

# TERAPIA DE GRUPO CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

## GROUP THERAPY WITH EATING DISORDERS

Juan José Belloso Ropero

Psicólogo Clínico. Alumno de la Escuela de Psicoterapia y Psicodrama.

### Resumen

Este artículo recoge una experiencia de terapia grupal con pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, en el contexto de una Unidad de Día Hospitalaria, donde desempeño mi trabajo diario como psicólogo clínico. Como profesional en formación en psicoterapia psicodramática, este trabajo es también la respuesta a una invitación de mi formador (T. Herranz) para compartir el proceso de aprendizaje. La tarea de escribir sobre el trabajo psicodramático, mientras se está llevando a cabo, me ha servido para reflexionar sobre los principios y utilidad de la técnica. Por último, espero que compartir esta experiencia sea de utilidad también para mis queridos compañeros de grupo, de los que tanto estoy aprendiendo.

**Palabras clave:** *Trastornos de la Conducta Alimentaria, Psicoterapia Psicodramática, Terapia de Grupo.*

### Summary

This article presents an experience of group therapy with patients with eating behavior disorder, in the context of a Hospital Day Unit where my day job performance as a clinical psychologist. As a professional in psychodrama psychotherapy training, this work is also a response to an invitation from my former (T. Herranz) to share the learning process. The task of writing about psychodramatic work, while it is taking place, has helped me to reflect on the principles and usefulness of the technique. Finally, I hope that sharing this experience will be useful also to my fellow group, of which I am learning so much.

**Key words:** *Eating Disorders, Psychodramatic Psychotherapy, Group Therapy*

*Poco después, su mirada se posó en una cajita de cristal que había debajo de la mesa. La abrió y encontró dentro un diminuto pastelillo, en que se leía la palabra "CÓMEME", deliciosamente escrita con grosella. "Bueno, me lo comeré", se dijo Alicia, "y si me hace crecer, podré coger la llave, y, si me hace todavía más pequeña, podré deslizarme por debajo de la puerta. De un modo o de otro entraré en el jardín, y eso es lo que importa." (L. Carroll, 2003)*

## **1. JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO**

En el presente artículo presento el trabajo psicoterapéutico grupal que estoy efectuando con un grupo de pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). A fin de comprender mejor este proceso psicoterapéutico, es preciso describir primero el contexto clínico e institucional en que se desarrolla la terapia.

Los pacientes son atendidos en una Unidad de Día de Psiquiatría, situada en un gran Hospital General público de la ciudad de Madrid. En esta Unidad de Día los pacientes provienen casi en su totalidad de la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) del Servicio de Psiquiatría del mismo hospital, siendo derivados, generalmente, mientras se encuentran ingresados en fase aguda, con el objetivo de fomentar la adherencia tras el alta hospitalaria y disminuir así el tiempo de estancia en la Unidad de Hospitalización. Tras su alta hospitalaria, se pretende que los pacientes asistan a la Unidad de Día por un tiempo no superior a seis meses, con los objetivos de estabilización clínica, adherencia al tratamiento, adquisición de conciencia de enfermedad y posterior enganche y seguimiento en las consultas de Salud Mental de los Centros de Salud Mental de zona.

Desde el punto de vista del diagnóstico, los pacientes derivados a la Unidad son principalmente psicosis, tanto de larga evolución como primeros episodios, pudiendo ser de naturaleza afectiva o no afectiva. Un porcentaje más pequeño de pacientes tienen como diagnóstico principal un trastorno de personalidad (principalmente límite o mixto). Aproximadamente la cuarta parte de los pacientes cumplen criterios para un diagnóstico de Patología Dual (comorbilidad con consumo de tóxicos). Una característica no diagnóstica pero relevante a la hora de describir el tipo de pacientes es la variable

de conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento. Normalmente los pacientes derivados a la Unidad lo son por negarse a cumplir el tratamiento tras el alta hospitalaria, produciéndose fenómenos de puerta giratoria y cronificación.

Los tratamientos que reciben en la Unidad abarcan tanto las consultas individuales (psiquiatría, psicología clínica, enfermería, terapia ocupacional) como las terapias grupales (relajación, terapia ocupacional, psicoeducación, terapia de grupo, cine-forum...).

Es frecuente que los pacientes con diagnóstico de TCA precisen ingreso (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009), sobre todo cuando su situación física se deteriora y/o se incrementan las conductas restrictivas o compensatorias, siendo imposible el control ambulatorio. Tradicionalmente, tras el alta hospitalaria, estos pacientes continuaban su seguimiento en su CSM correspondiente o, en los casos más graves (con mayor riesgo vital), en régimen de Hospitalización de Día en un centro monográfico.

