

Propuesta de atención grupal para adolescentes: bulimia como síntoma

Fabiola Villalobos Pérez¹

Recibido: 6/1/2012 Aprobado: 20/08/2013

Resumen

En este informe final de investigación aplicada se realizó una psicoterapia grupal de 16 sesiones para mujeres adolescentes con bulimia en el hospital San Rafael de Alajuela. El marco teórico y metodológico, a partir del cual se conceptualizó este trabajo, es el Psicoanálisis, por lo que la adolescencia es considerada como un momento de reestructuración subjetiva; la bulimia, de forma contraria a la posición médico-psiquiátrica, se considera como un síntoma, es decir, como una manifestación de conflictos inconscientes. Se planteó como objetivo general desarrollar un espacio grupal de lectura psicoanalítica, en el que las adolescentes puedan reconocer la bulimia como un síntoma.

En la metodología se muestra el proceso de selección de las participantes y las características del proceso grupal, así como las categorías de análisis, a partir de las cuales se analizaron las sesiones de psicoterapia grupal.

Las conclusiones resaltan la relación entre la bulimia y los obstáculos en el proceso adolescente y el significado del síntoma para las participantes; las recomendaciones se basan en el rol del psicólogo clínico y de la salud: frente a la población adolescente.

Palabras clave: Adolescencia, bulimia, Psicoanálisis, psicoterapia grupal, rol del psicólogo.

Abstract

This is a final research report. The project was carried out through sixteen psychotherapy group sessions with bulimic female adolescent patients from the Hospital San Rafael de Alajuela. The theoretical and methodological framework used was psychoanalysis. Adolescence is considered as a stage of subjective reconstruction while bulimia, contrary to the medical-psychiatric assumption, is perceived as a manifestation of unconscious conflicts. The main objective was to create an open space where adolescents would join a psychoanalytic lecture group in which they would identify bulimia as a symptom. The selection of participants, description of the group sessions, and analytic variables are explained in the methodology of this work. Finally, conclusions highlight the relationship among bulimia, the conflicts of the process of adolescence and the participants' perceptions towards the term symptom. Recommendations are stated from the clinic psychologist perspective.

Key Words: Adolescence, bulimia, psychoanalysis, group psychotherapy, psychologist role

INTRODUCCIÓN

La intervención que se expone a continuación corresponde al desarrollo de una experiencia de psicoterapia grupal para adolescentes con bulimia en el hospital San Rafael de Alajuela.

Es importante describir el particular proceso de desarrollo de la población adolescente en estudio con el fin de intervenir en un padecimiento que se evidencia con mayor fuerza en esta etapa del ciclo vital. El Estado Mundial de la Infancia (2011) calcula que el 20% de los adolescentes en todo el mundo tienen problemas de salud mental o de comportamiento, lo que representa una gran parte de la carga de enfermedades entre los jóvenes de todas las sociedades.

La intervención fue dirigida a crear un dispositivo grupal con el cual: adolescentes, que padecen bulimia, puedan asumir este padecimiento como un síntoma; la contención grupal les facilitaría hacerse cargo de él, es decir, las adolescentes lograrían evidenciar lo que se esconde detrás de comer y vomitar.

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

La bulimia como síntoma. Perspectiva psicoanalítica

Desde el modelo médico, investigadores como Méndez, Velázquez y García (2008), basados en el DSM-IV-TR, señalan la bulimia como una

¹ Psicóloga, Máster en Psicología clínica y de la salud. Docente universitaria, Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente.
Correo: villalobos.fabiola@gmail.com

enfermedad, cuya característica principal son los episodios de atracones compulsivos, seguidos de la preocupación por engordar, que llevan a quien la padece, a realizar conductas compensatorias como vomitar o purgarse, acompañadas de culpabilidad y sensación de pérdida de control. Para la persona con bulimia, los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del malestar físico, producto de la ingesta exagerada de comida y la disminución del miedo a ganar peso.

Se utilizan los siguientes criterios para hacer el diagnóstico:

- Presencia de atracones recurrentes (un atracón se caracteriza por la ingesta de alimento en un corto tiempo, en cantidades superiores a los que la mayoría de personas ingieren en un período similar y en las mismas circunstancias).
- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta y el alimento.
- Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como provocarse el vómito y uso de laxantes.
- Los atracones y conductas inapropiadas tienen como promedio, al menos dos veces a la semana, durante un período de tres meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Desde la perspectiva psicoanalítica, de forma contraria a la posición médico-psiquiátrica, la bulimia se considera como un síntoma: manifestación de conflictos inconscientes. Para Leivi (2007), el síntoma médico y psiquiátrico, por una parte, y el síntoma psicoanalítico por la otra, son distintos en su propia organización. El mismo síntoma: comer y vomitar, sometido ya sea a la mirada médica, o a la escucha analítica, no es el mismo síntoma. Uno remite al cuerpo, a lo inmediato o mediatamente visible, supone la visibilidad de la enfermedad; el otro remite a lo

inconsciente, a lo que por principio no es accesible sensorialmente.

Según Sobral (2008), un síntoma como la bulimia es a la vez la expresión de un conflicto y un condensador de goce; las jóvenes que padecen desórdenes alimentarios presentan dificultades en la relación con la madre y dificultades para situarse subjetivamente en relación con la sexualidad y el *partenaire* sexual. Cuando las jóvenes toman la palabra, normalmente hablan de este tipo de dificultades, y hablar de tales cuestiones, esclarecerlas, dilucidar la posición subjetiva en relación con estos problemas que dificultan la vida, permite que el síntoma vaya perdiendo fuerza y se relativice.

El síntoma, además de “hablar” de un conflicto, constituye una satisfacción en sí mismo. El no comer, comer y vomitar, o el no poder parar de comer: “compensa” al sujeto de una forma paradójica, le da una consistencia y hasta una identidad. Este constituye el aspecto más resistente de tales síntomas, sin embargo, tiene una función de sostén que el sujeto podrá abandonar cuando pueda sostenerse en otra cosa. Por esto nos parece importante el grupo terapéutico, en tanto funcione como sostén y escucha de los conflictos de las jóvenes y posibilite el debilitamiento del síntoma.

En la bulimia, como señala Aparicio (2004), lo real del cuerpo tiene una implicación tan grande que no es fácil lograr la mediación de la palabra, pero es a través de esta que, como con todo síntoma, se logra su disminución y desaparición. Para el Psicoanálisis, la dimensión subjetiva, singular: es fundamental; por lo que se busca hacer hablar al sujeto, liberar su palabra de todo objetivo explícito, para recuperar en ella el sentido del síntoma; en eso consiste su efecto terapéutico.

Para Sobral (2008), otras formas de abordar los trastornos del comportamiento alimentario, reeducativas o punitivas, desconocen las

complejidades de la subjetividad. Los tratamientos punitivos intentan reducir el síntoma, pero no tocan en absoluto el problema que está en la base del síntoma bulímico y que, en los peores casos, puede desencadenar una psicosis.

Los tratamientos reeducativos tratan los problemas de alimentación como si fueran una dismorfofobia, es decir, como si el problema con el cuerpo fuera una especie de error de la percepción y quieren enseñar a las jóvenes a reconciliarse con su cuerpo; en este caso también desconocen los complicados resortes que organizan la relación con el cuerpo, especialmente en esta época de decadencia de lo simbólico, en que la imagen corporal constituye una especie de falso refugio.

Las jóvenes bulímicas, frente a un problema de cualquier orden, se ven gordas y quieren reducir su dieta, pero no se trata de un problema relativo a un conocimiento erróneo, sino que, por las características de la época y por la historia personal de cada joven, la imagen delgada, sostenida en un ideal de delgadez, que a veces parece delirante, se ha transformado en un lugar de afirmación personal frente a la dificultad para abordar los verdaderos problemas. A medida que estos pueden ponerse en palabras, esclarecerse y comenzar a abordarse, la tendencia a buscar la dieta como “solución para todo” o como una pantalla que todo lo cubre, tiende a debilitarse.

