

Trabajo con Etiquetas Diagnósticas desde una perspectiva Grupoanalítica

Raquel Gallego Estébanez¹

RESUMEN

El presente artículo tiene por objetivo revisar las implicaciones en la actividad asistencial de la creación de grupos terapéuticos homogéneos en cuanto a la categoría diagnóstica como criterio principal de selección (Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa o Trastorno de Atracones). A partir de una situación clínica en un hospital de día de Trastornos de la Conducta Alimentaria, se analizan distintos niveles organizativos para favorecer la toma de conciencia de cómo se reproducen las jerarquías sociales y de su impacto en la consecución de la tarea.

Palabras clave: Etiqueta diagnóstica, Trastorno de la Conducta Alimentaria, Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, Trastorno de Atracones, Hospital de Día monográfico, función convocante, selección, identidad, contaminación del objeto de estudio, espejo organizativo, Grupoanálisis.

ABSTRACT

The aim of this article is to review the implications of the creation of homogeneous therapeutic groups in terms of the diagnostic category as the main selection criterion (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa or Binge Eating Disorder). Based on a clinical situation in a day hospital for Eating Disorders, different organizational levels are analyzed to promote awareness of how social hierarchies are reproduced and their impact on the achievement of the task.

Key Words: diagnostic label, Eating Disorder, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder, monographic day hospital, convening function, selection, identity, contamination of the object of study, organizational mirror, Group Analysis.

English Title: Working with diagnostic labels from a Group-analytic perspective

Cita bibliográfica / Reference citation:

Gallego Estébanez, R. (2025). Trabajo con etiquetas diagnósticas desde una perspectiva grupoanalítica. *Clínica e Investigación Relacional*, 19 (1): 63-76. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2025.190105

¹ Licenciada en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Psiquiatra en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario Santa Cristina, Madrid. Contacto: rgallegoe@salud.madrid.org

Introducción:

En 1940 S.H. Foulkes, un psicoanalista alemán, adoptó el término *Grupoanálisis* para desarrollar una forma de psicoterapia de grupo en la que sus miembros, incluido el conductor, desarrollan una conversación lo más similar posible a la técnica de la asociación libre del psicoanálisis. En esta configuración, el grupoanalista es considerado un miembro más del grupo, pero con unas funciones diferenciadas al servicio del trabajo psicoterapéutico (Sunyer 2008, 2016). Sus integrantes irán comprendiendo la estructura relacional que desarrollan en el espacio psicoterapéutico y que vincula a cada individuo y al propio grupo con sus grupos de pertenencia, que incluyen su entorno familiar, social e institucional (Sunyer 2008).

Se han descrito cinco condiciones necesarias para la organización y funcionamiento de una psicoterapia grupoanalítica: convocante, higiénica, conductora, verbalizante y teorizante (Sunyer, 2008). Me detendré en la primera, función compleja que a menudo pasa desapercibida ante la aceleración de los tiempos de la asistencia clínica, hecho que repercute en el desarrollo del grupo.

Función convocante.

La función convocante es un conjunto de operaciones prácticas y mentales relacionadas con la capacidad de reunir a una serie de personas (Sunyer, 2008). Reside en quien se responsabiliza del espacio grupal y, a diferencia de otras funciones, no se desplazan al propio grupo. Pensar sobre el grupo es iniciar su existencia psíquica, lo que posibilita insertarse mejor en él y alcanzar un posterior desarrollo más afianzado.

La función convocante puede estar impregnada de elementos antigrupales. El término de antigrupo hace alusión a los aspectos destructivos presentes en los individuos, en los subgrupos y en el grupo como un todo, que amenazan la integridad del grupo y de su desarrollo terapéutico. "Ayudando al grupo a contener su forma particular de antigrupo, el grupo se refuerza, su supervivencia se fortalece y su poder creativo se libera" (Nitsun 1991, p. 7-8).

Este concepto puede ser ilustrado a través de varios ejemplos de elementos antigrupales que pueden surgir durante las tareas que constituyen la función convocante. Se fomenta cuando el convocante y el conductor del grupo no son la misma persona, pudiendo suponer dificultades en la coordinación entre ambos o una falta de definición sobre en quien reside esta función. Es importante pensar qué grupo quiero, por qué y para qué lo quiero organizar (Miller y Rice, 1967) dado que una convocatoria ambigua y poco ajustada al

contexto clínico favorece el fracaso del grupo. Por otra parte, cuando el proceso de selección de los miembros se realiza a través de entrevistas individuales puede quedar limitada la capacidad para valorar la idoneidad para participar en ese grupo en particular. Como alternativa, varios autores como Kadis y cols (1974) han propuesto organizar grupos preliminares de admisión.

