

GRUPO MULTIFAMILIAR EN UN HOSPITAL DE DIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

MULTIFAMILY GROUP IN A DAY HOSPITAL FOR EATING DISORDERS

Dña. Laura Ramos. Dr. D. Segundo de Miguel.
sdemiquel@salud.aragon.es

RESUMEN

El objetivo de este estudio, es averiguar si cambian las pacientes que reciben tratamiento en una Unidad de trastornos de conducta alimentaria y si cambian las familias de las pacientes que participan en el grupo multifamiliar que se realiza en esta Unidad.

Se realizaron mediciones en tres momentos de la evolución: al inicio del grupo en enero, en junio y en diciembre con los resultados obtenidos en la Escala de clima social en familia (FES) y el Cuestionario sobre calidad de vida: Satisfacción y placer (Q-Les-Q).

Palabras clave: Grupo Multifamiliar; estrategias de cambio; factores terapéuticos; clima familiar y calidad de vida.

ABSTRACT

In order to evaluate the effectiveness of a multifamily group in a day hospital for patients with eating disorders, the authors measured the results obtained in the Scale of Family's Social Climate (FES) and the Questionnaire on the Quality of Life (Q-Les-Q) every 6 months over one year.

Key words: multi-family group; change strategies; therapeutic factors; family environment and quality of life.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo intenta responder a la pregunta de si la terapia en grupo multifamiliar favorece un cambio en el clima de las familias, en qué medida y a que puede ser debido.

El estudio se realizó de enero a diciembre de 2014 en la Unidad de trastornos de conducta alimentaria y de personalidad del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza (España).

Participaron las pacientes incluidas en el grupo multifamiliar durante el tratamiento en el hospital de día y tras el alta, así como las familias de estas pacientes.

Entendemos que el clima familiar y la evolución de las pacientes depende de una cantidad ingente de elementos difícilmente evaluables, si bien aportar un espacio común de reflexión y comunicación abre nuevas perspectivas a la convivencia y a la forma de percibir la enfermedad, tanto para las pacientes como para los familiares.

El grupo multifamiliar se inició en enero de 2014 y continúa a fecha de hoy, si bien la toma de datos se realizó sobre las 22 sesiones realizadas en 2014.

Los datos se obtienen a través de la pasación del FES (Escala de clima social en familia. *R.H. Moos y E.J. Trikett*) y Q-Les-Q (Cuestionario sobre calidad de vida: Satisfacción y placer. *J. Endicott, J. Nee, W. Harrison y W. Blumenthal*) en tres ocasiones (Marzo, Junio y Diciembre del 2014).

MARCO CONCEPTUAL Y CONTEXTO

CONTEXTO.

El grupo multifamiliar que se ha observado es abierto, el criterio de inclusión es recibir o haber recibido tratamiento en el Hospital de día, pudiendo participar los pacientes y/o sus familiares.

Las normas básicas de funcionamiento son la libre expresión, respeto, confidencialidad.

En la unidad se trabajaba con otros grupos de pacientes y el multifamiliar es planteado con idea de aportar un espacio compartido de comprensión y de aporte de experiencias favorables al cambio.

La anorexia y la bulimia son procesos complejos que deben abordarse desde una perspectiva pluridimensional, uno de cuyos aspectos es conceptualizar el trastorno del paciente como el producto de una serie de estratos de psicopatología, cada uno de los cuales remite al que hay por debajo (Davis, Olmsted, 1992).

El grupo multifamiliar se constituye como una minisociedad. Lo forman familias de distintos orígenes y con distintos problemas, pero los conflictos humanos son básicamente siempre los mismos, aunque toman formas muy variadas que hacen difícil identificar semejanzas.

Los conflictos se dan en vínculos de interdependencias patógenas que hacen muy difícil su elaboración o resolución. No es suficiente con tomar conciencia para que se produzca un cambio, es necesario que se den ciertos cambios, para que se puedan abrir espacios mentales para poder pensar y desde el pensamiento poder cambiar.

El paciente mental grave necesita de un contexto comunitario para que su “locura” tenga donde expresarse. Se trata de crear las condiciones y el clima necesario para poder pensar, en lo que no se puede pensar por sí solo y que pueda ir tomando conciencia de, qué es lo que no lo deja pensar, que generalmente es alguna violencia interna en términos de resentimientos y remordimientos, bajo la forma de agresividad, envidia, celos, odios primitivos... que se vivencian como angustias psicóticas que muchas veces son el motor del actuar compulsivo desde identificaciones patógenas. (*García Badaracco, J.1997*).

El grupo solamente se trata para el beneficio de sus miembros individuales y su eficiencia solo puede evaluarse en la medida en que resulta un instrumento eficaz para el proceso de tratamiento. (Foulkes et al; 2007)

El principal objetivo de la psicoterapia es ayudar al paciente a cambiar más que a curarse (Kleinke, 1993). “*Curar*” implica que el problema nunca volverá a aparecer, algo cuestionable. Los terapeutas ayudan al paciente a darse cuenta de que el cambio es posible, de que pueden hacer algo al respecto, les alientan para que asuman responsabilidad en el cambio y facilitan el desarrollo de nuevas formas de pensar y comportarse.

La psicoterapia de grupo emplea factores terapéuticos específicos, si queremos comprender el modo común en que clases enormemente diferentes de grupos ayudan a cambiar a los participantes debemos identificar estos factores.

MÉTODO

Participantes.

En el estudio, han participado una media de 18 personas, de las cuales, 10 eran pacientes o ex pacientes de la Unidad de Trastornos de la Personalidad y de la Conducta Alimentaria y el resto, los familiares y el Equipo Terapéutico (enfermeras, médicos, terapeuta y residentes).

Material.

Para el estudio se han empleado dos medidas, por un lado, la Escala de clima social: Familia (FES) (Anexo 1), que evalúa y describe las características socio – ambientales de las familias en tres

dimensiones: Relaciones, Desarrollo y Estabilidad, y por otro lado, el cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-Les-Q)(Anexo 2), que mide de forma sensible la satisfacción y el placer de las pacientes con su vida cotidiana en las áreas: Estado de salud física, estado de ánimo, trabajo, actividades del hogar, tareas de clase, actividades de tiempo libre, relaciones sociales y actividades generales.

Procedimiento.