También es importante mencionar que para algunos psicoanalistas, los trastornos de alimentación son síntomas de la época actual; para Calle (2009), en las jóvenes: el suicidio, la anorexia o la bulimia (como síntomas de la actualidad) manifiestan una circunstancia de “erosión del deseo” o banalización del deseo pues, teniendo claro que este está soportado y movilizado en toda cultura por la prohibición (entendida esta como contención de los desbordes del deseo), es esta condición lo que ahora raramente ocurre: la desaparición de discursos que contengan el desborde pulsional del sujeto, dará como

resultado una crisis del deseo mismo, pues allí donde se anhelaba algo, ya no queda nada para desear, pues nada impide tenerlo. Los síntomas de la actualidad manifiestan un estado de cosas propio de nuestra condición, caracterizada por la economía capitalista y el imperio de los medios masivos de comunicación, entre otras.

La adolescencia como proceso de reestructuración subjetiva

La adolescencia, desde el Psicoanálisis, reconoce la existencia de la sexualidad infantil, y por lo tanto, rompe con la creencia de que la sexualidad humana surge con la pubertad. Tubert (1998) plantea que estructuras vividas en la infancia van a ser revividas y superadas en la adolescencia, lo cual no significa el reemplazo de una vieja estructura que desaparece para dar paso a una nueva; más bien significa la transformación en algo nuevo que conserva lo antiguo, es decir, la adolescencia es una nueva estructura que permite revalorizar y resignificar la infancia. En esta estructura, la conflictiva edípica se repite, sin embargo, bajo las particularidades de este nuevo momento, de manera que lo nuevo no desplaza a lo antiguo, sino que lo transforma.

En esa estructura se reinscribe todo lo construido hasta el momento de su cristalización, y a su vez, persistirá posteriormente, resignificándose de continuo de diferentes maneras, en función de las experiencias del sujeto y de sus relaciones con el universo simbólico del que forma parte.
(Tubert, 1998, p. 16)

Este universo simbólico, internalizado mediante los vínculos familiares, será el escenario donde se reorganizará el nuevo sujeto, por lo que se vuelve importante tomar en cuenta el lugar que ocupa la adolescente en las relaciones familiares, puesto que allí se singulariza la transmisión de los imaginarios simbólicos de la cultura.

Según Rodulfo (2005), el niño, durante su crecimiento, se apoya en un proyecto anticipatorio que su familia le define, en el cual encontrará los ideales para identificarse y los materiales a partir de los cuales definirá su ser. En la adolescencia, por primera vez se ponen en evidencia ciertas lagunas y fallos de ese proyecto anticipatorio, y el niño, convertido en adolescente, se encuentra con que ya no tiene materiales que extraer del archivo familiar, por lo que esta etapa se caracteriza como un campo transicional de ensayo, un laboratorio de experiencias, tanteos y vacilaciones lúdicas, de cuyas acciones y fantasías emergerá una radical transformación. De este proceso rescata su extrema fragilidad, en tanto depende de ciertas condiciones de funcionamiento del medio y nos propone pensar la adolescencia en una perspectiva de trabajos simbólicos por realizar, en el sentido de tareas, cuyo no cumplimiento expone al adolescente a las más graves consecuencias; esta dificultad de cumplir con las tareas que el proceso adolescente requiere, se manifiesta en síntomas, uno de ellos: la bulimia, que evidencia el conflicto y el sufrimiento interno depositado en el cuerpo. Esto va a implicar que visualicemos la adolescencia como un proceso, donde es necesario que se lleven a cabo ciertos trabajos para considerar que la reestructuración adolescente se está generando.

Rodulfo (2005) distingue seis trabajos, los cuales están relacionados entre sí, pero que deben ser diferenciados como seis facetas específicas, en tanto nos permite valorar cuál es el punto de estancamiento que está provocando síntomas en el adolescente. El primer trabajo por considerar es el pasaje de lo familiar a lo extra familiar, el cual implica una metamorfosis interna con respecto a lo familiar, por un lado, y a lo extra familiar por el otro. En la adolescencia, por primera vez, lo extra familiar emerge como más importante que lo familiar, y esto constituye el principal cambio, pues en la infancia ya existe lo extra familiar en el psiquismo; sin embargo, se mantiene la preeminencia de lo familiar (aún en la latencia); la presencia simbólica de los amigos no es suficiente

para quitarle a lo familiar su primacía. Por lo tanto, la desfamiliarización es algo que aparece después de la pubertad y que el adolescente debe conquistar, es una verdadera transformación, en tanto lo familiar se vuelve lo extraño, eso que se rechaza y que se simboliza como no-yo; retornando a la infancia: lo conocido lo trago y lo extraño lo escupo: “la operación maestra adolescente es que lo familiar devenga extraño” (Rodulfo, 2005, pág. 158), esto le permite ir más allá de su familia.

Para Rodulfo y Rodulfo (1999), en este proceso sucede una operación simbólica importante: “el niño en su tránsito por la adolescencia deberá pasar simbólicamente por el cadáver de los mayores” (pág. 61), esto implica la caída de los padres ideales, y la criticidad hacia los adultos, señalados en sus contradicciones y dificultades, cuestionando su lugar de poder y autoridad permanente. Este proceso estará en función de la construcción de la identidad adolescente y paradójicamente requiere de adultos activos y presentes en la vida adolescente, que puedan sostenerse como deseantes-deseables, pues unos padres que se corran muy fácilmente del lugar y deleguen responsabilidades demasiado rápido, no permiten que sobre ellos se pueda realizar ninguna operación; por el contrario, si no se dejan sustituir e insisten en la idealización y la dependencia: cierran y bloquean el acceso simbólico a esta nueva posición subjetiva, que deja a la adolescente atrapada en el mundo endogámico fuera del mundo social, por lo que la conquista del mundo exogámico, verdadero final del complejo de Edipo para el Psicoanálisis, no se produce.

Otro trabajo importante en la reestructuración adolescente es el desplazamiento del yo ideal al Ideal del Yo, que tiene que ver con matar al niño ideal y adquirir la dimensión del Ideal del Yo, como la dimensión de lo que ya está ahí consolidado y no de lo que podría llegar, o no, a ser. Implica hacer un duelo por el niño

normalizado, dependiente de los padres, empezar de nuevo negándose a tomar de otros algo, incluso de sí misma, pues necesita desprenderse del lugar asignado por su familia y buscar un lugar nuevo de identificación que le permita sostenerse; su lucha será por el establecimiento de un ideal propio que le posibilite posicionarse en un lugar simbólico distinto en relación con el afuera y con la amenaza familiar de reintegrarla a ella, es dejar de intentar ser lo que otros esperan y disfrutar de quien es. Este proceso también le brinda la posibilidad de simbolizarse como alguien extraño, no solo ante la familia, sino también ante sí misma, por lo que el trabajo analítico, en este caso, el trabajo del grupo, debe abrir espacio para que todo lo nuevo y extraño se despliegue, de manera que la adolescente pueda aceptar “esa extraña” en que ella se está transformando.

El siguiente proceso necesario, en este camino de reestructuración, es el pasaje de lo fálico a lo genital, el cual, como vivencia erótica, se convierte en una vivencia intersubjetiva y la iniciación sexual se convierte en una experiencia estructurante, para el autor: “La iniciación sexual en la adolescencia es mucho más que un episodio, es un acontecimiento estructurante, algo se termina de escribir y algo se resignifica en cuanto a la vivencia de satisfacción” (Rodulfo, 2005, pág. 159). Esta vivencia erótica referida, y en relación con otros, también le permite inscribir algo nuevo con respecto al propio cuerpo y al de otros adolescentes, cuyo acercamiento intentará en busca de ideales identificatorios que le faciliten sostenerse en el nuevo lugar, el cual estará dominado por las emociones, con manifestaciones afectivas más pronunciadas, que en el período de latencia, y una vida más rica en imaginación. Según Rodulfo y Rodulfo (1999), una pregunta con respecto al sexo que atraviesa la adolescencia, es la referida a: ¿y con quién?, en términos de que aún no saben si serán homosexuales o heterosexuales, así que el pasar de la soledad al grupo significa para la posibilidad de interrogarse acerca de la identidad sexual. Este

pasaje de lo fálico a lo genital es la primera gran tarea que le asigna Freud a la pubertad, y para él está presente en todo el proceso adolescente.

