

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN EL HOSPITAL NIÑO JESÚS ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Eduardo Paolini

Doctor en Psicología especialista en psicología clínica. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid (España).

INTRODUCCION

El sistema de tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria que se aplica en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid puede considerarse como un abordaje institucional original, que se desarrolla en etapas sucesivas y con diferentes niveles de integración. Contempla el tratamiento simultáneo de la psicopatología frecuentemente asociada a estos trastornos, y se articula en base a métodos grupales ^(1, 2).

Nuestro trabajo no va a centrarse únicamente en el paciente en sí, sino en toda la red vincular en la cual está integrado, el engrama natural e institucional. Teniendo en cuenta lo anterior, el sistema que hemos desarrollado (en un sentido lato isomórfico al objeto), es un sistema institucional de cuidados grupales integrados que abarca los aspectos biológicos, la interacción familiar y otros grupos de pertenencia, los grupos de referencia del paciente y la organización psíquica de cada sujeto en relación a este contexto. Con ello, intentamos proporcionar un espacio grupal artificial (institucional) para el desarrollo vincular de una manera asistida, o cuidados asistenciales, y parentales de las relaciones perturbadas ^(3, 4).

ORGANIZACION DEL TRATAMIENTO

La estrategia de tratamiento contempla un desarrollo escalonado y por fases dentro de una continuidad en donde se van cumpliendo los objetivos que dan lugar al paso siguiente. Cada etapa intenta preparar al paciente para la consecutiva, por lo que cada escalón del proceso de cambio puede ser considerado como una prueba de aptitud o del grado de estabilización logrado, y desde la cual se puede volver a la fase anterior o al inicio del tratamiento en términos condicionales.

Cada fase, cada escalón del tratamiento tiene una fuerza propia que se potencia en función del porvenir con lo cual se logra una sinergia entre fases. El logro de una fase nueva permite sentirse con posibilidades de continuar su desarrollo; lo mismo ocurre con los módulos (grupos de plan de vida, de padres y de psicoterapia) que funcionan de manera concertada entre sí. El ejemplo más claro sería: cómo un emergente que

aparece en el grupo de psicoterapia con un paciente determinado se puede trabajar indirectamente con los padres, dando estrategias para solucionarlo de una manera más eficaz, o por lo menos con recursos nuevos no repetitivos de los modelos anteriores, o interviniendo sobre las hipótesis causales del mismo ^(5, 6, 7).

El grupo puede ser un generador de patología, tanto el grupo de pertenencia (familia), como los de referencia o influencia, ejemplo de esto son el aprendizaje de las conductas adictivas en grupos de pares. Pero el grupo también puede poseer un principio corrector, siempre y cuando esa fuerza natural del grupo, los parámetros que allí se desarrollan, puedan converger en un sentido terapéutico o de cura ⁽⁸⁾.

El grupo es nuestro objeto y también nuestro método de trabajo; no sólo pensamos en el sujeto como individuo sino como un miembro emergente de un grupo familiar, y en los grupos en sí como un conjunto en el cual se promueve la interacción entre los miembros, más que centrarnos en los contenidos específicos indirectos que se dan en él. Grupo como factor generador y grupo como principio corrector, grupo como objeto y como método ⁽⁹⁾. En nuestro caso, utilizamos el método operativo desarrollado por E. Pichón-Rivière aplicado a la psicoterapia grupal de trastornos de la conducta alimentaria para lo cual hemos introducido algunas variaciones técnicas. La organización del tratamiento y el sistema de módulos integrados del cual forma parte es un diseño de tres grupos básicos con tareas diferenciadas y coordinadas entre sí: grupo de plan de vida, grupo de padres y psicoterapia de grupo. En fases posteriores del tratamiento, se realizan los grupos de seguimiento.

I- Grupos de Plan de Vida

Los grupos de Plan de Vida están constituidos por un mismo conjunto medio de 12 pacientes por grupo. Estas pacientes tienen una primera actividad que suele llevar aproximadamente una hora, luego pasan al grupo de psicoterapia.