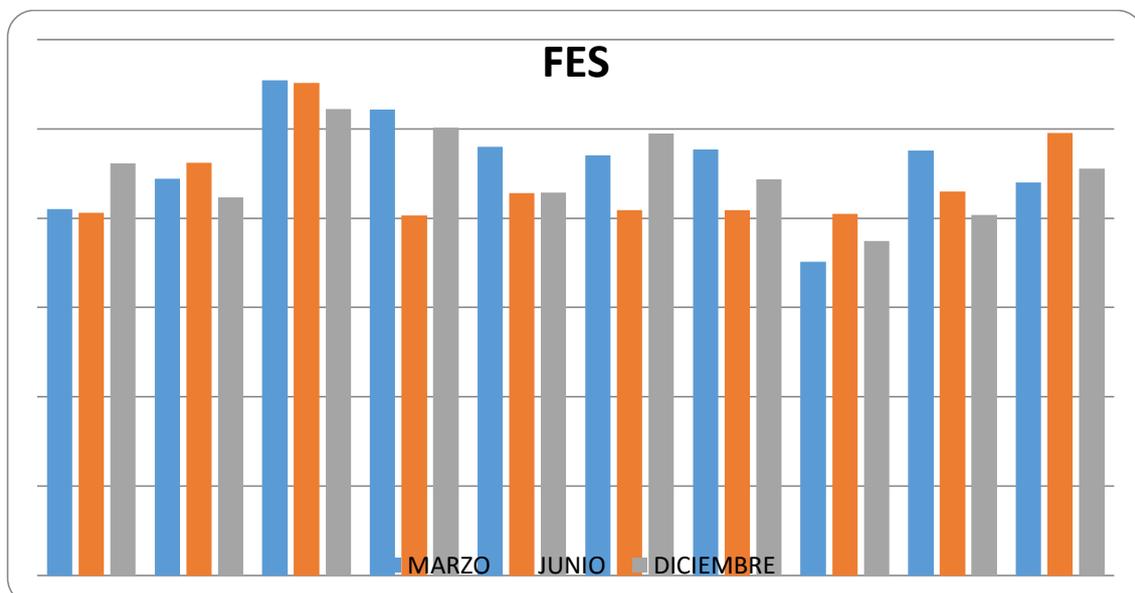
Este estudio se ha realizado desde Enero a Diciembre del 2014, con un total de 22 sesiones de 90 minutos y espacios pre y post grupo. Con el objetivo de poder mostrar su evolución en las medidas objeto de estudio, se procedió a pasar, en Marzo, Junio y Diciembre de 2014, la escala de clima social (FES), a todos sus integrantes; y, a las pacientes y/o ex pacientes, el cuestionario sobre calidad de vida(Q – Les – Q).

De forma paralela, durante las 22 sesiones, se hizo un ejercicio de observación, transcribiendo las sesiones (Anexo 3), centrándose en las estrategias de cambio que iban utilizando los integrantes, guiados por su conductor, así como también los factores terapéuticos descritos por Yalom (1985), con el fin de poder conceptualizar los datos objetivos, obtenidos a través del FES y del Q-Les-Q.

A lo largo de este año de evolución del grupo un elemento externo pudo influir en los resultados como la posibilidad de cierre del grupo en junio por cambios en el equipo de profesionales que lo conducía.

Resultados.

A continuación queda expuesta la evolución de los datos obtenidos en el FES en los meses de Marzo, Junio y Diciembre (Grafico 1).



	COHESION	EXPRESI	CONFLIC	AUTON	ACTUAC	INTEL	SOCIAL	MORAL	ORGANIZ	CONTROL
MARZO	41	44,42	55,4	52,14	48	47	47,71	35,14	47,57	44
JUNIO	40,6	46,2	55,1	40,3	42,8	40,9	40,9	40,5	43	49,5
DICIEMBRE	46,11	42,33	52,2	50,11	42,88	49,44	44,33	37,44	40,33	45,55

Gráfico 1. Evolución de los datos de la escala FES.

Se detallan a continuación los datos para cada uno de los factores expresados en media, agrupados en tres dimensiones:

- Relacional: Incluye cohesión, expresividad y Conflicto (gráficos 2,3 y 4)
- Desarrollo: Incluye autonomía, actuación, intelectual – cultural, Social – recreativo y moralidad-religiosidad (gráficos 5.6.7.8 y 9).
- Estabilidad: Incluye organización y control (Gráficos 10 y 11).

DIMENSIONES

1. RELACIONAL

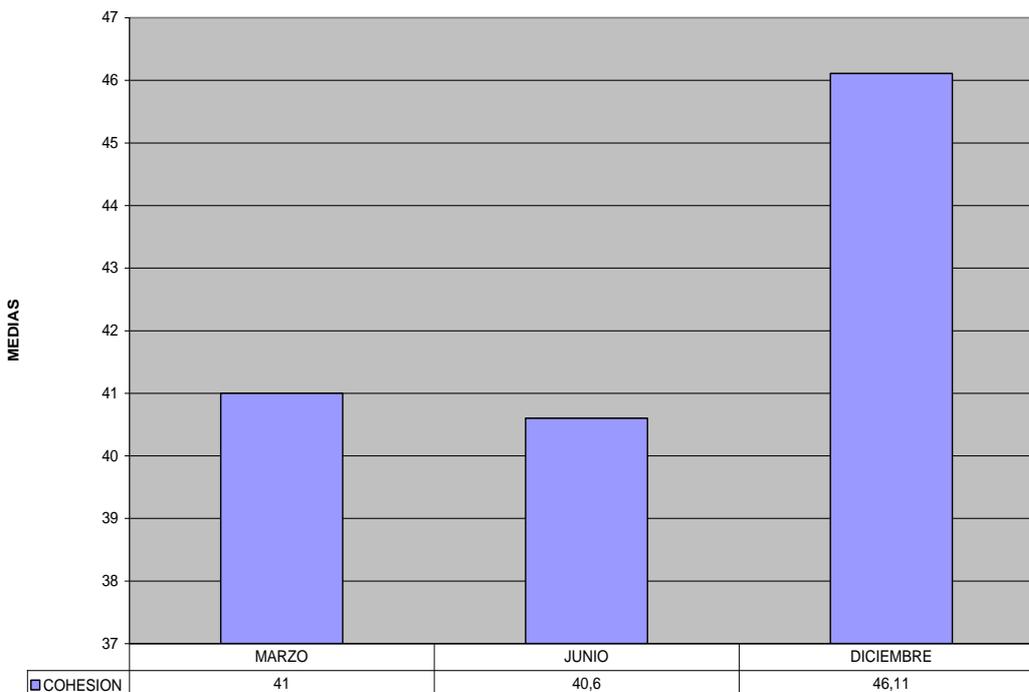


Gráfico 2. Evolución factor Cohesión.