La cuarta tarea que se propone es la repetición transformada de los tiempos del narcisismo, donde la reestructuración narcisista lleva al adolescente a vivir como extraña la unificación en el espejo, que su familia desde siempre ha definido para él, de manera que la identidad construida con los padres sufre un desacomodo. Ahora en la adolescencia debe unificarse y simbolizarse, ya no desde la familia, sino desde ideales que vienen desde todo el campo social. Los tiempos del narcisismo infantil, planteados como tiempos lógicos, a saber: verse en el otro, verse como otro, verse como extraño, se transforman en la adolescencia, pues el tiempo verse extraño, sería el primero que aparece en este proceso, seguido por verse como Otro, en relación con el campo social, los grupos, etc., para terminar en verse en el Otro, este diferente al de la infancia. Esta tarea se vuelve importante, porque al atravesar el narcisismo: otorga ser al sujeto.

Siguiendo a Rodulfo (2005), la siguiente operación simbólica que el adolescente va a enfrentar, es el pasaje del jugar al trabajar, lo cual correspondería a la metamorfosis de lo esencial del jugar infantil en trabajar como adulto, donde es muy importante que haya una articulación inconsciente, donde el trabajar herede lo lúdico del jugar, la esencia de esta transformación se basa en la presencia del desear, lo que otorga un: “plus de alegría, de pasionalidad lúdica y realización subjetiva” (pág. 144), lo que se vería como una consolidación exitosa, sin la cual el trabajo quedaría confinado en una demanda social alienante.

El último punto es el trabajo simbólico del desplazamiento a la sustitución en términos de elecciones de objeto o en términos edípicos, sustitución que se da a partir de la desaparición de la matriz madre-niño, la cual se considera como verdadero núcleo de lo incestuoso; este proceso

es distinto del desplazamiento que ocurre en la infancia a partir de la represión. Para Rodulfo y Rodulfo (1999), el Edipo cumple su función en el desarrollo subjetivo, al producir cierto pasaje del ser al tener; en la adolescencia, la renuncia a ser el que colme como absoluto el deseo del Otro, se pasa a constituirse en alguien que logra tener una cierta posición sexual y una cierta identidad sexual.

Específicamente sobre las mujeres, según Burín (2001), durante la adolescencia entra en crisis la subjetividad construida durante la infancia, y en el caso de las mujeres, entraría en crisis el sistema de identificaciones con el que habría construido su subjetividad, refiriéndose al vínculo entre madre e hija, pues para esta autora:

En el caso de la niña, la madre experimenta muy probablemente una sensación de unicidad y continuidad más fuerte y duradera que con el niño. En cuanto a la niña, su apego al padre estaría mitigada por su apego a la madre y su dependencia de ella.
(Burín, 2001, p. 203)

Se trataría de un juego de identificaciones cruzadas entre la madre y su hija, que implicaría para la adolescente un trabajo de recortamiento subjetivo que la lleva a diferenciarse de la madre. Con el advenimiento del cuerpo genitalizado, la adolescente necesitará dar nuevas significaciones al vínculo con su madre para otorgar nuevos sentidos a la diferencia entre los sexos, pues su cuerpo le ofrece nuevas formas de placer erótico, con las que reaparecerán antiguas formas infantiles de placer asociadas a la madre, de carácter retentivo, expulsivo y de dominación, relacionadas con las fases oral, anal y fálica.

Burín (2001) considera que la adolescente necesitará hacer un trabajo de diferenciación psíquica para regular las semejanzas y diferencias con su madre, en un proceso de desasimiento y

ruptura del vínculo identificatorio. Para poder desprenderse, apelará a fantasías sádicas y resignificará las fantasías de autodominio y expulsión. Este proceso de desprendimiento pone en crisis el establecimiento de los juicios identificatorios y brinda las bases para que surja el juicio crítico en la adolescente.

El juicio identificatorio opera con las reglas del narcisismo, donde no hay diferencia entre el yo y el no yo, mientras que el advenimiento del juicio crítico requiere de un movimiento psíquico expulsivo que rompa con el vínculo identificatorio anterior, que reactualiza otros movimientos psíquicos tempranos de la niña, además de los de retención y dominación con los que habría configurado su temprano sentimiento subjetivo de separación del yo/no yo. Sugiere la autora:

...así como en la temprana infancia la niña apeló a los recursos psíquicos de la retención, la expulsión y el dominio, propios del segundo año de vida, para configurar su subjetividad diferenciada, al llegar a la adolescencia resignificará aquellos tempranos movimientos psíquicos para volver a configurar su nueva diferenciación.
(Burín, 2001, p. 205)

Esta ruptura del vínculo identificatorio con la madre deja a la adolescente ante la necesidad de encontrar nuevos objetos mediadores en el mundo que le garanticen un lugar subjetivo, donde poder ubicar nuevas idealizaciones; estos lugares podrían ser ocupados por personas que actúan como iniciadoras en el pasaje del vínculo con la madre a otros vínculos; personas, a manera de objetos transicionales, cuyo destino será también ser abandonadas, cuando, en la adolescente, ceda la necesidad de diferenciación. Para Burín (2001), los grupos terapéuticos con mujeres adolescentes son espacios transicionales que les permiten desplegar otros deseos más

allá del deseo maternal, tales como el deseo hostil, el de saber y el de poder, deseos siempre presentes en las mujeres en transición, por lo que contribuyen con esa necesidad de diferenciación que ha planteado.

Según Scalozub (2007), con la llegada de la adolescencia, y según las cualidades de las experiencias tempranas y posteriores durante la niñez, la persona adolescente se verá frente a la tarea de procesar lo que su cuerpo le plantea en este momento particular. Lo pulsional, con la fuerza del empuje puberal, le exigirá poner en marcha la actividad simbólica frente al devenir de cambios en las formas y rasgos corporales vinculados al sexo: femenino o masculino, y con ello la asunción identitaria. Para ello debe transitar el duelo por el cuerpo infantil, además significar y apropiarse del cuerpo adolescente, es decir, simbolizar ese nuevo cuerpo cambiado y cambiante, que podría ser vivido como ajeno. Esto llevaría a considerar la pubertad como una época en la que por la irrupción de lo pulsional y los cambios corporales es novedosa y desorganizante.

Se trata de un momento cuando la estructura ordenada de la latencia no es suficiente para contener las perturbaciones de lo novedoso, que emerge de su cuerpo, del contexto familiar, social y cultural, por lo que el impacto del entorno sociocultural, con respecto al cuerpo, puede ejercer fuertes presiones y efectos en adolescentes. Para Rodulfo y Rodulfo (1999): “la vivencia del cuerpo tiene que ver con la presencia que de éste ha hecho la función materna” (pág. 19). La madre logra descifrar e interpretar el llanto de su niño o niña al convertir el signo en significante, con la conformación de una trama significativa por múltiples vías: oral, del tono muscular, sensaciones acústicas, olfativas, etc.; de esta manera, en su cuerpo van a quedar escritos los mitos familiares, los cuales necesita para poder unificarse. Más adelante, durante el proceso adolescente será necesario re-simbolizar el propio cuerpo y con ello los significantes otorgados por la madre y

la familia, aunque ello implique la vivencia del propio cuerpo como algo ajeno.