Durante el pasado año se valoró en el Servicio de Psiquiatría de nuestro hospital la creación de espacios grupales específicos, así como consultas monográficas, para pacientes graves con diagnóstico de TCA en la Unidad de Día anteriormente descrita. La necesidad partió de la dificultad que algunos pacientes tenían para ser readmitidos en el Hospital de Día monográfico en el que eran atendidas (o iniciar tratamiento), dada su precaria salud física, aún después de un ingreso en UHB más prolongado de lo habitual. En este sentido la Unidad de Día serviría como puente entre la Unidad de Hospitalización y el Hospital de Día o entre aquella y el Centro de Salud Mental correspondiente en aquellos casos con mejor evolución tras el alta.

A continuación describiré la organización del programa de TCA en la Unidad de Día. En segundo lugar abordaré las características generales de los pacientes, para posteriormente centrarme en describir el proceso terapéutico grupal.

## 2. PROGRAMA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

### 2.1. EVALUACION CLINICA

Se realiza mediante entrevista clínica semiestructurada: (EDE) Examen de los Trastornos de la Conducta Alimentaria de Fairburn y Cooper (Robles et al, 2006).

Examen físico:

- Medición de peso y talla.
- Cálculo de Índice de Masa Corporal (IMC).
- Toma de constantes vitales.
- Evaluación del estado menstrual.
- Hemograma y bioquímica con función renal, hepática, perfil lipídico y férrico, iones (sodio, potasio, cloro, calcio y magnesio), proteínas, CPK, VSG, amilasa, vitamina B12, ácido fólico y fosfatasa alcalina. Ph sérico.
- Sedimento y tóxicos en orina.
- Determinación en sangre de hormonas sexuales, perfil tiroideo, óseo (PTH, osteocalcina y vitamina D) y cortisol.
- ECG.
- Densitometría.

## 2.2 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

- Entrevista clínica
- ACTA: Cuestionario de Actitudes frente al Cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Beato Fernández y Rodríguez Cano, 2003).
- BSQ: Escalas de Evaluación sobre Preocupación por el Peso e Insatisfacción Corporal de Cooper y Fairburn (Raich et al., 1996)
- MCMI- III. Inventario Clínico Multiaxial (Millon, 2007)
- SCIP: Escala Breve para Evaluación del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría de Purdon (Pino et al., 2006)

### 2.3. OBJETIVOS TERAPEUTICOS

El objetivo terapéutico principal es la estabilización clínica de los pacientes con diagnóstico de TCA derivados a la Unidad de Día y su posterior derivación para continuidad de tratamiento en Centro Monográfico TCA y/o Centro de Salud Mental de zona

Este objetivo se desglosa en los siguientes puntos:

- Alcance y sostenimiento de un peso mínimo saludable (IMC > 18)
- Estabilización de indicadores físicos
- Normalización de hábitos alimentarios
- Conciencia de enfermedad
- Adherencia al tratamiento
- Estabilización de patología comórbida (Trastorno de Personalidad, Trastornos por Consumo de Sustancias, etc.)

### 2.4. INTERVENCION

1. NUTRICIONAL: A cargo del Servicio de Nutrición del Hospital.
2. MEDICA: En función del estado de salud y las complicaciones físicas asociadas a la patología alimentaria, se tramitará la derivación a diferentes especialistas según patologías (M. Interna, reumatología, ginecología etc....)
3. PSICOTERAPÉUTICA:
  - Psicoterapia individual
  - Psicoterapia de grupo de frecuencia semanal
  - Psicoterapia de grupo en Unidad de Hospitalización Breve (durante los ingresos)
  - Terapia Familiar

### 2.5. ORGANIZACIÓN Y FLUJO ASISTENCIAL

- Consulta Psiquiatría: 1 vez/semana

- Consulta Psicología clínica: 1 vez/semana
- Consulta Enfermería: 1 vez/semana
- Consulta Nutrición: 1 vez/semana
- Psicoterapia grupal: 1 vez/semana
- Grupo de Terapia Ocupacional : 1 vez/semana
- Terapia familiar: 1 vez/semana

Figura 1

### 3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN GRUPO TERAPÉUTICO

Dadas las características descritas anteriormente acerca de la Unidad de Día, el grupo terapéutico de TCA obligatoriamente tiene un formato abierto; ahora bien, se ha mantenido desde el principio del grupo un número relativamente fijo y constante de pacientes.

Al inicio del grupo, comenzaron ocho pacientes, todas mujeres excepto un miembro. La mitad del grupo procedía de la Unidad de Hospitalización Breve (bien en modalidad de ingreso, bien con alta reciente). La otra mitad se reclutó entre pacientes que se encontraban asistiendo a la Unidad de Día en otros programas, pero que cumplían criterios de TCA graves. Seis pacientes son solteros y en cuanto a la convivencia, cuatro viven en domicilio de familia de origen, dos viven solos y los otros dos conviven con sus respectivas parejas. Una paciente que se incorporaría tras las primeras sesiones, estaba divorciada y con una hija menor de edad a su cargo.

La mitad de los pacientes tienen estudios superiores (iniciados o finalizados), siendo la edad media de treinta y dos años.

Todos sin excepción se encuentran sin trabajar, bien en situación de desempleo o en Incapacidad Laboral Transitoria, estando ambos casos directamente relacionados con las complicaciones físicas de su estado de emaciación y debilidad.