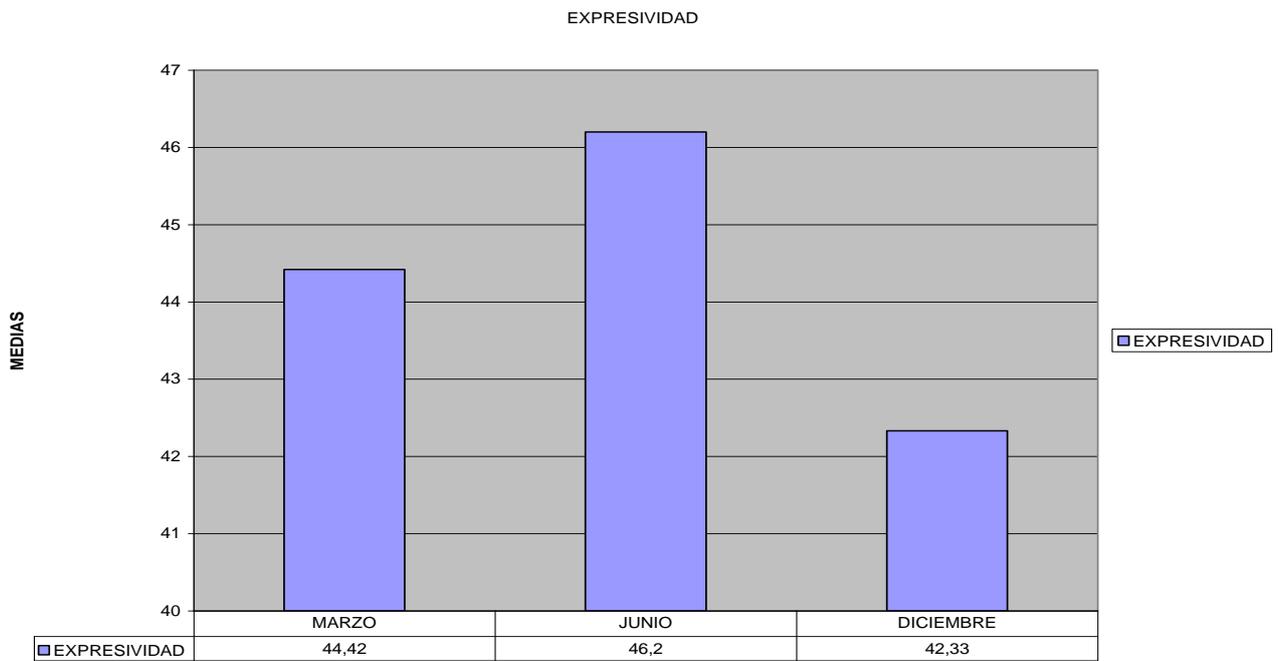


Grafico 3. Evolución factor Expresividad.

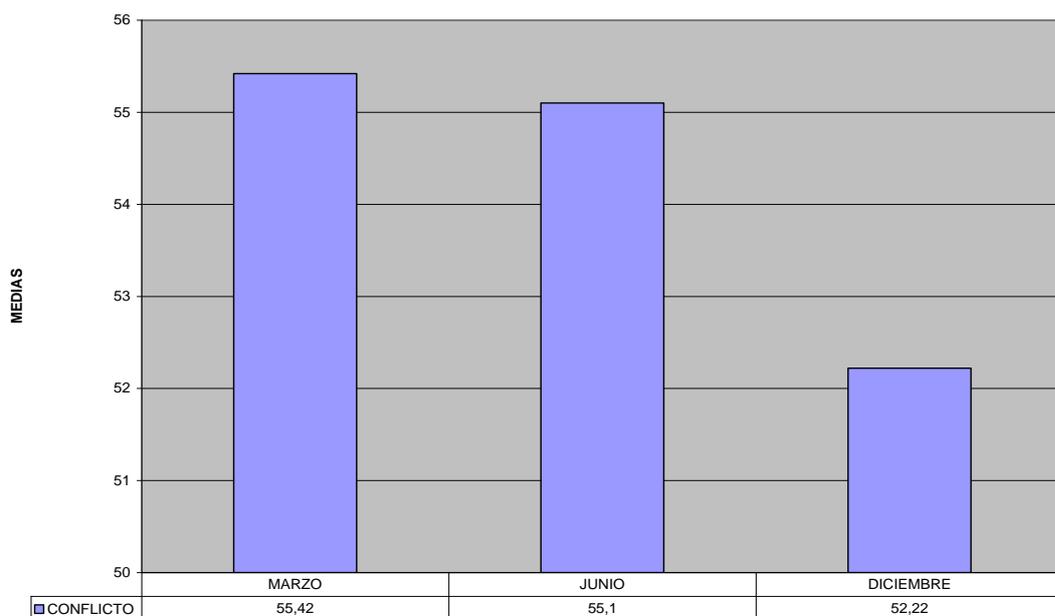


Grafico 4. Evolución factor Conflicto.

2. DESARROLLO

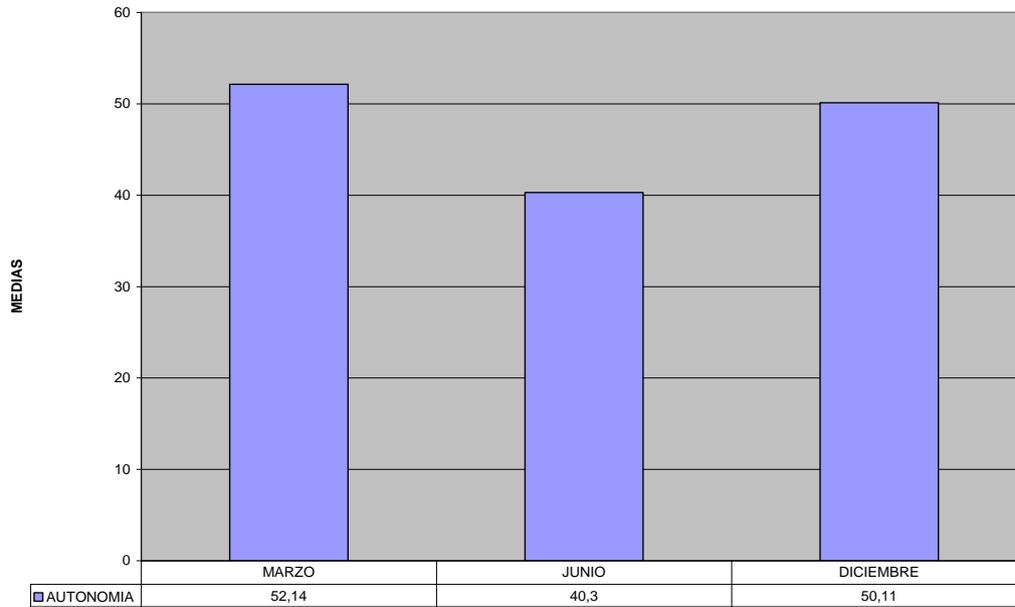


Gráfico 5. Evolución factor Autonomía.

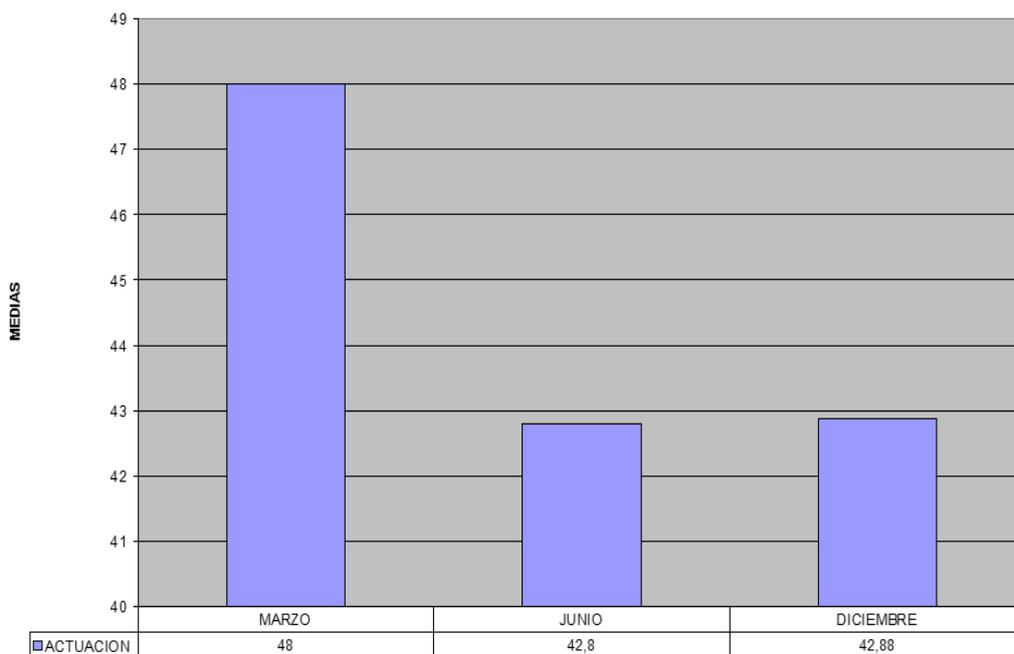


Gráfico 6. Evolución factor Actuación.