Los objetivos del Grupo de Plan de Vida son:

- a. La prevención de las recaídas.
- b. La estabilización médico-psiquiátrica, orgánica y de las variables psicopatológicas centrales, nutricionales, ponderales y psicológicas.

El método que se utiliza en el Plan de Vida se desarrolla en una situación grupal, es decir, están todos los pacientes presentes en ese momento, igualmente durante el peso de cada uno de los pacientes, pero la revisión es vertical. Se trabaja horizontalmente sobre la colectivización de los emergentes, esto quiere decir que cuando surge un tema en una revisión individual que tenga que ver con el conjunto porque es algo observado

en varios pacientes, se colectivizan y se trabajan los emergentes de una manera sintética, lo mismo ocurre con las intervenciones en crisis o descompensaciones, que son frecuentes con este tipo de pacientes.

II- Grupos de padres

Los grupos de padres, según el modelo que se viene utilizando, difieren de los grupos multifamiliares en tanto su diseño no contempla la participación de los hijos en el mismo tiempo y espacio pero, en su concepto, es análogo en tanto los roles paterno filiales se integran indirectamente mediante el conjunto del sistema (reunión de equipo interdisciplinario), la previsión de entrevistas familiares y de técnicas de confrontación, donde el equipo actúa como catalizador de la comunicación (reuniones de evaluación conjuntas padres-hijos) ⁽¹⁰⁾.

El objetivo fundamental del grupo de padres es el establecimiento de una alianza terapéutica entre ellos y el equipo clínico; comparten un mismo objetivo: la cura o mejoría del paciente, aunque este concepto sea entendido de distinta manera por los pacientes, por los padres y por los profesionales, quienes tratarán de aprovechar la fuerza de la colaboración de los progenitores en el tratamiento.

El trabajo con el grupo de padres aminora los sentimientos de culpa siempre presentes en esta y en otras patologías, sobre todo en las mentales. Las intervenciones o señalamientos a veces pueden provocar una reacción contratransferencial negativa. Por esta razón, en el encuadre de estos grupos, se habla a los padres de las implicaciones emocionales de esta forma de trabajo, y del grupo como un espacio en donde poder reflexionar y trabajar para facilitar la mejoría de sus hijos, objetivo común que los reúne. La disminución de los sentimientos de culpa permite la toma de posiciones activas por parte de los padres, la asunción de nuevos roles y actitudes que producen una modificación de la estructuración de las redes de comunicación y por tanto del sistema. El trabajo con el grupo de padres permite a éstos ir incorporando paralelamente conocimientos básicos sobre el periodo evolutivo que están atravesando sus hijos así como de los conflictos inherentes al mismo (adolescencia), y el impacto que produce en ellos.

Todo lo que se genere en ese grupo, debe ser trabajado bajo el principio de restitución grupal, es decir, debe ser elaborado en el contexto en el cual fue generado. Este principio también se utiliza en los grupos de psicoterapia ⁽¹¹⁾. El método que utilizamos en estos grupos de padres es el de grupos operativos, grupos centrados en la tarea con el análisis de los manifiestos y de los latentes, el desarrollo de un esquema conceptual de referencia, es decir, de un lenguaje común para que los padres puedan operar y puedan entender y comprender mejor la enfermedad, es decir, ponerle palabras a los

sentimientos, a lo que ellos observan en su casa y a la comunicación entre ellos. En principio son grupos bastante directivos, pero que a medida que se van desarrollando dejan de serlo para pasar a ser más cogestionados ⁽¹²⁾. El método implica el análisis de las cualidades emergentes, es decir, aquellos elementos que emergen del sistema que estamos estudiando, esto es, aquello que se presenta como angustiante, como crítico o compartido por varios miembros. Este sistema permite una contención de las emociones básicas, un espacio para la creación y el desarrollo de las habilidades, y en el caso de que se detecte psicopatología parental, cosa bastante frecuente por otra parte, la derivación a la red del sujeto, el padre o familiar, enfermo.

