facilitar la elaboración de determinados duelos: yo ideal y familia ideal.*

Se trata de poder sostener, desde el equipo de coordinación y en el seno de la dinámica grupal, todas aquellas fases<sup>61</sup> que deberán atravesar los integrantes del grupo, tratando de facilitar así la transición de idealizaciones malignas por doquier (dentro-fuera) a representaciones de sí misma y de los demás mucho más ajustadas a la realidad. Ni yo soy ideal, ni mi familia tampoco. Ojalá sí, pero no. Y esto es lo que tengo.

Para terminar de apuntalar el capitulillo es de crucial importancia subrayar el concepto de tarea en tanto eje central que debe organizar toda intervención grupal. En el grupo multifamiliar se debe poner entre paréntesis los propios grupos familiares que en él se hallan insertos, así como los distintos mundos internos de los individuos que lo conforman. Nos alejamos de hacer psicoterapia individual en público o psicoterapia familiar con aforo. Insistimos en que se debe focalizar toda la atención en la relación que presenta el grupo con la tarea. Se trata de ayudar a los integrantes a enfrentar los obstáculos que dificultan el logro de esa tarea. Miedo a la pérdida y miedo al ataque, en su amplio espectro tenebroso. Ahí, nuestro trabajo no hará más que **facilitar el proceso de transformación de agrupamiento a grupo**, el pasaje de la pre tarea a la fase de tarea, determinando colateralmente una acción transformadora contemporánea y concurrente sobre aquellos grupos familiares y sobre aquellos mundos internos.

Desde luego, todas las propuestas aquí traídas, sólo tendrán sentido si son procuradas desde unos cimientos cuyos pilares de carga sean: una *actitud* basada en la disponibilidad sin exigir, siendo capaz de tolerar la distancia y la dificultad para establecer la alianza terapéutica, un estilo que se abandera por medio de la paciencia, la tranquilidad y la prudencia sin reproches y una estrategia especialmente fundamentada en mostrarse constante, estable, previsible y accesible<sup>62</sup>.

## **5. EL DEVENIR GRUPAL.**

Sabiendo ya de las tinieblas y a dónde apuntar con nuestra linterna, vamos a por el mapa de ruta: Pero, ¿cómo *carajo*<sup>63</sup> os fue con el grupo? Se preguntará el lector.

---

<sup>61</sup> Véase fases en tanto las etapas propias del trabajo del duelo: negación, enfado, negociación, depresión y aceptación.

<sup>62</sup> Casi nada

<sup>63</sup> Soy consciente de las 32 páginas. Menudo *atracción* de artículo.

Pensamos decididamente que la desilusión grupal (en tanto fantasías de salvación desmontadas) jugó un papel fundamental en el desarrollo del grupo multifamiliar. Si bien no estaba inicialmente contemplado en el encuadre, nos vimos en la tesitura de abrirlo a nuevos integrantes ante la escasa afluencia a los pocos meses de empezar (tres en concreto). En ese periodo, pasamos de unos 34 integrantes iniciales a unos 7-8. Tras la incorporación de los nuevos<sup>64</sup>, el grupo se sostuvo con 13 integrantes que mantuvieron una asistencia regular hasta el final. No obstante, aprovechamos la coyuntura como material de trabajo para ser elaborada en el grupo. Ante la pérdida progresiva de integrantes, se movilizaron fantasías de desaparición, que reactivó entre los individuos importantes sentimientos de culpa, inutilidad e insuficiencia. En ese momento se plantea al grupo, desde el equipo de coordinación, la posibilidad de incluir nuevos integrantes. Respuestas:

*A ver a quién metes. Desconfianza.*

*No somos lo suficientemente buenos. Sentimiento de culpa.*

*Ambas englobadas bajo el supuesto básico ataque-fuga.*

*Hacen falta fichajes. Savia<sup>65</sup> nueva. Que vengan de fuera a salvarnos.*

Supuesto básico de dependencia, con aroma mesiánico.

Esta escena permitió abordar de antemano otra cuestión crucial: la cultura grupal.

*El que entre, que sepa dónde viene. Este es un lugar de confianza, pero también de compromiso. No nos gusta esto de entrar y salir así como así.*

Este asunto entronca directamente con el devenir grupal presenciado. La cultura grupal como lubricante de toda dinámica relacional encuadrada.