Este proceso de reestructuración subjetiva, como hemos venido llamando al proceso adolescente, que implica el cuestionamiento a la familia y la caída de los padres ideales, el cuestionamiento de los mitos familiares, a partir de los cuales se ha constituido el ser y la transformación del cuerpo conocido en un cuerpo ajeno, hace más evidente la necesidad de la adolescente de pertenecer a grupos fuera de la familia, pues se está realizando un proceso de alejamiento de esta. El grupo de pares se convierte en un sostén afectivo en la medida en que la relación con los padres y otros adultos pasa a un segundo plano. Para Bonilla y otros (1995), el grupo brinda a la adolescente la posibilidad de explorar la diversidad de criterios y experiencias; el grupo es el sitio propicio para diferir y hacer renunciaciones, para ponerse en el lugar del otro y fortalecer la capacidad para proponer y realizar cambios sobre la propia realidad y el mundo interno.

Estas autoras señalan que un grupo conformado por pocos integrantes (entre dos y cuatro) se convierte en un grupo íntimo, que le permite a la adolescente sentirse escuchada, comprendida y acompañada en momentos críticos, y se convierte en un espacio-tiempo, en donde puede expresar experiencias profundas y dolorosas, que pueden ser procesadas, elaboradas y asumidas diferente, gracias al trabajo grupal.

El grupo íntimo le permite a la joven exponer sus partes débiles, pero también sus partes más fuertes, y representa la posibilidad de contención afectiva, que favorece la verbalización y reflexión sobre las situaciones actuales y del pasado, en este caso, en relación con su síntoma, que la llevarían al logro de una mejor integración entre pensamiento, sentimiento y acción.

Con respecto a la atención grupal para adolescentes en el ámbito hospitalario,

Guinard (2001) señala que esta forma de abordaje permite la incursión de los profesionales en salud en terrenos más allá de los tradicionales, que desarrollan modelos diferentes a los de la cura con adultos y obligan a desarrollar patrones de interacción y comunicación más vinculados a las necesidades de esta población.

Esperamos que este trabajo sea un aporte en esta dirección, para intentar trascender los paradigmas tradicionales en la intervención en salud con adolescentes y potencializar su participación, desde el ámbito hospitalario, resaltando el poder cuestionador y transformador de adolescentes, con lo que se hacen valer sus aportes para el desarrollo de la sociedad en general y haciendo efectivos sus derechos.

METODOLOGÍA

Este trabajo final de investigación aplicada se llevó a cabo en Costa Rica en el Hospital San Rafael de Alajuela, con el objetivo investigativo de desarrollar un espacio grupal de lectura psicoanalítica en el que las adolescentes puedan reconocer la bulimia como un síntoma.

Dentro de un modelo de prevención en salud, esta intervención responde por un lado a la prevención secundaria, en tanto busca detener el avance de un padecimiento como la bulimia en las adolescentes y disminuir las secuelas que esta pueda dejar en su desarrollo. Por otra parte, responde a la prevención terciaria en tanto, a pesar de que el síntoma ya se ha manifestado, intenta la rehabilitación de las adolescentes y la posibilidad de continuar con su proceso de desarrollo de manera satisfactoria.

Se plantea esta intervención con adolescentes como *un grupo terapéutico de orientación psicoanalítica de duración limitada*, que se desarrolla en 16 sesiones de hora y treinta minutos, donde la investigadora es la terapeuta, cuyas funciones y competencias se relacionan con:

- Ser soporte de las proyecciones de las adolescentes participantes en el grupo; aunque tales proyecciones también recaen sobre otros miembros, el responsable de sostener es la terapeuta.
- Garantizar la existencia y la permanencia del encuadre, entendiendo este como todas aquellas medidas y situaciones que favorecen que el grupo se reúna en el hospital y desarrolle su función.
- Ejercer la función interpretante: “la cual puede dirigirse al grupo como totalidad o también puede implicar las aclaraciones o interpretaciones individuales” (Nacher y Camareno, 1995, pág. 25).
- Esta función está muy ligada con el dispositivo fundamental de cualquier tratamiento de base analítica, la libre asociación, la cual tiene como objetivo evidenciar los contenidos latentes que están detrás de los manifiestos, y hacer aflorar los contenidos inconscientes. Esto se vuelve muy importante, porque nos interesa que cada adolescente participante pueda identificar lo que se esconde detrás de su síntoma.

Las adolescentes participantes fueron referidas por las orientadoras de nueve colegios públicos y uno privado de la provincia de Alajuela. En total se seleccionaron 28 adolescentes con edades entre 15 y 17 años, las cuales fueron entrevistadas individualmente, utilizando una entrevista semiestructurada, donde se exploró: presencia de atracones, sentimientos de angustia y tristeza, malestar con su cuerpo, vómito. Se encontró que ocho de estas jóvenes realizaban con frecuencia acciones como comer en grandes cantidades y luego vomitar, o utilizaban laxantes, presentaban angustia, miedo a engordar e insatisfacción con su cuerpo, por lo que se consideró que presentaban bulimia como síntoma. A ellas se les invitó a participar en el grupo. Como criterios de exclusión establecidos previamente fueron: adolescentes que sufran o tengan un diagnóstico de psicosis y pacientes con

tendencias suicidas, las cuales serían referidas para atención individual urgente. El día fijado se presentaron cuatro adolescentes, con las cuales se inició el grupo.

La autorización de participación se recogió a través de la firma del consentimiento informado, documento que explica en qué consiste la investigación, las personas responsables y las personas o instancias donde se puede solicitar información de ser requerida. Este documento se tramitó individualmente con cada participante, con la firma de cada una.

En este trabajo final de investigación aplicada se utilizan seudónimos y no los nombres originales de las participantes, así mismo se eliminaron datos que pudieran facilitar su identificación. En general, las características de la psicoterapia grupal fueron:

- Comprendió 16 sesiones. Según Roth (s.f.), este es un proceso que implica la sucesión de eventos con sus consecuencias, más las acciones que en ciertos momentos realiza el terapeuta para que la secuencia sea esa y no otra, de manera que el proceso adquiere su sentido en función del tiempo.
- El grupo inició con cuatro adolescentes.
- Siguiendo las recomendaciones de Nacher y Camareno (1995), se trabajó una sesión por semana, de hora y media cada sesión, las cuales se realizaron en el consultorio número 9 del segundo piso del Hospital San Rafael de Alajuela, los días martes de 5 a 6:30 p.m.
- El grupo se planteó cerrado, es decir, que iniciaba y terminaba con las mismas participantes, sin embargo, en la primera sesión se discutió y aceptó la posibilidad de que en la segunda se integraran otras adolescentes, aunque esto no ocurrió.
- Con respecto al encuadre, Roth (s.f.) lo define como el conjunto de estipulaciones que aseguran el mínimo de interferencias en la tarea propuesta y el máximo de información

posible, este se definió en la primera sesión: “Este es un espacio para que ustedes puedan hablar de lo que les preocupa, les causa angustia y malestar, pero también de ustedes mismas y de lo que para ustedes es importante” y se agregó la pregunta “¿por qué decidieron venir?”. Las normas se definieron en conjunto con las muchachas durante la primera y segunda sesión, ellas elaboraron un cartel con las normas, a partir de las cuales se desarrolló el proceso grupal.

- Como lo recomienda Nacher y Camareno (1995), el dispositivo fundamental fue la libre asociación. Los temas por tratar en cada sesión no fueron preestablecidos por la terapeuta, sino que se desarrollaron a partir de lo que las adolescentes fueron a decir al grupo, pues la orientación psicoanalítica según Nacher y Camareno (1995), implica una lectura: “que toma en cuenta la significación inconsciente que las palabras, las fantasías o los actos llevan siempre consigo” (pág. 86), por ello lo más importante fue dar la palabra a las adolescentes, tratando de que quedara en evidencia lo que se esconde detrás del síntoma.
- Finalizada cada sesión, la terapeuta elaboraba la bitácora, identificaba la continuidad del proceso y el tema abordado en cada una.
- Durante el proceso que implicó las 16 sesiones de psicoterapia grupal, se discutió con el equipo asesor la dinámica grupal y los temas que fueron surgiendo en cada sesión, así como la particularidad de cada participante.
- Dentro de la dinámica grupal se consideraron (como herramientas de trabajo) los procesos de transferencia y contratransferencia, los cuales también fueron analizados en las supervisiones con el equipo asesor.