En la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria (UTCA) en la que ejerzo mi labor como psiquiatra en el recurso de Hospital de Día, las derivaciones se realizan desde los recursos ambulatorios por parte del facultativo de referencia. En un primer momento, se pone en marcha un proceso de valoración compuesto por tres entrevistas individuales por parte de la psiquiatra y psicóloga clínica del turno del Hospital de Día designado y por parte de la psiquiatra conductora de nuestros grupos de vinculación o admisión. En este proceso, además de recoger la información clínica, valorar el estado motivacional y las expectativas sobre el tratamiento, se aporta al paciente la información básica acerca del encuadre y normas del dispositivo. Si la persona está conforme con el abordaje y el equipo considera que podría beneficiarse de este tratamiento, se incorpora al grupo de vinculación. Se trata de un grupo de apertura lenta en el que los integrantes se van incorporando de forma progresiva a medida que se completa su valoración, alcanzando una media de ocho miembros. Las sesiones tienen una duración de hora y media dos días por semana.

En base a nuestras observaciones, esta experiencia alivia los temores iniciales que surgen por el hecho de estar en un grupo, facilitando un acercamiento más progresivo y ajustado a las necesidades y recursos de afrontamiento de la persona en el momento de la derivación. Además, permite clarificar la disposición y el compromiso con el trabajo psicoterapéutico, hecho que va a facilitar su inclusión en el formato más intensivo de hospital de día. Durante este periodo, se invita a los miembros a asistir a los grupos multifamiliares y se planifican entrevistas unifamiliares complementarias para iniciar una alianza terapéutica con las personas que serán sus terapeutas de referencia en Hospital de Día. El momento de su incorporación se decide tras una coordinación estrecha entre las facultativas que participan en el proceso de valoración, y atiende a criterios individuales (el momento de la derivación, la intensidad clínica y los rasgos de personalidad) y grupales, como la capacidad de formar parte y sentirse integrada en el grupo.

Función convocante. Criterios de selección:

Designar un nombre al grupo constituye uno de los elementos de la función convocante. El grupo comienza a estar presente en la mente del conductor cuando estos nombres aparecen en el horizonte simbólico.

Bajo la perspectiva estructuralista, el acento se pone en la mente como clasificador, es decir, la mente fragmenta la continuidad de la experiencia para dividirla en diferentes partes y relacionarlas entre sí. Entre estas, se enfatiza la similitud- lógica simétrica- y se anula la diferencia -lógica asimétrica- (Matte-Blanco, 1988). El método de clasificación elegido en un grupo determina *lo esencial* de los miembros que pertenecen al mismo. La esencia es una variable que se define en función de las propiedades de las cosas y la forma en la que estas son entendidas y priorizadas acorde a su contexto (Dalal, 1998). No debemos perder de vista que no se trata de una organización natural, fija ni única.

En el Hospital de Día monográfico de Trastornos de Conducta Alimentaria con predominio compulsivo (turno de tarde) se desarrollaba un grupo semanal de hora y media de duración bajo el rótulo de Grupo de Obesidad. Los miembros eran seleccionados en función de su índice de masa corporal, generando así, una subdivisión dentro del conjunto del Hospital de Día. El objetivo del grupo era facilitar un intercambio espontáneo en el aquí y ahora, de experiencias personales impregnadas del estigma social vigente y del autoestigma introyectado, en el allí y entonces de sus grupos de referencia familiares y sociales. De forma paradójica, al adscribirles ese nombre y segregar en función de este criterio, quedaba elevada esta característica como esencial, y les otorgábamos así esa identidad particular y de grupo. Desde el equipo se ejercía un poder jerárquico a disposición de nuestra propia conceptualización.

Esto conllevó un intenso malestar en varios de los miembros bajo la premisa de colocarse en un primer plano el síntoma en detrimento de su persona, su historia y su contexto relacional. Al mismo tiempo, la formación de subgrupos fomentaba sentimientos de envidia y dinámicas de rivalidad por no pertenecer a este grupo psicoterapéutico más reducido y considerado por varias como privilegiado. Tenemos que tener presente que el contenido íntimo que emergía en este grupo monográfico puede acrecentar la brecha entre ambos subgrupos e impactar de forma directa en el desarrollo de una comunicación libre y espontánea, siendo frecuente que se presuponga que el otro es conocedor de ciertas experiencias sin percatarse dónde ha emergido esa información. Por ende, se asume el riesgo de que surjan sentimientos de abandono asociados a una menor cohesión y confianza en el grupo.