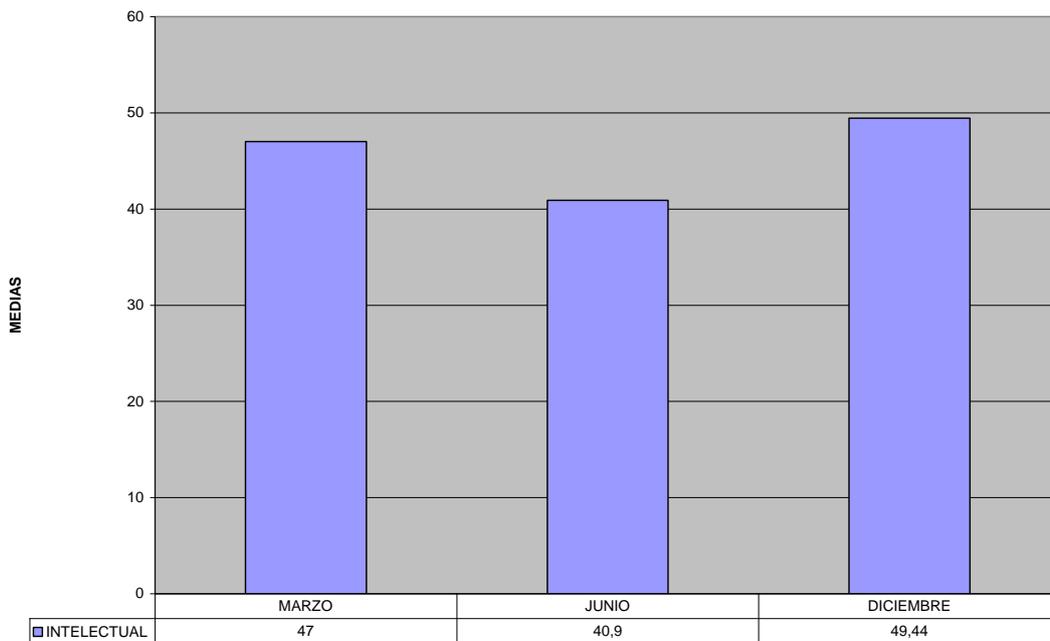


Gráfico 7. Evolución factor Intelectual – Cultural.

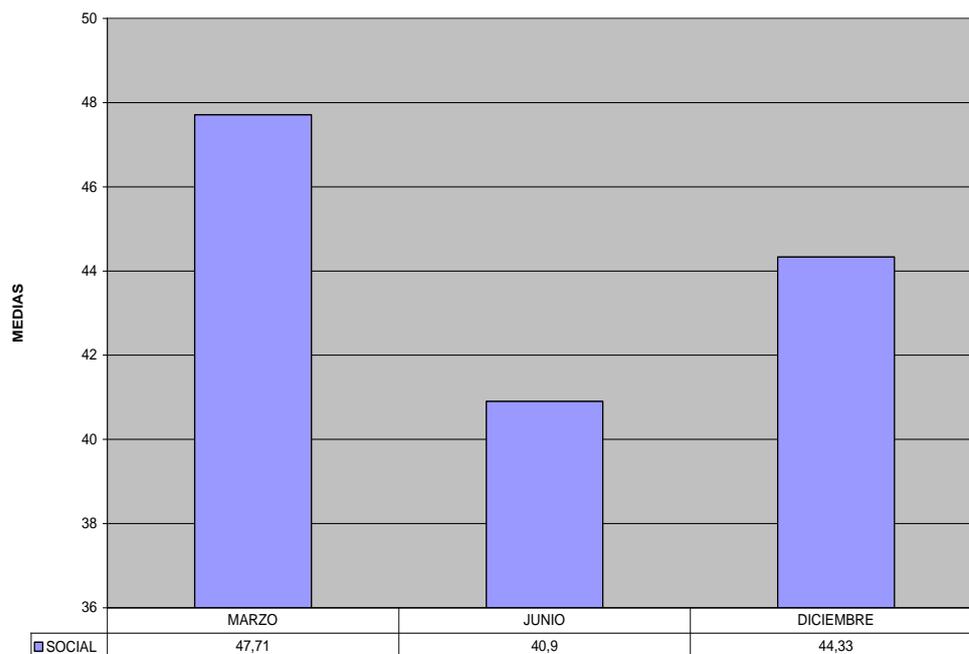


Gráfico 8. Evolución factor Social – Recreativo.