En cuanto al diagnóstico, todos cumplen criterios DSM – IV – TR de TCA grave (First, 2009), predominando claramente el diagnóstico de anorexia, pues solo un caso cumplía criterios para bulimia. En los casos de anorexia, predomina el subtipo compulsivo/purgativo, aunque los pacientes habían pasado por etapas donde predominaba la restricción únicamente.

La evolución del trastorno el grupo los sitúa en la cronicidad, con una historia media de enfermedad de quince años, con múltiples abordajes, tratamientos y reingresos.

La situación física de todos los pacientes es muy frágil, con Índices de Masa Corporal por debajo de 18, hemogramas y bioquímicas alteradas, y frecuentes atenciones en urgencias por mareos y síncope debido a hipoglucemias.

La comorbilidad es un factor añadido a la mayoría de los pacientes del grupo: tres de los pacientes cumplían criterios de Trastorno de Personalidad (dos límite y uno histriónico). Otros cuatro satisfacían criterios de Trastorno por Consumo de Sustancias (tres por dependencia al alcohol y uno por abuso).

Desde el punto de vista psicológico, predomina la ambivalencia hacia el trastorno. Todos desean salir de la “trampa” pero reconocen ser incapaces de llevar a cabo las conductas que mejorarían su estado físico y mental. En la evaluación previa, la mayoría de los pacientes se encuentran en un estado de Precontemplación y/o Contemplación (Prochaska y Prochaska, 2001), esto es, o bien todavía no se plantean la necesidad de ningún cambio, o bien están empezando a considerarlo pero sin haber iniciado ninguna acción en concreto.

En las primeras cinco sesiones el grupo experimentó una transformación en cuanto al tipo y número de miembros: abandonaron tres pacientes, pero paralelamente se incorporaron dos personas nuevas. En el caso de los abandonos, una de las pacientes ya había manifestado que, tras su alta de la UHB, no acudiría. Se intentó motivar su retorno mediante contactos telefónicos pero sin éxito. Otra de las pacientes había expresado sus dudas de seguir con el grupo en la primera sesión, pues estaba realizando un proceso terapéutico en otro hospital, decidiéndose finalmente por esta opción. La tercera, procedía de otro programa de la Unidad de Día y decidió abandonar totalmente la Unidad y seguir tratamiento sólo en su CSM de zona. En cuanto a las dos incorporaciones, ambas procedían en este caso de los Centros de Salud Mental de zona, cumpliendo también criterios de TCA: anorexia, subtipo purgativo en los dos casos, con diagnóstico de TLP añadido.

El hecho de que los principales cambios se produjeran en las primeras sesiones contribuyó a minimizar el impacto de los mismos y a garantizar la coherencia y estabilidad del grupo, que a partir de entonces se ha mantenido invariable, salvo ausencias puntuales.

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO GRUPAL



El trabajo que presento en este artículo tiene la característica de lo presente, de lo inmediato. Cuando inicié su redacción, aún no se habían desarrollado las últimas sesiones del proceso grupal que muestro en este apartado. Y en el momento de darle fin, el grupo continúa existiendo y progresando. Escribir y contar mientras el proceso sigue adelante, el hecho de compartir la experiencia, me ha ayudado a guiar mis pasos, a descubrir un sentido en la marcha del grupo. Es por ello, que en la descripción del proceso grupal, he podido comprobar el desarrollo de tres fases, que he venido en llamar inicio, constitución y consolidación. A continuación intento describir someramente mis impresiones.

#### 4.1 INICIO

En la primera sesión se realiza la presentación y recogida de las expectativas del grupo. Para evitar la desmoralización y la excesiva focalización en la patología, me decido por utilizar una técnica de caldeamiento, animando a todos los pacientes a que relaten algo bueno de sí mismos (Agustín Ramírez, 1997), aquello de lo que estén más orgullosos a lo largo de la vida. El grupo se anima y predominan los relatos en torno a los logros laborales y/o académicos. Destaca que en su vida pasada todos presumen de su responsabilidad y eficiencia, con una alta entrega al trabajo y dificultad para permitirse espacios de ocio.

A continuación se recogen las expectativas del grupo. Estas son positivas, deseando todos “salir” de su situación, al tiempo que hacen referencia a todos sus años de evolución y la dificultad para realizar los cambios que ya “saben” que tienen que llevar a cabo.

Para terminar, y con el objetivo antes mencionado de huir de las etiquetas psiquiátricas, invito al grupo a realizar un ejercicio de visualización para que elijan un nombre para su problema. La lista es la siguiente:

- María: Falta de libertad
- Noelia: Mala costumbre
- Alejandro: Esclavitud

- Clara: Rutina
- Mercedes: Destrozo de la vida
- Mar: Atadura
- Esther: Se niega a participar
- África: Fantasma del pasado

Esther es una de las pacientes cuya asistencia al grupo ha sido irregular en todo el proceso. Ha permanecido desde el principio ingresada en la UHB y aunque podía asistir al grupo, se negaba y cuando se la obligaba, era frecuente que no participara y/o abandonara el grupo en mitad de la sesión. Esta actitud cambia hacia la decimoquinta sesión, en que, encontrándose de alta, decide asistir libremente al grupo y, al menos, escuchar y tolerarlo.