Rutan y Stone (2001) explicitan que hay pocos datos que nos aporten una guía específica acerca de criterios de selección para alcanzar una mayor efectividad clínica (Piper, 1994, 2001, p. 121). Una de las primeras cuestiones a tener en cuenta en cuanto a la composición del grupo es la homogeneidad versus heterogeneidad. Si consideramos el grupo como una representación del grupo social, la realidad es que las diferencias y la diversidad

están permanentemente presentes. Sin embargo, los grupos homogéneos en cuanto a la problemática a tratar permiten entender mejor las diversas formas de comunicación y vinculación que establecen y que posiblemente moldee esa patología.

Slavson (1976) propone como criterios de agrupación: "la homogeneidad de los componentes del grupo, el género y su fortaleza yoica". Valiente también establece como factores de selección: "edad, sexo y nivel sociocultural, estructura de la personalidad, diagnóstico clínico, e impresión contratransferencial" (1987, p. 19).

Por otro lado, Guillem y Loren (1986) opinan que lo realmente importante es la "consecución de un grupo armónico". Dies señala que una manera de conceptualizar la relación entre "selección y composición consiste en considerar a la primera orientada hacia aspectos individuales y a la segunda orientada hacia la integración" (1995, p. 480).

Para Vinogradov y Yalom (1996, p. 59) el concepto clave para la composición del grupo es el "grado de cohesión" que permite realizar la tarea grupal. Nitsun (1996, p. 34) advierte que la pluralidad y la diversidad del grupo se perciben a menudo de forma amenazante, hecho que estimula que surjan proyecciones regresivas y un sentido fragmentado de los demás y de uno mismo.

Etiquetas diagnósticas e identidad.

Fue Erikson (1950, 1956) quien dio al término identidad un valor psicoanalítico, describiéndolo como "una percepción de la autoidentificación y continuidad de la experiencia en el tiempo y espacio, y la percepción del hecho de que los otros reconocen la propia identificación y continuidad". Considera que la psique individual es generada y configurada dentro de los requerimientos, valores y sensibilidades de un contexto cultural particular. Volkan (2013, p. 38) define la identidad como "la manera interna de funcionar, la forma en la que el propio individuo se percibe a sí mismo y no con la que lo describe un ajeno". Para la teoría grupal, la categoría de individuo emerge del proceso sociocultural, es un fenómeno incrustado en una red de interacciones sociales e interdependencias. Nuestros comportamientos son en último término un reflejo de la sociedad en la que vivimos.

El self se va estructurando a través de las informaciones que uno ha ido adquiriendo de sí mismo desde el reconocimiento por parte de sus vínculos significativos y de sus propias experiencias relacionales posteriores. Comer representa una experiencia relacional y afectiva significativa durante el desarrollo madurativo que queda patente desde la etapa de la lactancia, en la cual la madre y el niño experimentan una intimidad psicofísica a través del contacto corpóreo (Spitz, 1965). La comida es considerada por el niño como un objeto

investido del significado de bueno o malo en relación con la forma en la que es recibido (Klein, 1969), es decir, se le atribuye un significado que responde a códigos de tipo afectivo, relacional y social.

Durante el período adolescente hay una revisión psicobiográfica. Por una parte, se pierden los aspectos investidos en las imágenes de personas que fueron importantes en su infancia, modificándolos y, en ocasiones, incluso despreciando o mostrándose indiferente. Por otro lado, añaden otras identificaciones que en este momento les son suministradas mediante sus experiencias con sus grupos de iguales o grupos muy alejados a sus propios ambientes familiares (Blos, 1979). Se puede considerar la relación del adolescente con su propio cuerpo como una búsqueda de nuevos modelos de referencia, como un romper con todo lo que infantiliza. Las reglas sobre la comida dentro de la familia actúan como límites y de esta forma, en torno al rechazo de un plato, se pone en juego la lucha entre la posibilidad de rechazar al otro y la necesidad del sostén que ofrece.