A partir de la revisión teórica, se establecieron dos reglas básicas durante la primera sesión, que sirvieron de guía para el desarrollo de la experiencia grupal:

- Confidencialidad: todo lo que se habla en el grupo debe quedarse ahí
- Restitución: lo que se habla entre las participantes fuera del grupo, debe volver al grupo.

Además, se consideraron las recomendaciones siguientes:

- Durante el proceso grupal, el terapeuta reconoce que en las primeras sesiones las participantes se defienden contra ansiedades y fantasías que el encuentro les provoca, las cuales se manifestarán a través de racionalizaciones, banalidades y pautas conocidas de comunicación social. Si el terapeuta mantiene su actitud analítica con la identificación de estas resistencias, el grupo podrá entrar luego en un trabajo más elaborado, con asociaciones libres y fluidas.
- Un componente mudo y sin embargo, esencial para el desarrollo del proceso analítico, lo constituye el análisis del propio analista (Nacher y Camareno, 1995, pág. 46), ya que le permitirá aceptar y elaborar el material que aportan las adolescentes, sin actuar las identificaciones proyectivas de ellas ni hacerlas depositarias de las suyas. La supervisión, el aprendizaje teórico y técnico, unido al análisis personal, permiten al terapeuta disponer de puntos de apoyo importantes para cumplir con su tarea.
- La intervención del terapeuta en el grupo debe dirigirse a la integración de las fantasías comunes grupales, lo cual constituye el punto de urgencia en el encuadre grupal.

Se utilizaron las siguientes herramientas, las cuales no fueron programadas antes de la intervención, sino que se propusieron dependiendo de los acontecimientos en cada sesión y con el objetivo de facilitar la exploración, discusión y análisis grupal.

- *Técnicas de acción:* en algunas sesiones, las jóvenes hicieron dibujos, elaboraron murales o carteles que luego comentaban, escribieron cartas y también trajeron al grupo fotografías de su familia y amigos, lo que facilitó la expresión de sentimientos y explorar los vínculos que establecían. También se utilizó el dibujo de familia y el de figura humana, y se solicitó a las participantes que comentaran el dibujo.
- *Técnicas de dramatización:* en algunas sesiones, la terapeuta sugirió poner en escena algunas situaciones planteadas en el grupo y en otras sesiones, por iniciativa de las adolescentes, trajeron música para escuchar la letra de las canciones, y en la última sesión, bailaron y compartieron un refrigerio.

Se utilizaron los siguientes instrumentos de registro:

- Ficha de identificación de cada adolescente participante.
- Guía de entrevista inicial semiestructurada.
- Bitácora semanal con los detalles de cada sesión grupal.

Se definieron las siguientes categorías de análisis, a partir de las cuales se examinó cada sesión:

- Obstáculos en el desarrollo del proceso adolescente.
- Relación de los obstáculos en el proceso adolescente con el síntoma comer y vomitar.
- Dinámica grupal.
- Papel del psicólogo de la salud.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A continuación se presentan las conclusiones obtenidas a lo largo de este trabajo final de investigación aplicada, las cuales se organizan tomando en cuenta las categorías de análisis, según cuatro apartados:

- Obstáculos en el proceso adolescente
- El síntoma y la relación con los obstáculos en el proceso adolescente
- La dinámica grupal en el proceso psicoterapéutico
- Sobre el rol del psicólogo clínico y de la salud

Obstáculos en el proceso adolescente

Desde el inicio del proceso, las adolescentes se lanzan a hablar del origen de su malestar, el cual se relaciona con el atrapamiento familiar, donde existe un llamado a las adolescentes a posicionarse en el lugar de mitigar el dolor de los demás y al sacrificio personal por el bienestar de la familia.

Esta posición de las adolescentes, frente a la familia, obstaculiza el pasaje de lo familiar a lo extra familiar (Rodulfo, 2005), pues la familia, y la responsabilidad que tienen con esta, obstaculiza la mirada hacia el afuera, y mantiene a las adolescentes: obligadas a sostener el mundo familiar como lo más importante, negando la posibilidad de crítica hacia los adultos, manteniéndolos en un lugar de poder y autoridad permanente.

En la dinámica familiar de estas jóvenes se da un cambio de roles, pues las adolescentes protegen y velan por la seguridad de los adultos, visualizados estos como débiles, con lo cual ellas pierden la posibilidad de ser protegidas. Por ello, durante las primeras sesiones de la psicoterapia grupal, la única salida posible se planteó como no hacer nada y tragarse todo, pues ellas no encuentran una salida para sostener la diferencia, o para cambiar lo que sienten como agresivo y las lesiona.

En sus historias se corrobora la sensación de atrapamiento, además se sienten tristes, enojadas y con miedo pues, de distintas formas, tanto la madre como el padre se corren fácilmente del lugar de sostén, de tal modo niegan su presencia para que opere el trámite de bajarlos del pedestal, y con ello posibilitar que las adolescentes puedan

diferenciarse de ellos, y así definir su ser, por lo que persiste la dependencia y el temor de enfrentarse con el mundo. De manera que en el proceso de desfamiliarización que nos plantea Rodulfo (2005), necesario para lograr el dominio del mundo social y la construcción de la identidad adolescente, estas adolescentes se encuentran con un obstáculo.

Otra complicación es la tarea de procesar lo que su cuerpo les plantea en este momento particular, es decir, significar y apropiarse del cuerpo adolescente, simbolizar ese nuevo cuerpo cambiado y cambiante, para lo que debe transitar el duelo por el cuerpo infantil, lo cual implicaría para todo adolescente: soltarse de la mano de la madre. Sin embargo, no se pueden soltar, pues nunca se han sentido seguras y sostenidas en el núcleo familiar, por lo que no cuentan con una estructura suficiente para contener las perturbaciones de lo novedoso que emerge de su cuerpo, por lo que: buscar estar delgada podría ser una forma de borrar las marcas del crecimiento adolescente.

Esta dificultad en aceptar el crecimiento, también la observamos en la contradicción entre ser niña y adolescente, que podría manifestarse además en la búsqueda de la delgadez, como se dijo, en el rechazo hacia la menstruación y la sensación de que es mejor no tenerla, pues trae mucho dolor; de modo que se rechaza con esto la manifestación de las transformaciones adolescentes y se anulan las evidencias de un cuerpo que ha dejado la infancia; en la subjetividad de las jóvenes se evita la aceptación de ser adolescente, pues trae dolor.

Lo anterior pondría de manifiesto la dificultad de las jóvenes para lograr, en el proceso de reestructuración adolescente, el desplazamiento del yo ideal al Ideal del Yo (Rodulfo, 2005), que tiene que ver con matar al niño ideal, adquirir la dimensión de lo que se es y aceptar lo que ya está ahí consolidado; implica hacer un duelo por esa niña normalizada, dependiente de los padres y en

armonía con ellos; es dejar de intentar ser lo que otros esperan y disfrutar de quien es. Ese disfrute de ser lo que se es: una muchacha, parece que no se logra y más bien se convierte en angustia.

Esta angustia frente a la posibilidad de dejar de ser niñas está relacionada con el rol que a cada una de estas jóvenes le ha asignado su familia, se convierten en cuidadoras de la madre, sacrifican sus propios sueños y necesidades, y son obligadas a ser sumisas; de manera que pensarse adolescente en busca de su lugar en el mundo, pone en peligro la precaria relación afectiva que le brinda este núcleo familiar.

El miedo tampoco contribuye a abrir el espacio para que todo lo nuevo y extraño se despliegue, de manera que la adolescente pueda aceptar esa extraña en que se está transformando y acepte su nuevo cuerpo de muchacha y disfrute de las transformaciones que está experimentando, de manera que la angustia sustituye el placer por crecer y transformarse.