África procede de otro programa de la Unidad de Día, a donde fue derivada tras un largo ingreso en UHB por intentos autolíticos graves y deterioro en el autocuidado. Es una de las pacientes que abandonaría toda vinculación con la Unidad al poco de ser derivada, realizando seguimiento sólo en el Centro de Salud Mental de zona correspondiente.

Clara acudió sola a esta primera sesión (estaba ingresada en la UHB). En la siguiente, ya de alta, no volvió a acudir a pesar de las llamadas telefónicas y el contacto con la familia.

En la segunda sesión, recojo las etiquetas utilizadas por los pacientes y les invito a que expliquen cómo les afecta ese problema y también cómo ellos y ellas influyen en el problema a su vez (White y Epston, 1993). Para evitar que todo el trabajo sea demasiado cognitivo, invito al grupo a formarse por parejas y que “se cuenten” mutuamente esa doble influencia. A continuación, animo a dramatizar el discurso con un ejercicio de cambio de roles. Cada uno ha de ponerse en la piel de la pareja y relatar, como si fuera ella, todo lo que ha escuchado, intentando expresar también el componente no verbal. En este ejercicio se pone de relieve la dificultad que, en las primeras sesiones de la terapia grupal, tenían para dramatizar y ponerse en el lugar del otro, pues era frecuente que terminaran hablando en primera persona, contando su historia en lugar de la de la pareja o fundiendo ambas huyendo de los matices. Como terapeuta he intentado facilitar el proceso.

Al término del ejercicio realizamos un ejercicio de participación. Predomina el desaliento, la sensación de que el problema es más fuerte que ellos, las dudas acerca de si cambiar es bueno, el temor al descontrol si varían algo la rutina. Como terapeuta me uno a la participación, reflejando lo que siento y animo, para enganchar con la sesión siguiente, a que durante la semana visualicen cómo sería su futuro sin “el problema” (Shazer, 2004). Todos se muestran conformes.

Al inicio de la tercera sesión comienzo una tarea que se va a prolongar hasta la sexta (En esta sesión se incorporó una nueva paciente, Rosa, pero que no realiza la tarea y en la quinta se incorporaría Puri, menos ansiosa y más dispuesta a participar desde el inicio), recogiendo la invitación a visualizar el futuro sin la etiqueta. Invito a todos los miembros a que salgan a la pizarra y escriban cómo sería su futuro sin la etiqueta. A continuación presento los desarrollos de todos, a excepción de Mercedes (incorporada a un proceso terapéutico en otro centro), África (que abandonó para seguir tratamiento en su Centro de Salud Mental de zona) y Clara (desvinculada desde la primera sesión):

Mar (atadura):

- Volvería a trabajar. Habla con nostalgia de su trabajo como jefa de sección en una empresa.
- Me relacionaría sin problemas: saldría a comer y a tomar algo con amigos y compañeros
- No me engañaría a mí misma
- Me sentiría útil
- Podría acudir a reuniones familiares.

María (falta de libertad)

- Tendría ilusión, volvería a trabajar, estudiar, me relacionaría, viviría.
- Tendría libertad.
- Tendría confianza: en mí misma y los demás también.

Alejandro (esclavitud):

- Tolerar la frustración.
- Obsesionarme menos con la comida y el físico.
- No mediría mis éxitos o fracasos a través de la báscula.

- No sería perfecto.
- Sería capaz de decir que no y asumir solo mi responsabilidad.

Noelia (mala costumbre):

- No pensaré que comer es lo último.
- No estaré todo el fin de semana en el sofá, quedaría con amigas.
- Llamaría a los amigos.
- No pensaré que compro la talla más pequeña.
- No evitaré las horas de comida con la familia.
- No ocuparé todo el tiempo con el trabajo.
- Dejaré las muletas.
- Saldré de vacaciones.

Puri (desesperación)

- Relacionarme sin miedo a lo que puedan pensar de mi físicamente.
- Tendría fuerza para luchar contra todo (psicológica y físicamente).
- No tendría miedo a la comida: comería con amigos, la familia y sobre todo sola y relajada.
- Retomar mis estudios (quiero llegar a la universidad).
- Un futuro sin lágrimas y sin enfermedad.

Como complemento a la visualización del futuro sin la “etiqueta”, animo a desarrollar los pasos o etapas que ellos consideran que los guiarían desde el presente hasta los objetivos marcados.