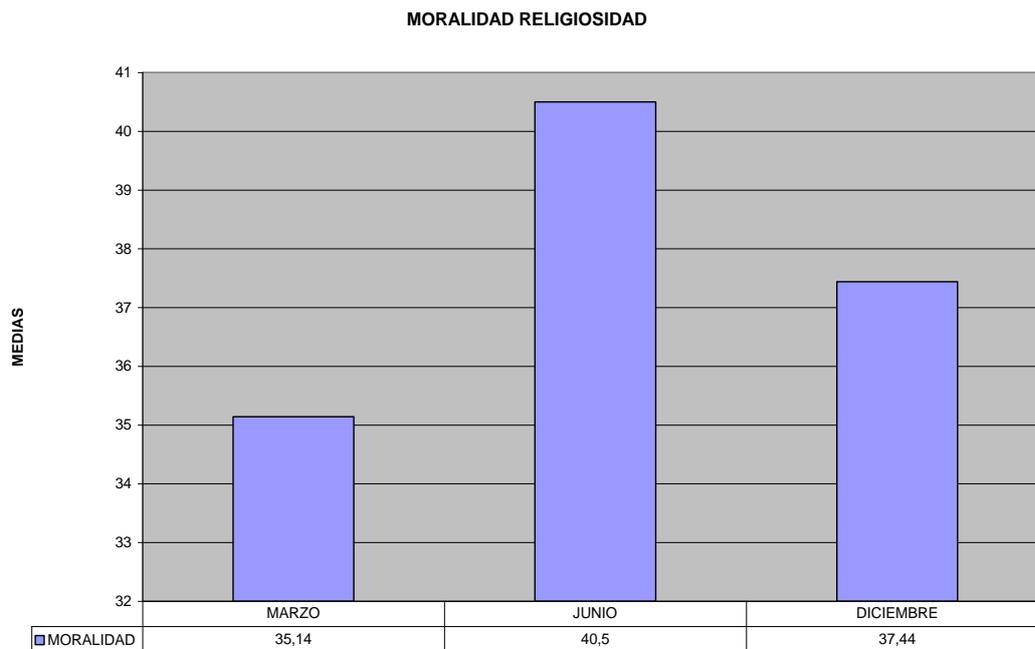


Gráfico 9. Evolución factor Moralidad – Religiosidad

3. ESTABILIDAD.

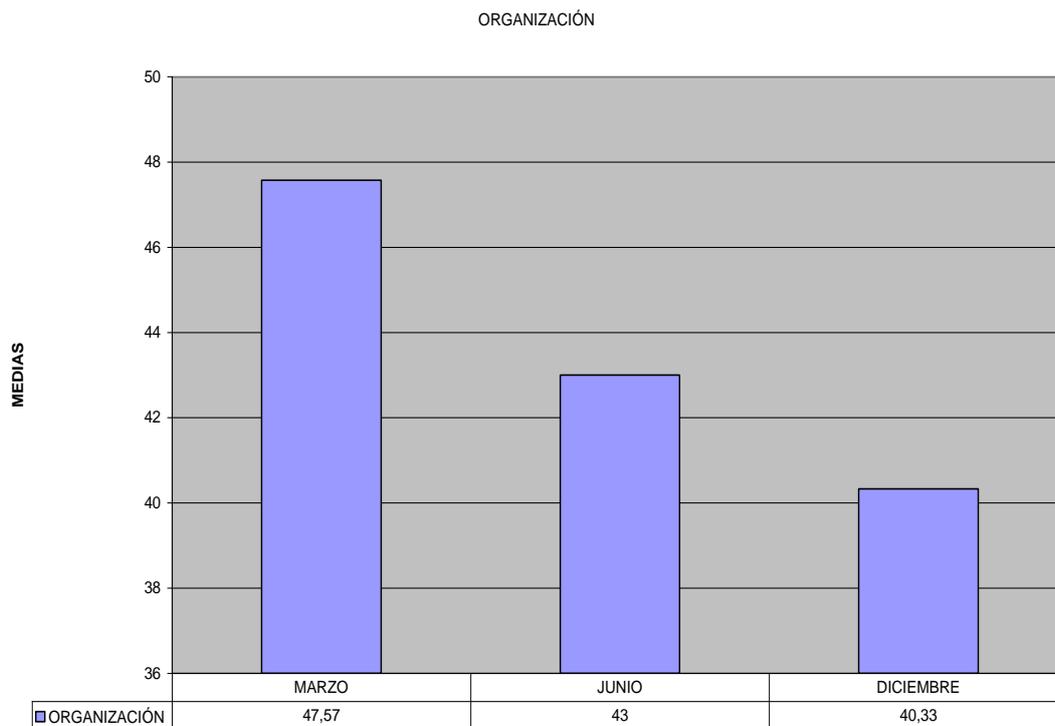


Gráfico 10. Evolución factor Organización.

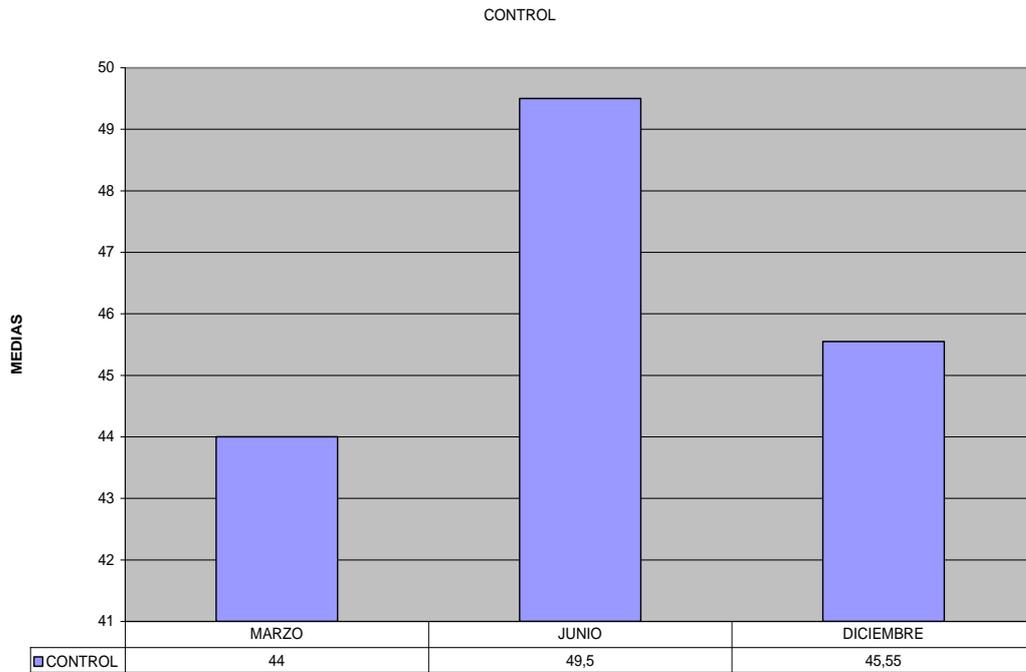


Gráfico 11. Evolución factor Control.

Q- LES- Q.

Con respecto al Q- Les – Q, la evolución de los datos obtenidos en los meses de Marzo, Junio y Diciembre quedaría reflejada de la siguiente forma (Grafico 12):