Con respecto a los sentimientos, llama la atención la dificultad de reconocer el enojo, pero sobre todo de expresarlo, pues como dijimos: una vivencia infantil precaria, en cuanto a sostén, genera temor e inseguridad frente a la posibilidad de desprendimiento y diferenciación. La ausencia o lejanía del padre representa un gran vacío, un motivo de tristeza y de añoranza para estas adolescentes, pero el grupo les brinda el espacio para verbalizar su decepción y poner en palabras lo que sienten que les hace falta.

Es a partir de la psicoterapia de grupo que logran poner en palabras su deseo de salir y manifestar el malestar que les provoca quedarse dentro del mundo familiar (el mundo endogámico). Ahí logran hacer evidente la diferencia entre ellas y sus padres, en tanto ellos temen al mundo exterior y ellas más bien temen a la posibilidad de no acceder a ese mundo de afuera (el mundo exogámico), aunque esto implique perder la

familia de la infancia, en el sentido de que ellas no quieren ni deben quedarse con la familia. Así como los padres tienen que aceptar que los hijos se vayan, ellas tienen que aceptar que el lugar de la mamá y el papá cambia en la adolescencia, y ya no son los únicos que les deben proporcionar seguridad; ellas mismas se la tienen que proveer a sí mismas.

Las adolescentes pudieron enfrentar los obstáculos a su crecimiento a partir de la experimentación de nuevos roles, como parte del camino de reestructuración dentro del grupo, donde pudieron expresar sus afectos y fantasías con respecto a la experiencia erótica y la vivencia del amor. La vivencia erótica referida, y en relación con otros, les permitió inscribir algo nuevo con respecto al propio cuerpo y al de otros adolescentes, cuyo acercamiento intentaron en busca de sostenerse en este nuevo lugar, el cual está dominado por las emociones, con manifestaciones afectivas más pronunciadas que cuando eran niñas, y una vida más rica en imaginación. Este nuevo lugar resignifica la vivencia de satisfacción, por lo que surge la necesidad de ser querida, necesitada y mirada desde un lugar distinto, pues esa forma en que las familias las han querido, más bien las atrapa y no las deja ser.

El síntoma y la relación con los obstáculos en el proceso adolescente

La bulimia es la manifestación de aquellos obstáculos con los que se encuentran las jóvenes en su pasaje adolescente. A través de las sesiones, detrás de comer y vomitar se esconden situaciones dolorosas y difíciles, que se han venido aclarando a partir de la posibilidad de ponerlas en palabras en el encuentro grupal.

Realizar una lectura psicoanalítica de lo que sucedió en este grupo implica considerar el síntoma de estas jóvenes como una manifestación de conflictos inconscientes, pero también

requiere considerar las dos caras de este síntoma, como dice Sobral (2008): la bulimia, por un lado, remite a la expresión de un conflicto y por el otro, es condensador de goce, esto quiere decir que comer y vomitar, además de revelar la presencia de dificultades que obstaculizan el proceso adolescente, constituye una satisfacción en sí mismo, en tanto compensa a las muchachas, pues les da una consistencia y hasta una identidad, es decir, les sirve de sostén frente a las adversidades, por eso se convierte en un síntoma difícil de eliminar.

El síntoma: comer y vomitar, constituye una alternativa de diferenciación, donde están presentes los mecanismos de retención, expulsión y dominación, los cuales según Burín (2001): están al servicio del crecimiento y dan fuerza e impulso al proceso adolescente. En este sentido, el síntoma actúa en dos vías: por un lado recupera un movimiento psíquico en función del fortalecimiento de la separación y la diferenciación, y pone de manifiesto la locura en el ambiente familiar que las atrapa y las somete al mundo infantil.

A través del síntoma, las adolescentes participantes han intentado comprender y dominar su realidad; este expresa dos polaridades: por un lado, comer hasta sentirse llenas, y por el otro, vomitar, que refiere a la sensación de vacío; es decir, con el síntoma muestran la permanencia de extremos en su vida, pero a la vez intentan fallidamente ligar estos dos extremos, comprenderlos y controlarlos, sosteniendo la fantasía de que tienen poder y control sobre su vida, a partir de negarse a comer cuando otros dicen, o comiendo cuando otros quieren, para luego vomitar en secreto.

Este síntoma también podría ser una forma de evidenciar la necesidad de deshacerse del amor de su familia, pues el amor que atrapa e induce al sacrificio es un desecho, y hay que eliminarlo, de manera que comer y vomitar es la forma de deshacerse de ese tipo de amor dañino, señalando

la necesidad de dar paso a otro amor más edificante y constructivo que implica otra manera de vivir la satisfacción.

Por lo que han dicho las adolescentes en este proceso, podríamos concluir que comer y vomitar ha sido una forma en que estas jóvenes han intentado compensar y sostenerse frente a la gran angustia y el horror con que han vivido, el cual se ha manifestado en las pesadillas y las fantasías que han podido contar.

Ante la dificultad de reconocer el enojo, pero sobre todo de expresarlo, y con una vivencia infantil precaria, en cuanto a sostén, se genera temor e inseguridad frente a la posibilidad de desprendimiento y diferenciación; comer y vomitar se convierten en una opción para canalizar este sentimiento, por lo que hacerse cargo del síntoma, en el sentido de poner en evidencia lo que se esconde detrás de él, implica reconocer que el enojo constituye una parte importante de este: por una parte: “me como mi familia”, “me trago lo que dicen”, pero por otro lado “lo escupo”, “lo vomito”, es decir: “me enojo”, “me pongo triste porque sé que no es lo que quiero”.

Además del enojo, también está presente el miedo que provoca sentirse atrapada y sin opción para el crecimiento, el cual se expresa con la angustia por verse gorda; aquí podríamos igualar la gordura, eso que se vuelve insoportable y por tanto, urgente de eliminar, con la sensación de atrapamiento, indiscriminación y estancamiento en el mundo infantil, es decir verse gorda para la adolescente es verse niña, atrapada y estancada, por lo tanto, genera enojo, miedo, tristeza, angustia y desesperación por evitarla.

De manera que pensar en este síntoma, como si el problema con el cuerpo fuera una especie de error de la percepción, e intentar enseñar a las jóvenes a reconciliarse con su cuerpo sin entender este proceso, podría impedir que el espacio terapéutico sea un espacio transicional, donde

la adolescente exprese sus deseos de saber y de poder, los cuales contribuyen con esa necesidad de diferenciación que hemos planteado, por lo que resulta más importante en este proceso: enfocarse en las dificultades en el proceso adolescente que centrarse en el control del síntoma.

La dinámica grupal en el proceso psicoterapéutico

El grupo genera una sensación de soporte y acompañamiento que da sentido a estar ahí para decir cosas importantes, pues posibilita un espacio para hablar. Sin embargo, no es que el grupo en sí mismo sea lo más importante, es su función para sostener a las personas que lleguen ahí. El espacio grupal se va consolidando como un lugar para ser escuchada, acompañada y donde pueden hablar de su malestar sin que se imponga una línea o un tema en particular.

La psicoterapia grupal logra que la claridad de una adolescente sobre su situación favorezca a las otras, y juntas encuentran respuestas más tranquilizadoras a su angustia, pues cada una no se siente tan extraña, pues está frente a otra que siente parecido. Este proceso le brinda a cada una y a todas, la posibilidad de simbolizarse como alguien extraño también ante sí mismas, en tanto se abre un espacio para que todo lo nuevo y extraño se despliegue, de manera que la adolescente pueda aceptarse como esa extraña en que se está transformando; cada una necesita el grupo para escucharse y aceptarse a sí misma.