Cuando las personas de referencia no recogen de forma sensible lo que uno percibe, siente u opina, los apegos se tornan inseguros (Bowlby, 1986). Si no se puede alcanzar de forma plena una diferenciación por razones biológicas o/y del entorno, la identidad individual permanece débil y dividida y, por ende, a la de quienes constituyen la matriz social a la que pertenece el sujeto (Volkan, 2018, p. 39). De esta forma, "el niño acaba por identificarse con aspectos parciales de los progenitores que no responden a sus necesidades básicas, construyéndose (...) una identidad funcional que ayuda a salir del paso, pero que paraliza todo el proceso madurativo" (López y Blajakis, 2010). Como reacción, y en función de su gravedad, la sintomatología expresa esa dificultad de estar con y entre los demás porque la capacidad de elaborar las vivencias que surgen de la relación ha quedado reducida o incluso anulada. A través del comer y del "lenguaje del cuerpo" se expresan estas exigencias y sufrimientos, quedando de manifiesto los intentos de salvaguardar esa identidad frágil e insegura.

El diagnóstico no es más que la confirmación y la oficialidad de que aquello que le pasa corresponde a una etiqueta social. Cuando esa categoría es comunicada otorgamos una identidad desde un saber legitimado socialmente, imbuido en un modelo jerárquico y presentado como una vía de comprensión y alivio del sufrimiento. De esa forma, algo de su identidad adquiere nuevo sentido, se transforma (Dalal, 1998).

Identidad y grupo social.

Con respecto a la historia del cuerpo desde el siglo XVI hasta la actualidad, Vigarello (2004, p. 37, 51, 81) muestra que la delgadez en Europa comienza a recibir atributos de clase

desde el siglo XVI: “lo gordo y lo fino ya divide entre los que se controlan y los que no, entre las clases dominantes y las clases bajas”. En aquel periodo, el cuerpo reflejaba la perfección del orden cósmico, no siendo hasta el siglo siguiente cuando se introduce la idea de que el cuerpo puede ser remodelado por el alma. Con la Ilustración, comienza una crítica de las duras restricciones corporales del siglo anterior y la belleza pasa a ser plural y ligarse a formas de vida práctica (Remaury, 2003, p. 35). El ingreso del cuerpo en la escena social occidental se remonta a finales del siglo XIX, cuando las prácticas de cuidado del cuerpo se convierten en exigencia de la burguesía, sobre todo para las mujeres, centrado en el ideal de cuerpo filiforme (Onnis, 2016, p. 58). Poco a poco, las barreras de clase van cayendo, y en el siglo XX se convierte la delgadez en sinónimo de salud y belleza (Moreno, 2010, p. 40). En las comunidades rurales continuaba prevaleciendo el modelo estético femenino que recordaba a la abundancia y fertilidad. Más adelante, relacionar el cuerpo con la clase social comienza a resultar un planteamiento simplista y la identidad obrera puede emplearse cada vez menos como referente subjetivo; si bien no desaparecen las experiencias comunes de quienes comparten similar distribución de recursos económicos, sociales y culturales (Beaud, Pialoux, 1999, p. 362). Tal distribución proporciona un sostén diferente para la construcción de las trayectorias corporales individuales.

El cuerpo pasa a ocupar una posición central como significante vinculado a diferentes transformaciones sociales: los modelos capitalistas de producción, los cambios en el rol de la mujer, el envejecimiento demográfico, la secularización progresiva de la sociedad o la crisis ecológica. Con el paso a la modernidad, se hace hincapié en el ideal de robustez masculina y a la mujer se le requiere un cuerpo representativo de las cualidades femeninas definidas a través de la mirada del hombre (visión androcéntrica). Las mujeres quedan confinadas al ambiente doméstico y privado, conservando cualidades tradicionales como el sacrificio, la dedicación a los afectos y los cuidados y la contención de su propio deseo. De esta forma, la mujer queda en una posición subalterna respecto al hombre y dependiente de la evaluación ajena, convirtiéndose en un rasgo básico de la opresión de género y factor generador de inseguridad permanente (Beauvoir, 1987).