María:

1. Dejar de vomitar
2. Aumentar la cantidad de comida
3. No beber alcohol
4. Responder al teléfono a las llamadas de los amigos
5. Salir a la calle
6. Iniciar actividades de yoga, gimnasia

7. Buscar trabajo
8. Iniciar estudios de Inglés
9. Vivir en mi casa (emanciparse)

Alejandro:

1. Organizar mis semanas
2. No excederme en las jornadas de trabajo
3. Pasar más tiempo con mi pareja
4. Dedicar tiempo a mis amigos
5. Tiempo para mí
6. Respetar los horarios de comida
7. Aceptar los errores y aprender de ellos

Mar:

1. Poner orden en la comida
2. Relacionarme con más gente
3. No tener tantos tabúes a la hora de comer
4. Salir de la apatía que tengo a veces
5. Ir recuperando salud y autoestima

Puri:

1. Dejar de mentirme
2. Dieta sana
3. Ejercicio moderado
4. Empezar a estudiar
5. Relacionarme con gente de la carrera
6. Meta: estaría feliz

En una de estas sesiones se abre un debate sobre la ambivalencia, el deseo de cambiar y el temor de hacerlo. El lema sería: "Quiero mejorar pero sin aumentar de peso y regularizar la alimentación."

Animo a escenificar esto mediante un ejercicio en el que dos personas tiran cada una de un brazo de otra al tiempo que le lanzan mensajes contrapuestos desde cada lado.

#### 4.2. CONSTITUCIÓN

A partir de la séptima sesión, incluida, desarrollamos varias sesiones psicoeducativas, ante el descubrimiento del desconocimiento y/o distorsiones en aspectos básicos. Este módulo psicoeducativo se extiende hasta la decimoprimer sesión. Se trabajan los siguientes conceptos:

- Consecuencias físicas y psicológicas de la restricción alimentaria y las conductas compensatorias
- Análisis de las dietas restrictivas y exposición de una dieta sana y equilibrada
- Conceptos básicos de nutrición: pirámide de los alimentos

En la decimoprimer sesión se informa a las pacientes de la ampliación del espacio grupal, con una nueva actividad grupal conducida por el Terapeuta ocupacional de la Unidad. En este espacio se abordan, con una filosofía psicoeducativa, diferentes temas: habilidades sociales, manejo de emociones, autoestima, planificación de tiempo libre, autocuidado, hábitos alimentarios, etc. Esta ampliación grupal permite mantener la orientación psicoterapéutica en la terapia de grupo, preservando a la vez el trabajo psicoeducativo, que se trasladaría al grupo de terapia ocupacional.

La decimosegunda sesión coincide con el final del período navideño y se abre con un momento emocional difícil. El grupo adopta un tono depresivo y comenta sus dificultades para cambiar y los temores asociados.

Alejandro se encuentra ingresado en la UHB de nuevo. Durante el ingreso ha aumentado el peso y comenta su angustia ante este hecho.

María retorna al grupo tras varias sesiones de ausencia y en clara relación con descontrol con la comida y el alcohol. Para cortar este ciclo ingresa hoy en la UHB.

Noelia informa al grupo de su inmediata alta de la UHB, tras haber alcanzado un peso mínimo y estabilizarse sus analíticas. Angustiada, comparte con el grupo que sus padres se han ofrecido a irse a

vivir con ella como forma de garantizar una alimentación regular: “quiero seguir bien sin ellos encima de mi todo el rato”. El grupo le señala la dificultad para mantener el peso por sí misma tras el penúltimo ingreso, ya que tras las altas comienza inmediatamente a saltarse comidas y a restringir en exceso.

Ante esta situación, brindo al grupo un trabajo con las ideas y mensajes que bloquean el cambio. Fácilmente surgen varias ideas en torno a los siguientes temas “si sigo comiendo me convertiré en obeso”, “no quiero cambiar mi aspecto físico”, “no merece la pena nada”. Como protagonistas actúan Mar y María, consecutivamente. Se invita a ambas a que elijan personajes que encarnen esos mensajes. Las protagonistas expresan un discurso de deseo de cambio, y los mensajes intervienen a intervalos interrumpiendo el discurso. Finalmente se les pregunta qué desean hacer con estos mensajes. Ambas quieren deshacerse de ellos. Mar elige escribirlos en papel y uno a uno va tirándolos con rabia a la papelera de la sala. María los sitúa en un objeto y decide propinarle una buena patada.

Termina la sesión con un ejercicio de compartir. La sensación es que el grupo se ha hecho más fuerte ante los mensajes de desaliento y bloqueo, afianzando su posición.

En la decimotercera sesión la situación es similar. Varios miembros están ingresados, a los que se une Virgina (ausente en las últimas sesiones e ingresada desde la urgencia por gesto autolítico y bajo peso).

Rosa comenta que se le está insistiendo para que ingrese, ya que no termina de aumentar su peso y regularizar la alimentación. Se continúa el trabajo de la sesión anterior, en torno a los mensajes que bloquean el cambio y fomentan el desaliento.

La decimocuarta sesión comienza con varias novedades: Alejandro, ya de alta, comenta satisfecho que ha sido capaz de ganar un kilo y de tolerar comer en casa de sus padres. Se encuentra muy animado y ha retomado actividades de ocio que antes no era capaz de hacer y/o no se sentía con fuerzas.