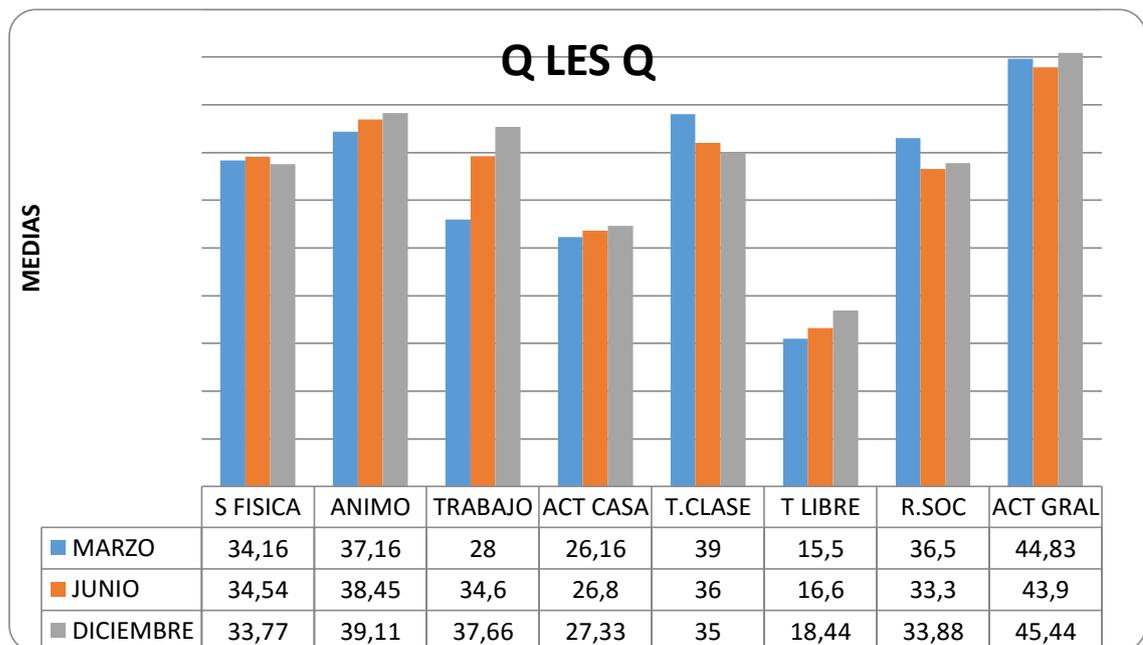


Gráfico 12. Evolución de los datos del cuestionario Q-Les – Q

Se detallan a continuación los datos obtenidos en cada una de las áreas, representados en sus gráficos correspondientes: Estado de salud física (Gráfico 13), estado de ánimo (Grafico 14), trabajo (Grafico 15), actividades del hogar (Grafico 16), tareas de clase (Grafico 17), actividades de tiempo libre (Grafico 18), relaciones sociales (Grafico 19) y actividades generales (Grafico 20)), expresado en tanto por ciento, siendo 0% valoración negativa y 100% la mejor valoración posible, para un mejor visionado y posterior entendimiento en la discusión.

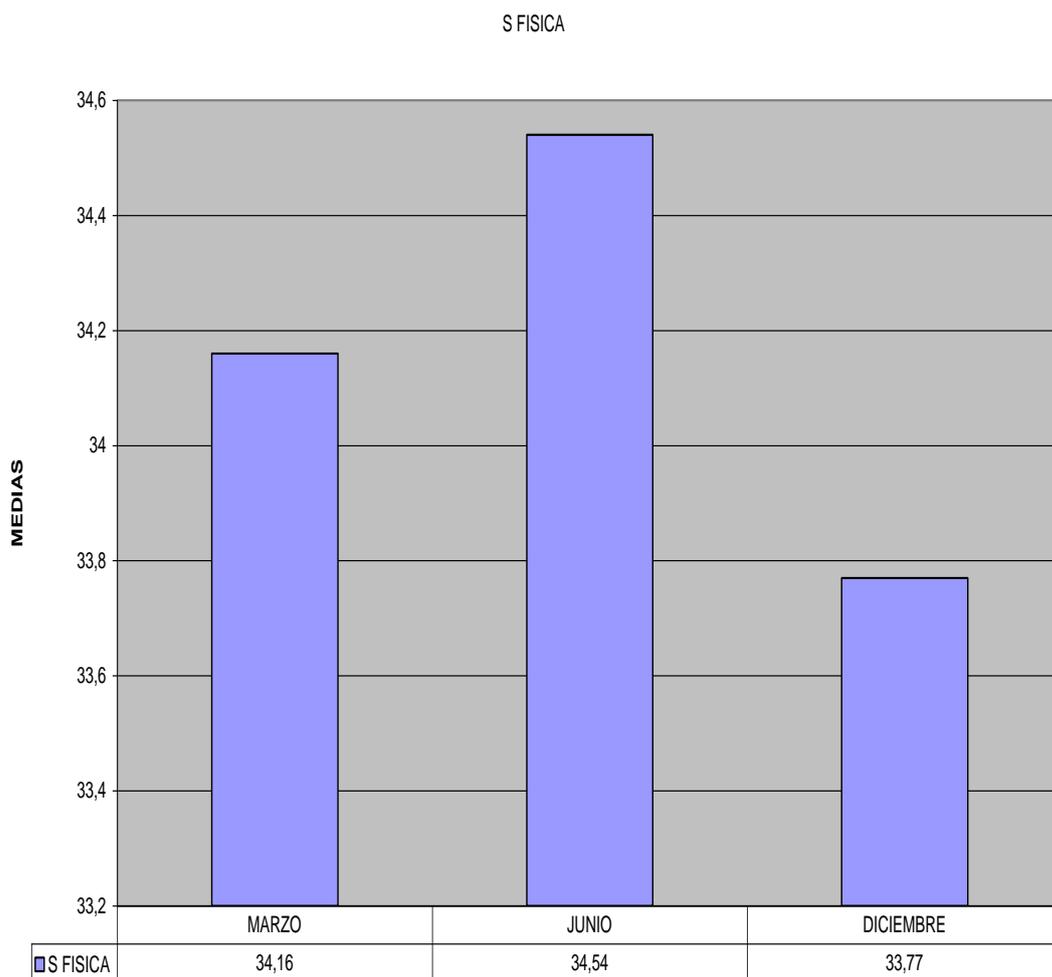


Gráfico 13. Evolución auto valoración Estado de Salud Física.

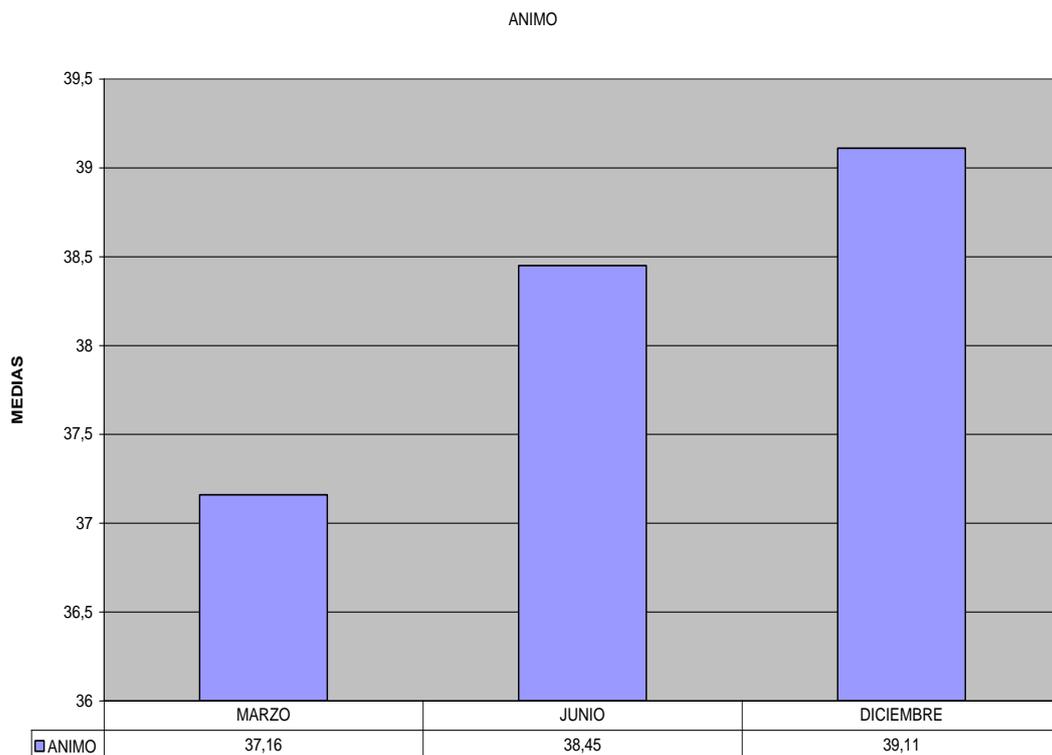


Gráfico 14. Evolución auto valoración Estado de Ánimo.