Los estudios epidemiológicos de la segunda mitad del siglo XX evidencian una fuerte connotación étnica de estos trastornos de la conducta alimentaria, propios de la cultura occidental y occidentalizada (Lake et al., 2000; M Cini, 2000; Malson, 1999). Es en los años 1950 cuando se localiza un pico de incidencia del trastorno anoréxico (Bordo, 1993), aumento epidémico contextualizado después de la Segunda Guerra Mundial, coincidiendo con la intensificación de la difusión de mensajes dirigidos a la restauración de los roles tradicionales. Este rechazo a la comida parecía tener las características de protesta política (Selvini, 1963). Representaba el deseo de hacer desaparecer las formas físicas que recuerdan a la maternidad

y a los iconos de feminidad tradicional, así como el desacuerdo al verse empujadas de nuevo hacia el ámbito doméstico tras haber saboreado la posibilidad de cambio al haber desempeñado actividades significativas en la esfera pública durante los periodos bélicos (Restaino, Cavarero, 1999). Selvini (1963) sostiene que las familias de mujeres anoréxicas se quedan social y culturalmente fijadas en un sistema patriarcal, contextos en donde la única vía de expresión permitida de sus necesidades no cubiertas es a través del cuerpo, mostrando así su faceta más radical.

Entre los años 1960-1970 se produce un avance de los movimientos de protesta que para los hombres tendrá el fin de poner en discusión la institucionalización del cuerpo masculino y para las mujeres, el desvincular el cuerpo del control del hombre (Onnis, 2016, p. 66). De esta forma, se cancelan los parámetros que recordaban a la fertilidad y se constituye una imagen andrógina, pero sin heredar el poder social. "Los cuerpos femeninos se convierten en iconos de una juventud sin tiempo, en un modelo estético de delgadez y apariencia de un aspecto puberal" (Onnis, 2016, p. 66) que impera desde los años 1970 en adelante.

Los medios de comunicación comienzan a difundir mensajes ambivalentes, una paradoja irresoluble consistente en la petición de un rol confinado al interior de la familia, y al mismo tiempo, la realización y reafirmación en la esfera pública: autonomía, capacidad administrativa y eficiencia laboral. El cuerpo constituye al mismo tiempo un objeto público y privado (Jodelet, 1984). Con la expansión de las tecnologías y su invasión del cuerpo, se comienza a poder modificar aspectos biológicos del mismo, quedando configurada la expectativa de alcanzar la construcción del self ideal. Este self ideal viene determinado por constructos culturales que expresan valores de la posmodernidad como la autoeficacia, el dinamismo, el poder y el control. Se promueve una imagen femenina que reconcilie las aspiraciones de las mujeres y el deseo masculino. El cuerpo posmoderno se convierte en "receptor de sensaciones e instrumento de placer, cuerpo que consume lo que la sociedad de consumo le ofrece" (Bauman, 1999).

Desde finales de 1970 se ha ido produciendo un incremento en la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria caracterizados por comportamientos bulímicos en el espacio privado pero capaces de defender una imagen socialmente adecuada. Coexiste una dualidad: un compromiso entre su comportamiento alimentario y los nuevos códigos culturales. De esta forma, el mecanismo de rechazo aparece más enmascarado o implícito y el sufrimiento se vive en secreto, quedando oculto tras apariencias normalizadas y comprometidas con una sociedad que no deja espacio al malestar y se refugia tras la negación.

Espejo organizativo a raíz de una viñeta clínica.

En un Hospital de Día monográfico de Trastorno de Conducta Alimentaria se ha organizado la asistencia clínica atendiendo a criterios de selección en función de la sintomatología alimentaria predominante. Se establecen dos turnos y equipos diferenciados: el de mañana, centrado en patología restrictiva (Anorexia nerviosa) y el de tarde, centrado en patología compulsiva (Bulimia nerviosa, Trastorno por Atracón) bajo la premisa del predominio vespertino de los atracones. Un día a la semana se coincide en turno, dado que el equipo y grupo de pacientes de la tarde se traslada a la mañana con la justificación de que puedan realizar otra ingesta principal diferente (la comida). Aunque los espacios se mantienen diferenciados, existen momentos informales de encuentro fuera de los grupos reglados.

Dentro del encuadre del Hospital de Día existe en cada uno de los turnos un grupo semanal comunitario al que se convoca a todo el equipo terapéutico y pacientes. En una de estas sesiones en el turno de tarde, una paciente explicita que en los momentos de encuentro con las pacientes restrictivas ha escuchado *“ahí viene el grupo de las gordas”*. Asimismo, matiza que con frecuencia tiende a sentirse observada de forma juiciosa y que, estas y otras actitudes no verbales, han favorecido su tendencia a mantenerse recluida en la sala habitual -espacio familiar- limitando la capacidad de explorar otros espacios comunes. Otras compañeras comparten esta vivencia y añaden que temen los momentos de mayor exposición, como es considerada la llegada a la Unidad. En alguna ocasión, admiten haberse esperado mutuamente en la entrada del centro para entrar acompañadas, así como chequear desde el ascensor si hay pacientes con patología restrictiva en los espacios comunes. Otra de ellas hace hincapié en la posible vivencia invasora que puede generar el que sean ellas quienes pasan a ocupar el espacio habitual del grupo con patología alimentaria restrictiva.