Puri, que se encuentra aún ingresada, celebra con el grupo que está siendo capaz de regularizar sus hábitos en la planta, aunque expresa su temor de no poder mantener los hábitos de comida y prevenir los atracones cuando se encuentre de alta.

Esther, retorna al grupo (en todo este tiempo ha permanecido ingresada), aunque presionada por orden médica desde la UHB. Se produce, no obstante, un cambio: al principio llora y se niega a participar, pero tras unos minutos comienza a mostrar interés por la dinámica grupal.

Noelia dice que se encuentra con gastroenteritis y que está haciendo dieta blanda. Cuando se le requiere que explique qué tipo de dieta, el mismo grupo le señala que está utilizando la gastroenteritis como excusa para restringir de nuevo.

Rosa reconoce que no es capaz de mejorar su dieta y que ante la continua pérdida de peso va a ingresar hoy.

En la sesión de hoy se realiza un trabajo visual enfocado hacia la percepción distorsionada del esquema corporal. Se invita a los miembros a que dibujen en una hoja de papel su silueta (para poder realizar la segunda parte procuro que los dibujos se mantengan en secreto). A continuación invito a los miembros a que se constituyan por parejas, colocándose frontalmente, y doy la consigna de que dibujen la silueta del que tienen en frente. Por último, recojo los dibujos y los fijo en la pared por parejas, esto es, el dibujo que cada uno ha hecho de sí mismo y al lado el "retrato" que ha efectuado el compañero (el punto de vista externo). A continuación abrimos un espacio de compartir.

Al principio el grupo permanece callado pero impactado por los contrastes. En algunos casos (Mar, Noelia), no hay grandes diferencias entre la autopercepción y la percepción externa (ambas reflejan delgadez extrema), pero no sucede lo mismo con los trabajos de Rosa, Alejandro y Puri. En estos tres casos el autorretrato y el retrato no se parecen en nada, siendo el primero claramente distorsionado hacia el exceso (caderas, muslos y redondeces que no existen) y el segundo muy ajustado hacia la realidad (figuras esbeltas y emaciadas). Cuando el grupo comienza a hablar, primero lo hace Mar, quien se sorprende porque dice no entender cómo no puede aumentar de peso cuando ella sí que se



ve delgada y además no le gusta su aspecto. Se le invita a reconsiderar y trabajar esta “contradicción” a lo largo del trabajo grupal. Noelia, se muestra indiferente, en una tónica que se mantiene desde el inicio del grupo, con una tendencia racionalizadora y con gran distancia emocional respecto a su situación. Los demás se muestran impresionados por las diferencias entre la autoimagen y la externa, refiriendo la dificultad para guiarse de las propias sensaciones.

#### 4.3. CONSOLIDACIÓN

La decimoquinta sesión marca una frontera, un antes y un después en la vida del grupo. Hasta ahora distante y frío, muy racionalizador y con dificultad para el trabajo emocional e integrarse en las escenas, el grupo empieza ahora a despertar y vivir emocionalmente ante las escenas de los protagonistas. Al hablar individualmente con algunos de sus miembros, la explicación que aportan es que se han consolidado como grupo, sintiéndose embarcados en un proyecto común.

La sesión se abre como siempre comentando las novedades, prevaleciendo un tono positivo.

Mar se enorgullece de estar mejorando su alimentación y manteniendo el peso.

Puri, ya de alta, dice haberse atracado una sola vez y responsabiliza a su madre por tener alimentos prohibidos. El grupo señala y da pautas de manejo.

Alejandro se mantiene en el peso y dice estar a gusto con su peso por primera vez en mucho tiempo.

Esther se encuentra por fin de alta; no quiere hablar pero esta vez permanece voluntariamente en la sesión y escucha.

Rosa acude al grupo desde el ingreso y menciona lo duro que se le hace estar separado de su hija, aunque no quiere seguir hablando de ello.

María comenta que ha logrado controlar los atracones, aunque ha tenido varios episodios de embriaguez, lo que ha motivado que los padres (ella decidió irse voluntariamente a vivir con ellos para recibir su ayuda) hayan aumentado el control sobre ella: “me tratan como a una niña”.

Tras el caldeamiento verbal inicial, propongo al grupo hacer un trabajo sobre su historia personal (Rojas Bermúdez, 1966). Utilizo la metáfora de las películas biográficas, que construyen una vida