El grupo entonces se convierte en ese espacio-tiempo (Bonilla, 1995), en donde se logra expresar experiencias profundas y dolorosas, que pueden ser procesadas, elaboradas y asumidas de manera nueva y diferente, más acorde con el proceso adolescente, donde prevalece el apoyo y el respeto por el sentir de la otra, y donde cada una es importante en tanto dice, escucha y hace. Es a partir de la participación en la psicoterapia grupal que logran construir una salida a su

sensación de atrapamiento, pues el estar juntas posibilita la comprensión de cada una y les da fuerza a todas, pues logran rescatar situaciones en las que han intentado oponerse a los adultos en busca del ideal del yo, con lo cual señala que no siempre han sido sumisas, pero sobre todo dejan que se asome la necesidad de independencia, autonomía y se busque la diferencia.

En esa búsqueda de independencia y autonomía, el rol del terapeuta, en la psicoterapia grupal para adolescentes, toma un lugar importante, pues el terapeuta, como adulto, está ahí para ser cuestionado y señalado como alguien distinto de las adolescentes, está ahí para tolerar y permitir la diferencia sin sentirse amenazado por el poder que van logrando las jóvenes, es decir, debe ser soporte de las proyecciones de las participantes en el grupo, sin insistir en la idealización y el sometimiento. Este rol requiere de la escucha de lo que las adolescentes van rescatando sin centrarse en el síntoma, sin ser el protagonista, revisando registros de lo que comen, de cuánto pesan o de cuánto vomitan, dando indicaciones desde un puesto de poder.

Para cumplir con este rol, el terapeuta no desarrolla su labor frente al grupo en solitario, más bien se apoya en su equipo asesor, con quien discute el proceso, reconociendo que la contratransferencia es la inevitable consecuencia intrapsíquica del encuentro terapéutico y se convierte en un medio de comprensión del grupo.

En la psicoterapia grupal es fundamental para las adolescentes: hablar de su historia, la cual cuentan sin ser forzadas y es en ella donde van encontrando el significado del síntoma, facilitando el acceso simbólico a una nueva posición subjetiva con mayor poder, requerida en el proceso adolescente. Cuando estas jóvenes toman la palabra, hablan de sus dificultades, las esclarecen y logran construir una nueva posición subjetiva en relación con estos problemas que obstaculizan su crecimiento, y así el síntoma va

perdiendo fuerza y se relativiza.

En la psicoterapia grupal existe la particularidad de que para las adolescentes: ser escuchadas y escuchar a las otras es lo fundamental; los adultos han dejado de ser aquí lo primero y más importante, y el grupo se convierte en un grupo íntimo (Bonilla, 1995), donde se permiten exponer sus partes débiles, pero también sus partes más fuertes, apoyándose en la contención afectiva, lo que favoreció la verbalización y reflexión sobre las situaciones actuales y del pasado, que las llevó al logro de una mejor integración entre pensamiento, sentimiento y acción.

El gran aporte de la psicoterapia de grupo es precisamente convertirse en esa otra cosa que le da sostén a la adolescente para abandonar el síntoma; las compañeras del grupo y la terapeuta, a la vez que sostienen, actúan como iniciadoras en el pasaje del vínculo familiar a otros vínculos; se convierten en nuevos objetos mediadores con el mundo, que le garantizan un lugar subjetivo, donde poder ubicar sus nuevas idealizaciones, lo que hace posible que el síntoma pierda su fuerza, el grupo se convierte en la plataforma que la sostiene para llevar a la acción, lo que ha podido aclararse a través de la palabra. En las sesiones finales, las adolescentes logran hacerse cargo del espacio grupal al mostrar independencia y autonomía, siendo flexibles y asumiendo sin temor la cuota de poder que les correspondió. También se pudo evidenciar una actitud más sana hacia la comida, que fue homologada a la música y a estar juntas para divertirse y disfrutar.

Desde una lectura psicoanalítica, es fundamental la dimensión subjetiva y la singularidad de cada participante, por lo que en la psicoterapia de grupo se busca hacer hablar a cada adolescente, liberar su palabra de todo objetivo explícito, para recuperar en ella el sentido del síntoma.

Como parte de este proceso, hemos visto a cada adolescente participante, posicionada en un rol

particular. Una muestra son las tres siguientes adolescentes, con sus pseudónimos:

- Catalina parece que lleva el grupo hacia una dirección muy clara, expresa una posición crítica hacia sí misma, aprovecha la posibilidad de contención afectiva que le brinda el grupo, favorece la verbalización y reflexión sobre sus vivencias actuales y del pasado; logra una mejor integración entre pensamiento, sentimiento y acción.
- Wendy escucha y aprende de las demás, elabora a solas para después traer al grupo lo que ha reflexionado sobre sí misma; el grupo le brinda la posibilidad de explorar la diversidad de criterios y experiencias, le permite ponerse en el lugar de las demás y compararse para fortalecer su capacidad de proponer y realizar cambios.
- A Sofía, el grupo le permite sentirse escuchada, comprendida y acompañada en momentos críticos, donde puede expresar experiencias profundas y dolorosas, que pueden ser procesadas, elaboradas y asumidas diferente, mostrando otro papel más allá de ser la bromista y motivadora de sus compañeras.

Los logros obtenidos en la psicoterapia de grupo fueron posibles por el reconocimiento y el lugar importante que la institución le otorgó a esta intervención, y así se efectuaron modificaciones para acomodar el espacio a las necesidades diferenciadas de la población adolescente.

En síntesis, concluimos que a partir de la psicoterapia de grupo, las participantes lograron hacerse cargo del síntoma, en el sentido de poner en evidencia lo que se esconde detrás de él, lograron descubrir que sentirse aprisionadas, sin posibilidades de crecer y salir adelante, se expresaba a través de comer y vomitar, y con ello lograron desaparecer el síntoma o que este perdiera fuerza. Pudieron poner en palabras lo que les duele y las hace sentirse mal, lograron hablar de su familia: mamá, papá; su frustración,

infancia, cuerpo, adolescencia, lo que quieren, lo que desean, lo que no podían lograr; para luego concluir que por eso comían y vomitaban. Eso lo logran contando su historia, sin darle protagonismo al síntoma, poniendo en evidencia un saber que solo ellas poseen, por lo que el poder de la cura y la transformación queda en manos de cada una y del grupo.

Sobre el rol del psicólogo clínico y de la salud

Es importante no enfocarse en el síntoma, es decir, romper con el modelo médico tradicional que diría: “abandone el síntoma, pero abandone también la diferencia”, desde la lectura psicoanalítica se crea una alternativa para que abandonen el síntoma, pero sostengan la diferencia. Al hacer una intervención no centrada en el síntoma, las participantes se libran de ser asumidas como enfermas y etiquetadas como “bulímicas”, y más bien son asumidas y reconocidas como adolescentes, poniendo al servicio del dispositivo grupal: todo el potencial de cambio que la adolescencia como un momento privilegiado de reestructuración subjetiva aporta al ser humano.

La intervención como psicólogos de la salud, en un proceso de psicoterapia grupal, es facilitar la expresión de las jóvenes con el fin de que puedan develar lo que se esconde detrás de su síntoma y puedan controlarlo; no es intentar desde el inicio que se deshagan de él, dirigiendo el proceso grupal a que hablen de sus dificultades con la comida. Desde una lectura psicoanalítica, es fundamental la dimensión subjetiva y la singularidad de cada participante, por lo que, en el dispositivo grupal se busca hacer hablar a cada adolescente, liberar su palabra de todo objetivo explícito, para recuperar en ella el sentido del síntoma.

El psicólogo clínico y de la salud que intenta intervenir con la población adolescente debe asumir el reto de ocupar un lugar de acompañamiento y de soporte cuando la persona

adolescente lo pida, y dejar de insistir en dirigir, sustituyendo el escuchar y dar la palabra a la joven, por el prescribir, que favorece la reverencia infantil y niega la posibilidad de crecer.

La posibilidad de que el psicólogo clínico y de la salud pueda ser soporte de las necesidades de las adolescentes, que les permita a ellas criticar y diferenciarse de los adultos, bajándolos del pedestal de la idealización, depende de que el psicólogo, en su labor, cuente con puntos de apoyo, que a su vez lo sostengan a sí mismo, es decir, debe procurarse contar con su propio proceso de análisis, recurrir a la supervisión con otros colegas, e implementar la constante revisión de material teórico y metodológico. En este proceso se contó con un equipo asesor que se encargó, entre otras cosas, de hacer reflexionar a la terapeuta sobre el material recopilado, las interpretaciones e intervenciones, en procura que la contratransferencia se convirtiera en un instrumento de comprensión del grupo.