III- Grupos terapéuticos

Constituyen la instancia que estructura a todo el sistema en tanto el único valor resultante del mismo sólo puede ser valorado a la luz de los niveles de organización y desarrollo madurativo que alcancemos en el aparato psíquico de cada uno de los pacientes. Esta, evidentemente, es una labor que solo se alcanza con arte, ciencia y paciencia por parte de todos y cada uno de los componentes en juego. En lo que respecta a la estrategia global del tratamiento, debemos tener en cuenta que el diseño grupal en base a psicoterapias de grupo breve en una institución de nuestras características, implica el paso sucesivo por diferentes tipos de fases y de grupos hasta lograr un mínimo de estabilización que permita el alta hospitalaria.

Muchos de los objetivos que se van a desarrollar son aplicables también al grupo de padres y están estrechamente unidos a la metodología. La tarea de los grupos terapéuticos tiene que estar previamente definida y suficientemente clara, esto forma parte sustancial del encuadre. Los individuos candidatos a cada grupo deben ser seleccionados y preparados previa y adecuadamente estableciendo la bases solidarias del “grupo de pares” ⁽¹³⁾.

Esta tarea incluye una definición del sistema sanitario que va a tratarlo, definición que implica el desarrollo de una confianza básica. En este sentido, no se pretende que haya una confianza inicial pero sí, al menos, la suficiente para soportar la incertidumbre y el secreto de todo lo que se diga en los grupos. Para ello también debemos transmitir el secreto profesional que asume el equipo tratante y el secreto de lo grupal que todos deben mantener.

Las normas de restitución grupal, implican a la esencia del procedimiento técnico: lo que se genera en un contexto debe ser tratado en el mismo contexto antes de ser trasladado a otras instancias. Dentro de los problemas de la interacción que deben ser comprendidos por pacientes y familias se incluye el problema de la actuación

en términos de teoría de la comunicación⁽¹⁴⁾, como forma de decir algo con el acto o con el cuerpo⁽¹⁵⁾, y la utilización de la verbalización como alternativa eficaz. Por lo general, y en este momento de desarrollo técnico, los métodos que estamos utilizando son fundamentalmente verbales, es raro que se utilicen lo que los psicólogos denominamos técnicas activas, en tanto la verbalización y la puesta en marcha de la función simbólica en sí, ya es un factor suficientemente poderoso para la organización del pensamiento y para la reducción sintomatológica en combinación con los otros métodos terapéuticos implicados.

El tiempo interno es un tema que se debe tener especialmente en cuenta en el tratamiento de adolescentes y jóvenes adultos, lo mismo que el concepto de movilidad de las estructuras patológicas de personalidad, es decir, que lo que hoy observamos como anorexia nerviosa restrictiva, mañana es una depresión mayor o una depresión ansiosa o un trastorno de personalidad. Esto hace a todo lo que es el tema de la relatividad de la psicopatología sobre todo en edades con evoluciones inciertas y la Teoría de la Enfermedad Única.

PROBLEMÁTICA DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Lo que atañe, quizás a lo más importante, y lo que debería estar al comienzo de cualquier protocolo de procedimiento, es la problemática del equipo que trabaja o pretende trabajar con este sistema, en tanto sistema operativo de trabajo del equipo interdisciplinario que implica sistematizar datos extraídos de la realidad para poder comprenderla y modificarla y, al mismo tiempo, organizarse acorde con el objeto de estudio⁽¹⁶⁾. Para ello es fundamental que el equipo genere un lenguaje común coordinado, es decir, que desarrolle un esquema conceptual de referencia, y que se articule en base a un principio de jerarquía funcional, más allá de que haya una organización jerárquica institucional. Es decir, la distribución de papeles y de roles en cada uno de los grupos, en cada uno de los módulos y en cada una de las fases. Esto implica al equipo interdisciplinario, o debería implicar, un análisis permanente sobre sí mismo, en tanto también, como dijimos antes, por el teorema de Stanton y Schwart⁽¹⁷⁾, los equipos realmente repiten de alguna manera la patología que están observando y trabajando.