seleccionando escenas significativas de la historia personal. Invito a que cierren los ojos y que visualicen su vida, al tiempo que seleccionan escenas a su criterio, hasta conseguir cinco o seis. Tras la visualización se pregunta si alguien quiere “mostrar” sus escenas. Ante la invitación sólo se ofrece Puri. Para facilitar el trabajo utilizo varias sillas que voy disponiendo por la sala y explico a la protagonista y al grupo que al sentarse en cada una de las sillas “abriremos” una escena. Puri se sienta en la primera silla y comienza su monólogo. En la primera escena se ve en la guardería y comparte con el grupo el recuerdo de una maestra que utilizaba los castigos físicos. Cuando considera que ha terminado se levanta y se dirige hacia la segunda silla, monologando acerca de una escena en la que su madre había recogido a un gato abandonado y lo adoptaban. El recuerdo es muy tierno y es contado como algo positivo. En ese momento todo el grupo comienza a emocionarse, en especial Rosa (que no parará de llorar en toda la sesión, aunque recibe el apoyo constante de un profesional que participa habitualmente en el grupo). En la tercera silla, Puri se para: “aquí ni me siento”, y solo pone el título a la escena: “abusos”. Respeto su decisión y tomo nota para pensar en cómo trabajar grupalmente este momento tan doloroso. En la cuarta silla, el tono emocional varía y se describe a sí misma en la adolescencia como una “rebelde” miembro de una tribu urbana. En la quinta y última silla, monologa sobre un reciente novio maltratador. En este momento el grupo está muy emocionado, percibiéndose un alto nivel de angustia y decido no ahondar en ninguna de las escenas y ofrecer un momento de compartir.

Rosa sigue bloqueada por la ansiedad y apoyada en el contacto físico con el profesional que asiste al grupo y rehúsa (más bien no puede) participar.

María comenta ligeramente una historia de maltrato. Como terapeuta reconozco mi miedo en este momento y decido hacer algo para terminar con una escena reparadora y tranquilizadora abierta hacia el futuro. Invito a Puri a elaborar una sexta escena, aún no sucedida, pero deseada en el futuro. Acepta y construye una escena en la que se ve a sí misma con una pareja estable y con dos hijos varones. Le ofrezco realizar una “foto” eligiendo de entre el grupo a los protagonistas. Una vez construida la foto dialoga con cada uno de los miembros y expresa su deseo de que las cosas sean

distintas a como fueron en su infancia: “una madre fiel... unos hijos queridos y apoyados... un padre que lee cuentos a sus hijos”. Dejo que la escena fluya y Puri comienza a abrazar a su “familia”. Señalo que este futuro está por llegar y que es un futuro posible y alcanzable. Todo el grupo termina abrazando a la protagonista, que se va sintiendo progresivamente más aliviada. Uno de los protagonistas de la foto, uno de los hijos, comparte con el grupo el recuerdo de su padre fallecido, cómo le echa de menos y la sensación de inconclusión (esto sería el germen del trabajo en una sesión individual y del desarrollo de una escena en la próxima sesión grupal). En ese momento, ante la emoción desatada de nuevo, le ofrezco un abrazo que acepta.

Finalizo el grupo lanzando un mensaje de calma (seguramente que también hacia mí): “no asustarnos ante la emoción” y “trabajar dentro de ella para mejorar.”

En la decimosexta sesión abro el grupo invitando a seguir compartiendo, ante la emoción desatada la semana anterior. El grupo expresa su temor porque la protagonista de la sesión anterior (empiezan a cuidarse unos de otros) no ha venido. Se dice que se le llamará para saber qué ha sucedido (el contacto telefónico despejó fantasmas, pues se encontraba con gripe y no pudo asistir).

Rosa comenta que las escenas de Puri le pusieron nerviosa porque le trajeron recuerdos de cómo su padre les trataba (a ella y a su hermano). Se le ofrece trabajarlos pero decide posponerlos.

María dice que desearía trabajar el tema de sus padres, que relaciona con las escenas de la sesión anterior. Mar querría abordar la sensación de hacerse de menos y no ponerse en su sitio. Planteo al grupo establecer una “lista de espera” de escenas, para no dejar colgado a Alejandro, que tenía pendiente trabajar el tema de su padre. Se muestran de acuerdo.

Iniciamos el trabajo con Alejandro con un monólogo en el que relata el fallecimiento súbito de su padre y cómo tuvo la sensación de no haberle dicho todo lo que tenía que decirle. Expresa también cuánto le echa de menos. Tras el monólogo animo a trabajar esta situación inacabada (Cukier, 2003). Le pido que elija a un padre entre los miembros del grupo. El protagonista no duda y me elige a mí (intuyo que por el abrazo que le confortó en la anterior sesión y por ser la única figura varón). Colocamos dos sillas, una enfrente de otra y tras caracterizar brevemente a su padre mediante un

monólogo, Alejandro comienza a decirle a su padre las cosas que no pudo decir. Básicamente el discurso se centra en pedir perdón por confiar más en su madre y en lamentar no haberle podido presentarle a su pareja. Durante la escena hay una intensa emoción, al tiempo que una sensación de liberación por contactar con la figura paterna. Para facilitar el proceso realizamos cambio de roles en varias ocasiones. Finaliza la escena diciendo que le quiere.

En el momento de compartir, el propio protagonista habla de su duelo. Tiene dudas sobre si debiera “dejarle marchar”, tal y como le han aconsejado. El grupo comparte experiencias de pérdidas similares y se alienta a integrar la presencia de los ausentes, como un equipaje que ayude, más que estorbar el avance.