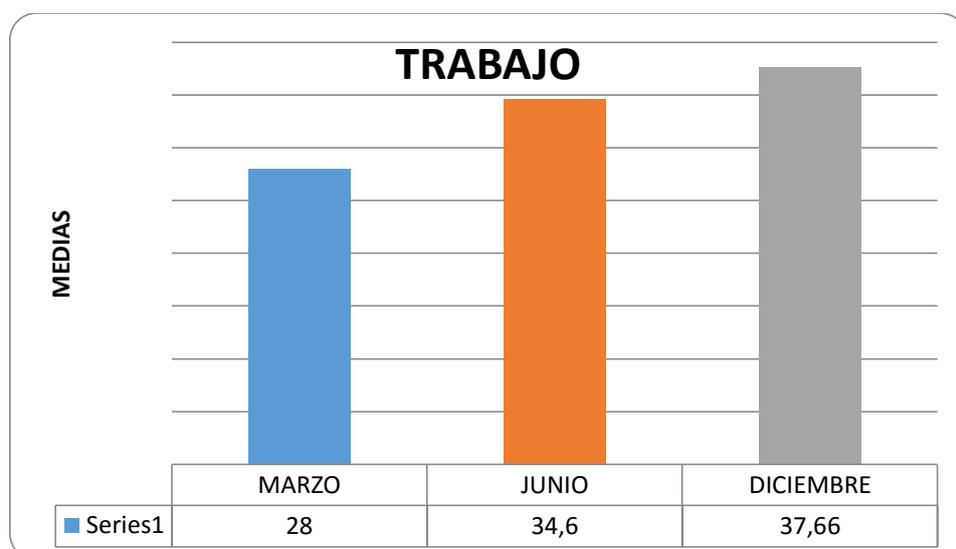


Gráfico 15. Evolución auto valoración Trabajo.

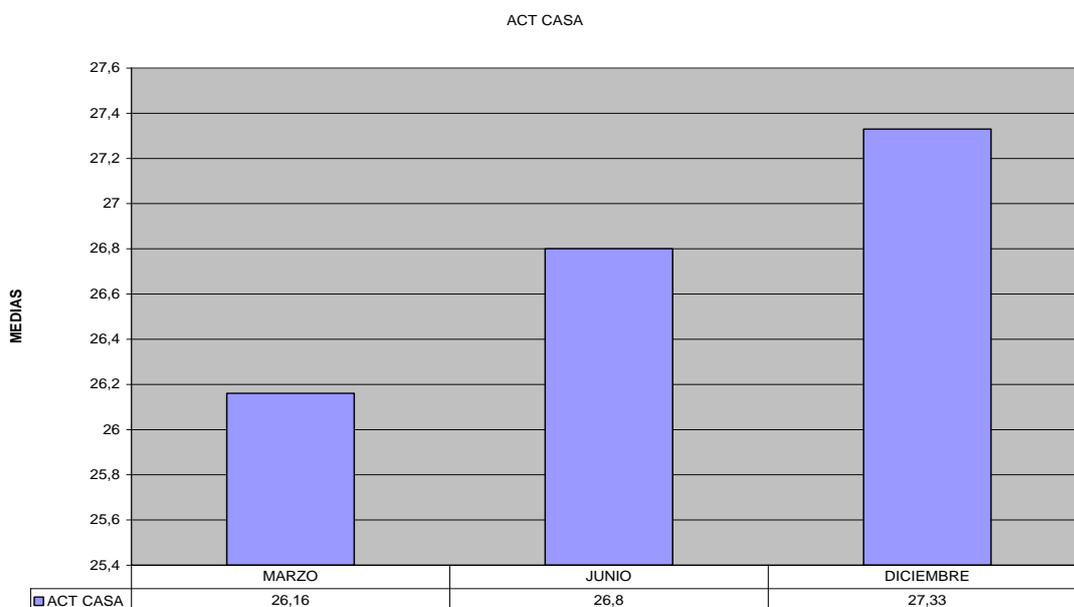


Gráfico 16. Evolución auto valoración Actividades de casa.

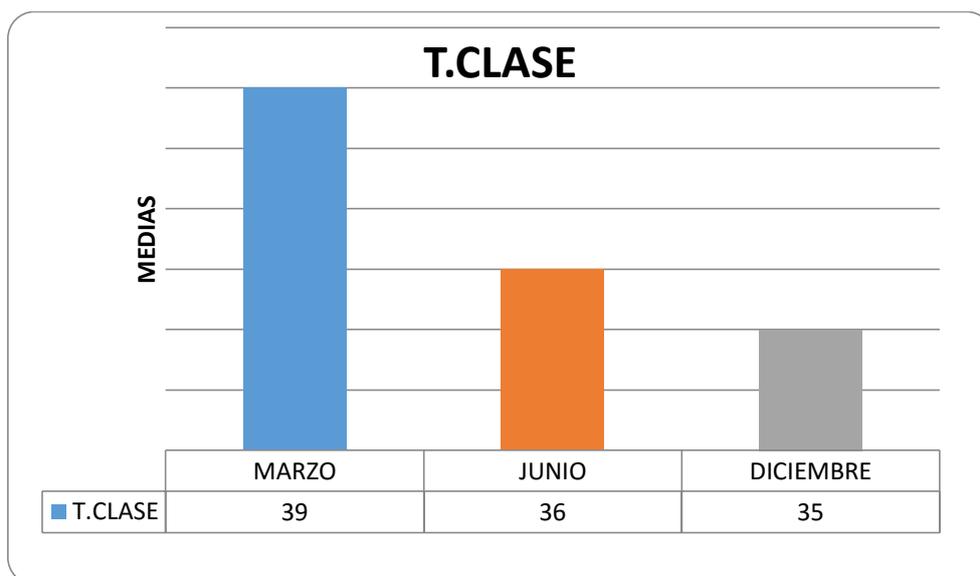


Gráfico 17. Evolución auto valoración Tareas de Clase.