De Maré et al (1991) ven los grupos grandes como generadores de una gran frustración como consecuencia de su gran tamaño y del efecto alienante. Los grupos grandes evocan el contexto social, en el cual ha quedado patente que, tener prejuicios contra o hacia otro grupo grande, ayuda a diferenciar el nosotros de los *otros* de forma adaptativa (Volkan, 2013, p. 49). Si regresamos a la viñeta clínica, el centrarse en señalar la corporalidad como elemento diferencial, probablemente se alivie la sensación de fragmentación individual y amenaza que genera el grupo grande. Ante la pluralidad surgen proyecciones regresivas que se mitigan reforzando el sentimiento de pertenencia al grupo desde la expulsión de lo distinto/ lo temido. Así, en momentos de mayor presión, los prejuicios pueden tornarse destructivos y dificultar el establecimiento de relaciones auténticas que sobrepasen el rol fijo preconcebido.

A raíz de esta situación, se toma una mayor conciencia de que estas actitudes de temor al juicio y devaluación están presentes en el contexto social en el que estábamos inmersas. Si la vida cotidiana entra en el hospital, ciertos rasgos de la cultura terapéutica impregnan la vida cotidiana. Los discursos impregnados de etnocentrismo de clase y género se han filtrado en el lenguaje científico. Estas narrativas legitiman la jerarquía socialmente existente entre los diversos tipos y prácticas corporales definidos como anoréxicos y bulímicos (Pestaña, 2010, p. 232).

Se ha definido el concepto de espejo organizativo para hacer referencia al “proceso de replicación automática de la experiencia y los comportamientos de un individuo en otro o de un grupo en otro, de forma que se desdibujan las líneas de separación y se debilita la capacidad de autonomía” (Nitsun, 2014, p. 31). Es una especie de aglutinante psicológico que atraviesa el sistema en su conjunto: desde las preocupaciones externas más amplias de la organización hasta los niveles de experiencia más internos y profundos.

Al colocar el foco en el grupo pequeño, en la práctica clínica se identifica en familias de personas con patología compulsiva y/o obesidad la presencia de la crítica y del rechazo como parte de la expresión emocional cotidiana de los miembros. Esto se traduce en una minusvaloración y bajo reconocimiento de sus trayectorias vitales, hecho que desalienta la diferenciación individual. Hilde Bruch (1994, p. 205) describe la bulimia como un “despliegue exhibicionista de su falta de control o disciplina” en contraposición a la anorexia. El fracaso en el mantenimiento de las conductas compensatorias supone un acercamiento a la obesidad, un acercamiento al estereotipo de ineficacia en la esfera pública y objeto no deseante en la esfera privada.

La inclusión del concepto de enfermedad puede pasar a ser el traductor de las conductas, de los conflictos y de la violencia que ha acontecido en el seno familiar con el miembro encargado de expresar un mayor grado de disconformidad y de incompreensión (López y Blajakis, 2011). Ugazio (2001) conceptualiza que “conformarse significa para el sujeto ser pasivo, perdedor y sentirse derrotado, mientras que oponerse significa ser activo, pero asumir el riesgo a ser rechazado y perder la confirmación del otro”. Cuando el sujeto oscila entre adecuarse y oponerse sin encontrar una validación del self, es el momento en el que aparece la sintomatología.

Los enfoques terapéuticos tradicionales se han venido centrando en la dimensión biológica del Trastorno por Atracón, no teniendo en consideración los factores psicológicos y sociológicos implicados, quedando simplificado en muchos casos a un hábito inadecuado o a la falta de fuerza de voluntad. Esta conceptualización ha podido acrecentar la vivencia avergonzante de la problemática, y condicionar así, un retraso en la solicitud de ayuda tanto

a nivel sociofamiliar como institucional y una menor accesibilidad a recursos de corte psicoterapéutico.

En nuestra unidad, las derivaciones por Trastorno por Atracón con obesidad apenas alcanzan un tercio de las derivaciones anuales al Hospital de Día, a pesar de ser el trastorno más prevalente en la población general. Frecuentemente acuden desde programas específicos (Endocrinología, Cirugía General), con un trabajo psicoterapéutico previo de corto recorrido y con bajo conocimiento del funcionamiento del recurso; factores que desalienta, en muchos de los casos, una inclusión satisfactoria.