La decimoséptima sesión es la última que transcribo en este trabajo, aunque como ya expliqué en líneas anteriores, el proceso continúa. La sensación general es la de una evolución favorable, en el contexto de un clima de implicación mutua. Todos estamos en el mismo barco e intentamos controlar la dirección. Los indicadores físicos se encuentran más estabilizados, el peso se mantiene o aumenta en algunos casos.

Los temas pendientes de Mar y María no pueden ser abordados (han justificado hoy su ausencia), pero el grupo enseguida encuentra temas nuevos que trabajar. Rosa continúa ingresada y, aunque estabilizada en el incremento de peso, ha tenido un mal fin de semana. Disfrutó de un permiso largo para estar con su hija, que ansiaba intensamente, pero se ha sentido decepcionada. Aunque integrada con posterioridad al inicio del grupo, esta paciente ha mostrado una evolución espectacular. Habitualmente callada, cuando no inaudible en su tono de voz, ahora reclama su espacio y es capaz de monologar sobre su angustia. Comparte con el grupo el temor de no ser suficientemente buena madre, ya que durante el permiso de fin de semana ha visto cómo su hija era capaz de encontrarse a gusto con otras personas de su entorno cercano. Hay en su discurso un temor latente a la pérdida, a no ser elegida por su hija. El grupo, ya maduro y dispuesto al trabajo psicoterapéutico, lejos de iniciar una retahíla de consejos, habla de sus propias experiencias de

pérdida y de sus temores y vivencias de rechazo con figuras de apego. Se trabajan también los mensajes de autoexigencia y perfeccionismo excesivo que se activan en sus relaciones personales.

## CONCLUSIONES

Como ya he señalado anteriormente, la redacción de este trabajo ha sido paralela al desarrollo del proceso grupal. Esta “coincidencia”, lejos de ser un obstáculo para ambas tareas, me ha permitido reflexionar sobre el grupo, la utilidad de la técnica psicodramática, mis carencias de aprendizaje y los descubrimientos espontáneos tan necesarios para el crecimiento tanto del terapeuta como del propio grupo.

En cuanto a los pacientes, su trabajo continua, aunque este artículo vea ahora su fin. El estado en que se encuentran es claramente mejor que al inicio de la terapia. Sus pesos se van estabilizando, hay una cierta normalización en los hábitos de alimentación, al tiempo que se afianza su compromiso con la salud, adhiriéndose a las terapias de la Unidad.

El uso de las técnicas psicodramáticas, además de permitirme aprender “haciendo”, creo que ha facilitado que surja una necesaria cohesión y conciencia de grupo. Por otra parte, la expresión emocional, tan distante y fría al principio, ha ido ganando peso, siendo posible que hacia las últimas sesiones los miembros del grupo pudieran abordar trabajos personales largo tiempo pospuestos.

El trabajo con escenas, tan tímidamente introducido por mí, ha facilitado que los miembros del mismo se reconozcan unos a otros como “como seres humanos en un proceso permanente de transformación aprendiendo a hacerlo y aceptando las renunciaciones, el sufrimiento y la satisfacción de hacerlo” (Herranz, 2011).

## BIBLIOGRAFÍA

- Agustín Ramírez, J. (1997). *Psicodrama. Teoría y práctica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Beato Fernández, L. y Rodríguez Cano, T. (2003). El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA). Desarrollo y propiedades psicométricas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31 (3): 111-119.
- Carroll, Lewis (2003). *Alicia en el país de las maravillas*. Santiago de Chile: Ediciones del Sur.
- Cukier, R. (2003). *Psicodrama Bipersonal. Su técnica, su terapeuta y su paciente*. Buenos Aires: Ágora.
- First, M. B. (2009). DSM – IV – TR: *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Herranz, T. (2011). El Cambio en Psicoterapia Psicodramática: De la Acción a la Reparación. *Clínica Contemporánea*, 1 (Vol. 2): 57-72.
- Millon, T. (2007). *MCMI-III. Inventario Clínico Multiaxial de Millon III*. Bilbao: TEA Ediciones, S. A.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.
- Pino, O., Guilera, G., Gómez, J., Rojo, E., Vallejo, J. y Purdon, S. (2006). Escala breve para evaluar el deterioro cognitivo en pacientes psiquiátricos. *Psicothema*, 3 (Vol. 18): 447-452.
- Prochaska, J. O. y Prochaska, J. M. (2001). ¿Por qué no se mueven los continentes? ¿Por qué no cambian las personas? *Revista de Psicoterapia XII*: 17-35.
- Raich, R., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. y Zapater L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*. 7:51-66.
- Robles, M., Oberst, U., Sánchez-Planell, L. y Chamarro, A. (2006). Adaptación transcultural al castellano de la Eating Disorder Examination. *Medicina Clínica*, 127 (19): 734-5.
- Rojas Bermúdez, J. G. (1966). *¿Qué es el psicodrama?* Buenos Aires: Genitor.
- Shazer, S. (2004). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Figura 1 (p. 6)