Con el paso de las sesiones fuimos comprobando, coincidiendo con la continuidad grupal y el paulatino desarrollo de la mutua representación interna, cómo aquellas reuniones multifamiliares, inicialmente rígidas y cerradas, empezaban a hacerse un poco más flexibles y permeables. Se iba pasando poco a poco de la negación, el enfado, la angustia, la culpa y el paranoidismo a la tristeza (desde el insight, también por las renunciadas) y a la esperanza (por lo que está por llegar, con esta nueva manera de estar). ¿Señales? Pasar de integrantes sentados en el grupo que se miran los unos a los otros sin intención alguna de interacción, sumidos en el ombligo de sus propias historias, sin poder tomar conciencia de que están reunidos con otras personas a reuniones donde se preguntan con genuino interés por el cómo están, tienen curiosidad por las historias de los otros, algunas se toman la licencia de interpretar situaciones de carácter ambiguo o confuso. Hablan de lo sucedido en sesiones anteriores, retoman hilos conductores, se saben los nombres de cada una, se acuerdan de

---

<sup>64</sup> Otro subgrupo más: "los nuevos".

<sup>65</sup> Definición de "savia": líquido que circula por los vasos de las plantas pteridofitas y fanerógamas y del cual toman las células las sustancias que necesitan para su nutrición. Fuente: R.A.E.

reflexiones de los integrantes entre una sesión y otra, utilizan códigos propios desarrollados en el grupo (“soltar la cuerda”, por ejemplo).

*Yo no venía porque me daba miedo escuchar a mi madre.*

*No tienes que ayudar, tienes que estar.*

*Basta con estar.*

*Con el cáncer<sup>66</sup> no buscas qué hacer, sólo estás.*

*Pero me encuentro mejor, estoy más tranquila, me quité la coraza.*

*A mí me pasa que las malas interpretaciones y los malos entendidos distorsionan la comunicación.*

Mención aparte tienen aquellas escenas<sup>67</sup> donde la muerte sobrevolaba con más o menos presencia explícita, ya sea como amenaza activa o como fatal desenlace asumido consecuencia de la inoperancia de unos cuantos (madres y médicos, sobre todo). Nuestra hipótesis al respecto: la muerte como cuestión lanzada al grupo a modo de provocación o puesta a prueba, operando siempre en el ámbito de lo inconsciente. *Veamos una cosa. ¿Cuánto es capaz el grupo de tolerar? ¿A qué se ha venido aquí? Vamos a comprobarlo.* Sin olvidar los trazos de sadismo, a modo de cruel venganza, derivados de la comprobación in situ de cómo te retuerces en tu interior cuando yo te digo que me quiero matar. De esto también hubo un rato.

No podemos olvidarnos de la exigencia. Eterna invitada del grupo, presente incluso hasta bien entrada la fase final del mismo. De hecho, observamos un repunte de la angustia coincidiendo con las últimas sesiones, aspecto que pudimos leer en clave de: *“el grupo se acaba, deberíamos tenerlo todo resuelto y no es así”*.

Otro de los aspectos que estuvo omnipresente es el de la búsqueda de relaciones especiales con el equipo de profesionales y especialmente con el coordinador. Aquí lo que se pone en juego, creemos, es la búsqueda del reconocimiento por un lado y, por otro, el deseo de una especial alianza tácita “con los que mandan”, como manera de asegurar frentes en el temido espacio grupal. Hablo de las situaciones pre y post grupales: acercarse a hablar con el coordinador antes del grupo, el *inocente* parloteo con los profesionales al terminar la sesión mientras uno se va despidiendo, mientras uno va firmando la hoja de asistencia<sup>68</sup>. Ese terreno pantanoso de charlas de pasillo, despedidas en la entrepuerta y

---

<sup>66</sup> Las comparaciones con el cáncer aparecen muy a menudo en esta profesión, en múltiples espacios. No tengo bien claro por qué. ¿Como par de contrarios? Cáncer como el adalid de lo físico, material tangible desprovisto de cualquier aspecto que recuerde a algo del orden de lo simbólico versus lo psicológico, abanderado de lo etéreo, lo espiritual, lo chamánico y lo metafísico.

<sup>67</sup> No pocas.

<sup>68</sup> De obligado cumplimiento por mandato institucional.

otras confesiones en voz baja, donde no es grupo pero sí, donde ya no hay encuadre que sostenga interpretación alguna, es tan temido por mí como vilipendiado<sup>69</sup>. Este asuntillo daría para otro artículo. Pero no será hoy.