Conclusiones:

A lo largo de los años hemos constatado que el diagnóstico es un elemento que permite pensar en algunos aspectos de nuestra actividad profesional y hace posible el intercambio científico y académico. Sin embargo, puede conducir al encasillamiento de un ser humano en una etiqueta. Esta perspectiva ha llevado a tener en cuenta otras variables adicionales, incluyéndose así, otras consideraciones sobre los miembros del grupo y de las relaciones con el objeto-grupo. La tarea es apuntar al verdadero ser, obviando los síntomas y rescatando lo que consideramos más auténtico dentro de su discurso (Mitre, 2016).

En 2008, Sunyer introduce el concepto de "*contaminación del objeto de estudio*" para referirse a cómo las dificultades de los pacientes se actualizan en las relaciones que se dan entre los miembros del grupo y que incluyen a la figura del conductor (representante de los aspectos sociales e institucionales). La homogeneidad en función de categorías diagnósticas puede facilitar un conocimiento en mayor profundidad de la patología, pero aumenta el riesgo de que se generen identificaciones que atrapen al equipo. El resultado puede suponer una merma de la capacidad para elaborar las diversas situaciones que surgen, así como una menor comprensión de la etiología y el sufrimiento asociado más allá del síntoma. Además, la heterogeneidad presenta la ventaja de organizar una matriz más compleja y con más riqueza de matices. Sin embargo, ante la complejidad de las variables que afectan al éxito de un grupo, resulta difícil establecer unos únicos criterios de selección como válidos. En líneas generales, el estar atentos al proceso y no sólo al contenido, puede ayudar a limitar los desarrollos potencialmente patológicos del grupo.

En este caso particular, se propone otra forma de categorización basada en la disposición y motivación para estar en grupo, así como la potencial cohesión y armonía interpersonal. La viñeta clínica invita a abrir la posibilidad de establecer un grupo grande (se habla de grupo grande cuando tiene más de treinta y cinco miembros) que aúne a ambos

grupos y evoque el contexto socio-cultural. Estos espacios, siempre y cuando vengan acompañados de las intervenciones adecuadas, podrían generar una atmósfera solidaria y proporcionar una oportunidad para el encuentro, diálogo y cooperación (De Maré, 1997).

REFERENCIAS

- Bauman, Z. (1999). *El miedo líquido*. Editorial Tusquets.
- Beauvoir, S. de (1987). *El segundo sexo*. Ediciones Siglo XXI.
- Beaud, S., & Pialoux, M. (1999). *La juventud en el mundo actual*. Éditions La Découverte.
- Bion, W. R. (1980). *Experiencias en grupos*. Paidós.
- Black, M. J., & Mitchell, S. (2006). *Más allá de Freud*. Herder & Herder.
- Blos, P. (1979). *The adolescent process*. International Universities Press.
- Bordo, S. (1993). *Unbearable weight: Feminism, Western culture, and the body*. University of California Press.
- Bowlby, J. (1986). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. Basic Books.
- Bruch, H. (1994). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. Basic Books.
- Cini, M. (2000). *Cultural perceptions of body image and health*. *Body Image*, 1(1), 33-46.
- De Maré, P. (1991). *The large group: A reflection on its development*. Routledge.
- De Maré, P. (1997). *The large group: Dynamics and development*. Karnac Books.
- Dies, R. (1995). *Psicología de grupos*. Ediciones Síntesis.
- Dalal, F. (1998). *Taking the group seriously: Towards a post-Foulkesian group analytic theory*. Jessica Kingsley.
- Elias, N. (1978). *El proceso de la civilización*. Anagrama.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. W. W. Norton & Company.
- Erikson, E. H. (1956). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton & Company.
- Foulkes, S. H. (2005) [1948]. *Introducción a la psicoterapia grupoanalítica*. Cegaop.
- Foulkes, S. H., & Anthony, E. J. (2006). *Psicoterapia de grupo. El enfoque psicoanalítico*. Cegaop Press.
- García Badaracco, J. E. (1992). *Psicoanálisis multifamiliar: Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*. Paidós.
- Guillem, J., & Loren, M. (1986). *La armonía grupal: Un enfoque psicológico*. Ediciones Pirámide.
- Guimón, J. (2002). *¿Se puede hablar de una psicopatología institucional?* *Boletín*, 25, 29-39.
- Jodelet, D. (1984). *Le corps: objet public, objet privé*. Presses Universitaires de France.