La persona profesional en Psicología Clínica y de la salud tiene la posibilidad de aprovechar las características y el potencial de cambio de esta etapa del desarrollo para promover experiencias clínicas eficientes, oportunas y económicas, que amplíen la oferta de atención en los servicios de salud de nuestro país a una población que necesita y merece ser atendida en forma diferenciada.

Es urgente que los servicios de salud en nuestro país respondan, de manera sensible, a las necesidades de la población adolescente, mediante: establecimientos accesibles, atender en horarios convenientes y fomentar el diálogo entre adolescentes y el personal de salud, con el objetivo de que esta población se acerque a los servicios, confíe en ellos y haga efectivo su derecho a gozar de servicios de salud adecuados. Tomando como ejemplo los cambios que impulsó la subdirección del Hospital San Rafael de Alajuela, donde hicieron posible que las adolescentes pudieran participar en la experiencia grupal sin perder

clases en el colegio, además de que se apropiaran del espacio físico y se sintieran cómodas dentro del hospital, recibiendo respeto de todos los funcionarios, y reconocimiento a las necesidades particulares de esta intervención.

Para lograr que los servicios de salud respondan de manera sensible a las necesidades de la población adolescente, es fundamental que los funcionarios tengan conocimientos teóricos sobre el proceso adolescente, se identifiquen con esta población y sean capaces de reconocerles como actores claves de la sociedad, con capacidades y derechos para construir su calidad de vida y aportar al desarrollo colectivo, por lo que se hace imprescindible la unión de esfuerzos con el sector educativo, donde los profesionales de la salud y los educadores se informen juntos, compartan saberes, se reconozcan en la particularidad de la población que atienden, y demanden del Estado y la población en general, las condiciones necesarias para intervenir en el bienestar integral de la población adolescente.

Es evidente la necesidad de dedicar parte de la labor a la prevención de síntomas en la adolescencia, por lo que la intervención temprana con grupos de orientación y apoyo a padres de familia, la intervención con grupos de mujeres para diferenciar su rol de madres, atender los varones desde la construcción de la masculinidad para que puedan ejercer una paternidad más comprometida con sus hijos e hijas, son tan solo algunos ejemplos en los que la persona profesional en Psicología Clínica y de la Salud podría realizar un trabajo preventivo.

BIBLIOGRAFÍA

Aparicio, D. (2004). Bulimia bajo transferencia. *Revista Vel*, N° 7. Barcelona.

Bonilla, R., Calderón, M., y Retana, L. (1995). Grupo de pares en la adolescencia. En *Adolescencia y juventud*. OMS-OPS. San José.

Barberá, E. y Martínez, I. (2004). *Psicología y Género*. Madrid: Prentice Hall.

Burín, M. (2001). La relación entre padres e hijos adolescentes. En *Género y familia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Cabrero, B. y Martínez, J. (2009). Psicoterapia de grupo en una unidad de agudos. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XXIX. N° 103. Mallorca.

Calle, M. (2009). Síntomas contemporáneos: Una reflexión sobre los avatares del psiquismo. *Revista Universidad Pontificia Bolivariana*. <http://creativecommons.org/>

CCSS. (2009). *Hospital San Rafael Alajuela*. Dirección General, Dirección Administrativa: Plan Gestión local 2010-2011. Alajuela.

Caparrós, N. (2006). *La enfermedad del terapeuta. Hacia una teoría de la contratransferencia*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Casado, M., y Helguera, M. (2008). Prevención de trastornos de alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases. *Clínica y Salud*, vol. 19, N° 1. Madrid.

Código de la Niñez y La Adolescencia. (1997). Ley 7739. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. San José.

Cornejo, J. (2006). El análisis de las interacciones grupales. *Anuario de Psicología*. Vol. 37, N° 3. Barcelona

Gempeler, J., Rodríguez, M., Muñoz, F. y Pérez, V. (2008). Aversión a los alimentos en la infancia:

¿fobia, obsesión o trastorno del comportamiento alimentario no especificado? *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol.37, N° 3. Bogotá.

Guinard, F. (2001). El síntoma en la clínica psicoanalítica. *Revista Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*. Vol. XXIII, N° 2. Buenos Aires.

Grosser, K. y Villalobos, F. (1996). *La anorexia como síntoma. Un estudio de cuatro casos con mujeres adolescentes en la Clínica de Atención Integral del Adolescente del HNN*. Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.

Hernández, M., Zarate, A., Valencia, F., Meneses, O., Ochoa, M., Torres, S., Lucino-Castillo, J., y Martínez, B. (2009). El papel actual de la cirugía del sistema límbico: el caso de la anorexia y la bulimia terminales. *Arch Neurocién* (Ed. Español). Vol.14, N° 1, pp.11-21. México D.F.

Krauskopf, D. (1998). Participación Social y desarrollo en la adolescencia. En Conferencia *La protección Integral de la Niñez y Adolescencia: Un nuevo paradigma*. Panamá.

Kamyrn, E., Dorer, D., Franko, D., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H., y Herzog, D. (2008). Cruzamiento diagnóstico en la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa: implicaciones para el DSM-V. *Am J Psychiatry* (Ed. Español) N°11, pp. 312-317. México D.F.

Leivi, M. (2001). El síntoma en la clínica psicoanalítica. *Revista Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*. Vol XXIII, N° 2. Buenos Aires.

López-Ibor, J., Valdés, M. (dir.). (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson.

Méndez, J., Velázquez, V. y García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Aspectos*

Clínicos. Vol. 65. México D.F.

Nacher, P. y Camarero, J. (1995). *Del diván al círculo*. Madrid: Tecnipublicaciones.

Rodríguez, J. y Rodríguez, J. (2008). Abordaje clínico de la Alimentación. *Cuadernos Psiquiatría Comunitaria*, Vol. 8, N° 2, pp. 167-183. Coruña.

Rodulfo, R. (2005). *Estudios Clínicos. Del significante al pictograma a través de la práctica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.

Rodulfo, M. y Rodulfo, R. (1999). *Clínica psicoanalítica en Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Editorial Lugar.

Roth, M. (s.f.). *Encuadre y proceso. Nociones teóricas y su importancia en la coordinación de grupos*. Clase dictada en el Instituto de Psicoanálisis de las configuraciones vinculares de A.A.P.P.G. Buenos Aires

Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Revista Reflexiones*. Costa Rica. Vol. 87, N° 2, San José.

Scalozub, L. (2007). El protagonismo del cuerpo en la adolescencia. *Revista Psicoanálisis*. Vol. XXIX, N°2. Buenos Aires.

Sobral, G. (2008). La proliferación en aumento de objetos tecnológicos, característica de las sociedades de consumo, tiene consecuencias. *Servicio de Salud Mental de Moratalaz-Vicálvaro*. <http://creativecommons.org/>

Tizón, J. (2008). Clínica y Promoción de la Salud Mental en la Infancia: otra integración necesaria. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*. Vol. 8, N° 2. Barcelona.

Tubert, S. (1998). *La muerte y lo imaginario en la adolescencia*. Madrid: Editorial Salté.

UNICEF. (2011). *Estado Mundial de la Infancia. La adolescencia una época de oportunidades*.

Nueva York.

Urbano, C, Yuny, J. (2001). *Y...No sé...Psicología y cultura de los adolescentes*. Buenos Aires: Editorial Mifacu.

Vaz, F., Peñas, E., Guisado, J., Ramos, M., y López-Ibor, J. (2001). Psicopatología de la bulimia nerviosa. Un modelo multidimensional. *Acta Española de Psiquiatría*. Vol. 29, N° 6. Madrid.