En este sentido es importante desarrollar una teoría de la técnica y, en cualquier caso, si volvemos al punto de origen de lo que se planteaba de la teoría de los sistemas, deberíamos tener siempre presente el concepto de “grupo artificial”, es decir, que en todo grupo de psicoterapia lo que hemos creado es un sistema de “masa artificial”, en términos freudianos, en donde se articula la doble ligazón libidinal, que implica a los sujetos en el sistema, es decir, con el líder, o en este caso con la institución sanitaria

y con los representantes de ella, y entre los individuos. Esta doble ligazón libidinal es motor que provoca el funcionamiento del grupo como tal.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Grier Miller, J. y Miller, J. L.: *“Teoría general de los sistemas”*. En: H. Kaplan y B. Sadock, “Tratado de Psiquiatría”, T. I. Ed. Salvat, Barcelona, 1989.
- (2) Pichon-Rivière, E.: *“Teoría del vínculo”*. Ed. Nueva Visión, Bs. As., 1980.
- (3) Piaget, J. Y Inhelder, B. (1969): *“Psicología del Niño”*. Ed. Morata, Madrid, 1973.
- (4) Freud, S. (1921): *“Psicología de las masas y análisis del yo”*. Amorrortu Ed. Vol. XVIII, Bs. As., 1979
- (5) Bowlby, J. (1979): *“Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida”*. Ed. Morata, Madrid, 1995.
- (6) Malan, D.M.: *“Therapeutic Factors in Analytically-Oriented Brief Psychotherapy”* En: R. H. Gosling (ed.), Support, Innovation, and Autonomy. Tavistock Publications, Londres, 1973.
- (7) Balint, M.: *“Primary Love and Psychoanalytic technique”*. Tavistock Publications, Londres, 1965.
- (8) Paolini, E.: *“Consideraciones sobre lo normal y lo patológico. El grupo como agente generador y corrector”*. Rev. Clínica y Análisis Grupal, Año III, N° 13, Madrid, 1978, 6:23.
- (9) Paolini, E. y Azcárate, J. C.: *“El grupo como objeto y método del hospital de Día”*. I Jornadas SEGPA, Madrid, 1989.
- (10) Paolini, E.; Morandé, G. y Graell, M.: *“El grupo de padres en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria”*. Rev. Clínica y Análisis Grupal, N° 83, Abril 2000 .
- (11) Paolini, E.: *“Aportes teóricos y metodológicos a la Psicología Institucional”*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, 1984.
- (12) Paolini, E.: *“Psicoterapia de grupo breve en la asistencia pública de Salud Mental”*. Rev. Clínica y Análisis Grupal, Madrid, 1996, N°73, Vol.18(3), 355:377.
- (13) Palmonari, A., Pombeni, M. L y Kirchlner, E.: *“Adolescents and their Peer Groups: a study on the significance of peers, social categorization processes and coping with developmental tasks”*. Social Behaviour, Vol. 5, 33-48, 1990.
- (14) Watzlawick, P., Helmick, J. y Jackson, D.: *“Teoría de la Comunicación Humana”*. Ed. Tiempo Contemporáneo. Bs. As., 1971.
- (15) Davis, F.(1971): *“La comunicación noverbal”*. Alianza Editorial. Madrid, 1981.
- (16) Paolini, E.: *“Presupuestos teóricos y metodológicos para una gestión operativa de equipos interdisciplinarios en salud mental y toxicofilia”*, Revista A.E.N: Vol.VII, N°23, 1987.
- (17) Stanton, A. y Schwart., M.: “The Mental Hospital”. Basic Books. New york, 1954.