- Kadis, A. L., Krasner, J. D., Weiner, M. F., Winick, C., & Foulkes, S. H. (1974). *Practicum of group psychotherapy*. Harper and Row.
- Klein, M. (1969). *Love, guilt and reparation and other works*. Vintage.
- Lake, S. H., Black, L., & Schaeffer, J. (2000). *Social influences on body image*. *Body Image*, 7(3), 221-230.
- López, J. L., & Blajakis, I. (2011). *Grupos multifamiliares: Un modelo para la prevención de la cronicidad*. Documento sin publicar.
- Malson, H. (1999). *The social construction of eating disorders*. *International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 31-38.
- Matte-Blanco, I. (1988). *Thinking, feeling, and being: Clinical reflections on the fundamental antinomy of human beings and world*. Routledge.
- Miller, E. J. (1967). *Systems of organization: The control of task and sentient boundaries* (1st ed.). Routledge.
- Mitre, M. L. (2016). *La construcción del sujeto en la clínica contemporánea*. Editorial Nueva Visión.
- Nitsun, M. (1996). *The anti-group: Destructive forces in the group and their creative potential*. Routledge.
- Nitsun, M. (2014). *El espejo organizativo: Una aproximación grupoanalítica a la asesoría de las organizaciones*. *Teoría y práctica grupoanalítica*, 4(1), 13-36.
- Onnis, L. O. (2016). *El tiempo congelado*. Editorial Gedisa.
- Pestaña, J. L. M. (2010). *Moral corporal, trastornos alimentarios y clase social*. Centro de investigaciones sociológicas.
- Pichon, E. (2001). *El proceso grupal*. Nueva Visión.
- Piper, W. (1994). *The dynamics of group psychotherapy*. Brunner/Mazel.
- Piper, W. (2001). *Group psychotherapy: A handbook for practitioners*. Wiley.
- Remaury, B. (2003). *Le corps et la beauté: histoire et enjeux*. Éditions Belin.
- Restaino, M., & Cavarero, A. (1999). *A más de un siglo de la emancipación de la mujer: El horizonte de la mujer contemporánea*. Ediciones de la Universidad de Salamanca.
- Roig, P. (2010). *Psicoterapia psicodramática grupal. De la práctica a la teoría*. *Clínica Contemporánea*, 1, 225-237.
- Rutan, J. S., & Stone, W. N. (2001). *Psychodynamic group psychotherapy* (3rd ed.). Guilford Press.
- Selvini, M. (1963). *Anorexia nervosa: A clinical study*. Grune & Stratton.
- Spitz, R. A. (1965). *The first year of life: A psychoanalytic study of normal and abnormal development of object relations*. International Universities Press.
- Slavson, M. (1976). *The heterogeneous group*. En *Group psychotherapy: A clinical guide* (pp. 95-110). Grune & Stratton.
- Sunyer, J. M. (1997). *Del trabajo en equipo al equipo de trabajo*. *Boletín de psicología*, 8, 9-19.

- Sunyer, J. M. (2008). *Psicoterapia de grupo grupoanalítica: La coconstrucción de un conductor de grupo*. Biblioteca Nueva.
- Sunyer, J. M., Soler, M., Granell, L., & Solano, M. (2020). *¿Qué es el grupoanálisis?* Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq, 40(138).
- Sunyer, J. M. (2021). *The psychotherapy group, immigrant's camp*. Group Analysis, 54(2), 199–208.
- Sunyer, J. M. (2022). *Grupoanálisis: Mutualidad e identidad*. Clínica e investigación relacional, 16(1), 128–147.
- Ugazio, V. (2001). *Historias permitidas, historias prohibidas*. Ediciones Paidós Ibérica.
- Valiente, M. (1987). *Psicoterapia de grupo: Teoría y práctica*. Ediciones Morata.
- Vigarelo, G. (2004). *Historia del cuerpo: De la Edad Media a nuestros días*. Ediciones Siglo XXI.
- Vinogradov, S., & Yalom, I. (1996). *Group therapy: A comprehensive system*. Basic Books.
- Volkan, V. D. (2013). *The immense journey: A psychological approach to the socialization of the human being*. Routledge.
- Volkan, V. D. (2018). *Psicología de las sociedades en conflicto: Diplomacia, relaciones internacionales y psicoanálisis*. Herder Editorial.

Original recibido con fecha: 9/10/2024

Revisado: 01/11/2024

Aceptado: 01/04/2025