## 6. CONCLUSIÓN

*Igual nosotros tenemos una enfermedad aunque no esté catalogada.*

*Yo tenía que haber venido antes al grupo.*

*Yo quería aclarar que sí estoy más tranquila que al principio, pero lo que tengo es miedo.*

*A mí me ha venido fenomenal el grupo.*

*Estoy mejor, lo he vomitado todo. Es una metáfora, ¿vale?.*

*Es difícil venir aquí y quitarte la coraza, pero estoy muy contento.*

*A mí me ha venido bien, pero me siento todavía pequeña.*

*Ni en un hospital de oro, cuando ella pueda.*

*No podemos perseguirlas pero aquí estamos.*

Lanzamiento de interrogantes para dar por concluido el artículo. Preguntas todas ellas realizadas por el equipo de coordinación al terminar la experiencia. Algunas cuestiones se responden, otras quedan a medias. Esto es lo que hay.

### *i. ¿Mereció la pena?*

Tener la oportunidad de acompañar a un grupo de personas y presenciar todo el trabajo personal realizado por parte de los integrantes, viendo como fueron modelando sus mundos internos para operar de una manera más adaptativa en sus realidades es una auténtica gozada<sup>70</sup>. Ver como pasan del “¿Entonces a qué te dedicas todo el día? ¿A pensar?” (familias de acción) al “A mí me ayudó estar tranquila. El buen diálogo” (familias de reflexión). De la exigencia y la búsqueda de la perfección, de la frustración, la impotencia y la búsqueda de culpables a un “estar disponible”, asumiendo los propios límites, al no puedo con todo y necesito de los demás, al preguntarse honestamente qué quiere cada una y de qué manera.

---

<sup>69</sup> Aconsejamos en ese caso, aun estando fuera del encuadre, explicitar todo lo que ocurre en ese mejunje de entrasale en la primera oportunidad que se tenga en la siguiente sesión, siempre dentro del grupo. Sin entrar en detalles concretos ni revelar secretos individuales inconfesables, pero sí enmarcarlo como operación defensiva en torno a la tarea. Otra alternativa podría ser la de encuadrar también esos momentos: “Al terminar el grupo no se habla con los profesionales”, pero sinceramente me parece un poco demasiado. Yo, por si acaso, en esos momentos aprovecho para recoger las sillas, abrir ventanas y escribir en el programa informático, todas ellas maniobras evasivas para salir cuanto antes del campo visual de cualquier malvado oportunista.

<sup>70</sup> La parte más gratificante de mi trabajo, con mucha diferencia.

Ver cómo pasan de la segunda fila a la primera. Oportunidad única para ellos y, desde luego, también para nosotros. Creo que la primera pregunta queda contestada.

*ii. ¿Es necesario cerrar el grupo en junio o seguimos de corrido en verano?*

A cada grupo que realizamos nos hacemos la misma pregunta en el equipo coordinador, a pesar de tenerlo siempre previamente bien encuadrado. *¿Ahora lo vamos a cerrar cuando empezamos a ver resultados? ¿Después de todo el trabajito destinado a desmontar resistencias?* Nos decíamos constantemente, también aquí y ahora con esta experiencia.

El cierre es un momento elaborativo fundamental para el grupo. Pensamos que es un error renunciar a él. Nos tiramos medio grupo hablando de los límites, luchando a diestro y siniestro contra fantasías de omnipotencia y oralidad inagotable, como para ahora montar un grupo que no termina nunca. El cierre, lejos de ser una clausura, es un momento de gran aprendizaje y de apertura de nuevas posibilidades futuras. La pérdida del grupo, cuando se hace real, se transforma en la incorporación de un objeto bueno que nos instrumenta para futuras experiencias. El grupo te lo llevas allá donde vayas.

Como nos recuerda Baz (1990), el cierre permitirá resignificar el proceso, su sentido, dando la posibilidad de valorar de forma retroactiva cómo se ha despedido el grupo, cómo fue el vínculo y, lejos de cancelar el espacio grupal, abre nuevas posibilidades para que el deseo y no la inercia de lo instituido sea lo que impulse y dote de sentido al trabajo, en nuevas etapas, con tareas replanteadas.

Agarrando este consejo como clavo ardiendo, nosotros resolvimos la pregunta de la siguiente manera: cerramos según lo establecido en el encuadre, aprovechando además el efecto terapéutico del cierre y damos la oportunidad a quien quiera de poder continuar en el siguiente grupo multifamiliar, pasado el verano. Con ello, afirmamos que vale la pena terminar, plantear el fin del grupo, dándole al cierre todo el juego posible, incluyendo la formulación de nuevas demandas.

*iii. ¿Grupo abierto o grupo cerrado? ¿Cómo combatir la pérdida constante de integrantes?*

Más allá de tolerar que este es el grupo que está pudiendo ser, para luego trabajar in situ las fantasías inconscientes inherentes a la desilusión grupal, creemos que ello no es óbice para realizar un minucioso trabajo en la selección de los integrantes, explorando con particular atención aspectos angulares como la motivación y el compromiso, pero de verdad.

Aprovecho para anticipar, a modo de *spoiler*, que en el presente grupo multifamiliar no hemos tenido<sup>71</sup> el problema de reclutamiento y creemos que, en buena medida, se debe a la presencia de algunos integrantes que participaron en la anterior entrega<sup>72</sup>. Con la cultura del grupo bien cimentada, su comparecencia hizo de importante pegamento para el resto, permitiendo adoquinar el camino de la cohesión grupal, especialmente importante para aquellos momentos en los que el grupo echa a rodar.

#### *iv. ¿A quién le sirvió más?*

En momentos de marcado hastío<sup>73</sup> pensábamos si el trabajo terapéutico estaba siendo más visible en las propias pacientes oficiales que en los familiares<sup>74</sup>. *¿Será que las pacientes llevan más horas de entrenamiento?, ¿será que tienen menos cosas que perder?, ¿serán las pacientes las únicas con derecho a sufrir? ¿O bien los familiares siguieron acompañando a sus niñas hasta el mismísimo final?* Preguntas sobre las que seguir indagando.

Sea como fuere, tenemos claro que las relaciones entre familiares, pacientes y el equipo de coordinación se han convertido en más auténticas, más comprensivas y más respetuosas.

En tanto ahora autodesignado portavoz del equipo de coordinación, reconozco que con el grupo multifamiliar hemos manifestado un cambio significativo en el modo de concebir el sufrimiento mental, en la manera de entender la naturaleza de las relaciones humanas y, sobre todo, nos ha servido para aproximarnos a estas particulares familias.

Algo especialmente difícil entre tantas tinieblas.

Adiós.

---

<sup>71</sup> Por ahora.

<sup>72</sup> De la que da cuenta este artículo.

<sup>73</sup> Que no fueron pocos.

<sup>74</sup> Subgrupos hasta el último minuto, incluso en la conclusión.

---

## Bibliografía

- Baz, M. (1990). "La coreografía de los adioses: el cierre grupal". *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*.
- Bleger, J. (1966). *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Boscolo, L. (1999). "Del síntoma individual al emergente familiar". *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*.
- Bruch (1971). "Family transactions in eating disorders". *Comprehensive Psychiatry*, 12 (3), 238-248.
- De Berardinis, M. (2019). "Los grupos multifamiliares". *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*.
- De Berardinis, M. (2017). "Il gruppo multifamigliare nelle strutture residenziali psichiatriche". *Área 3 Cuadernos de temas grupales e institucionales*.
- Dio Bleichmar, E. (2015). "Anorexia/bulimia. Un intento de ordenamiento desde el enfoque Modular-Transformacional". *Revista Aperturas psicoanalíticas*.
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Editorial médica Panamericana.
- García Badaracco, J. (1989). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Madrid. Editorial Tecnicpublicaciones.
- Esteban, M., Távora, A. (2010). "El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas". *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*.
- Montecchi, L. & Valeri, A. (2008). "Grupo e Institución". *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*.
- Martínez, C. & Ruz, A. (2022). "Familias con hambre". *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*.
- Pichon-Rivière, E. (1985). *El proceso grupal*. Buenos Aires. Editorial Nueva Visión.
- Selvini, M., Cirillo, C., Sorrentino, A (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona. Editorial Paidós.
- Suárez, F. (2010). "Introducción al concepto de institución". *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*.
- Távora, A. (2013). "Una propuesta para abordar el sufrimiento de las mujeres desde la psicología social y desde la perspectiva feminista". *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*.
- Vico, D. (2009). "Psicoterapia del grupo para necesitados: preparativos básicos". *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*.
- Vico, D. (2008). "De uno a los demás". *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*.
- Vico, D. (2006). "Pero... ¿de qué se trata?". *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*.
- Wallace, F. (2005). *Esto es agua*. Editorial Random House.
- Winnicott D. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Editorial Paidós.
- Wolf, N. (1990). *El mito de la belleza*. Editorial Salamandra.