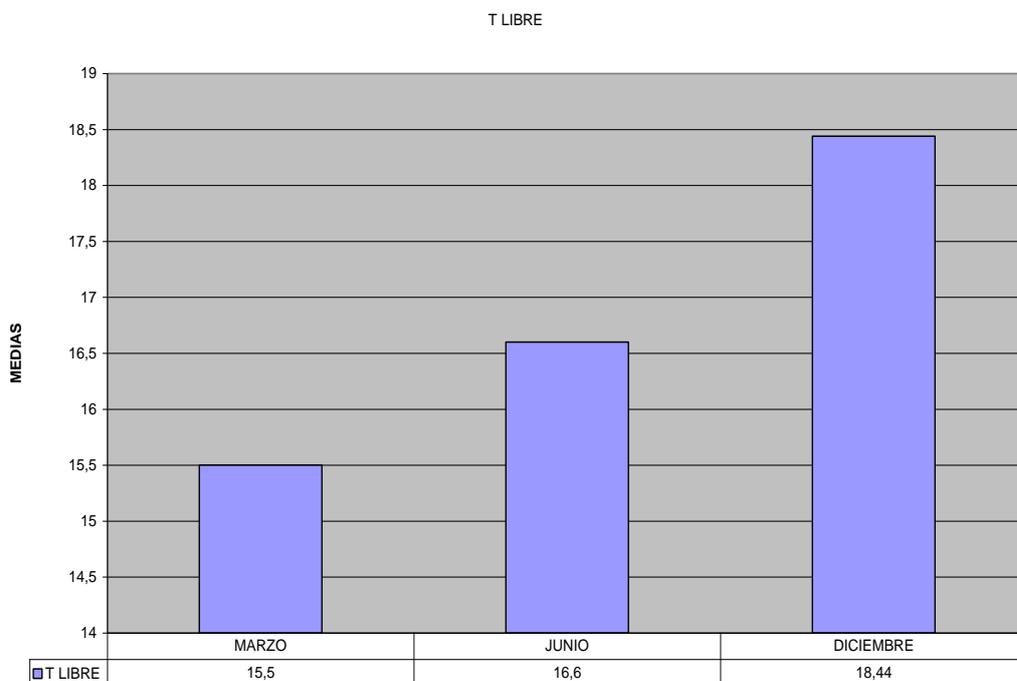


Gráfico 18. Evolución auto valoración Tiempo Libre.

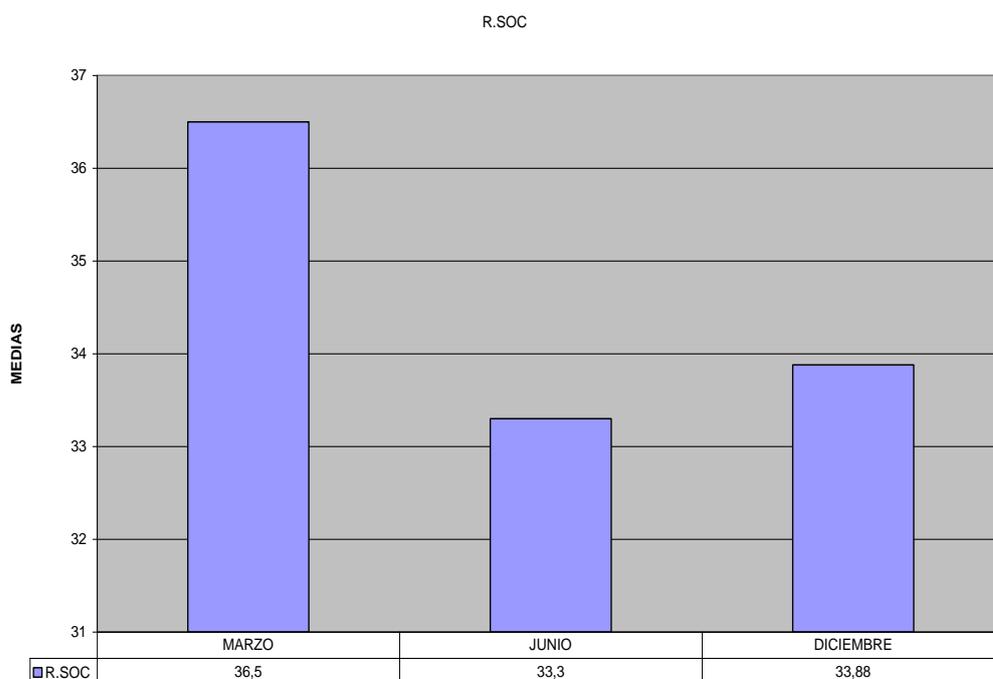


Gráfico 19. Evolución auto valoración Relaciones sociales.

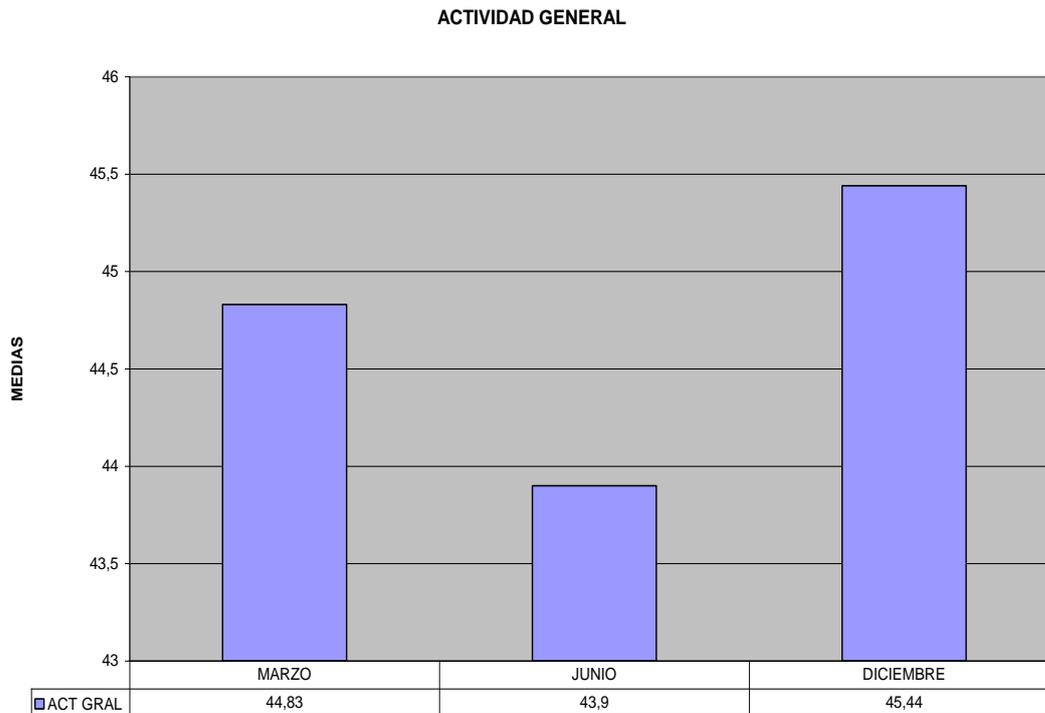


Gráfico 20. Evolución Auto valoración Actividades Generales.

DISCUSIÓN

Pasaremos a comentar los resultados obtenidos en la Family Environment Scale. FES.

En la dimensión Relaciones, podemos ver:

- La media en el factor cohesión (Gráfico 2), disminuye significativamente en Junio, creemos que esto es debido al momento grupal, puesto que era en Junio cuando se planteó el posible cierre del grupo y es por ello que la medida cohesión ha podido bajar, esto explicaría como en diciembre, tres meses después de retomar la actividad del grupo, la valoración sube.

- Factor expresividad (Gráfico 3) y conflicto (Gráfico 4), disminuyen de forma consistente, creemos que esta reducción puede estar relacionada con el hecho de que el tratamiento en el hospital de día y coincidir en el grupo pacientes y familiares incluye la aceptación de la enfermedad por parte de las familias y la aceptación de algún pequeño cambio por parte de las pacientes y consecuentemente una mejor comunicación y manejo de las diferencias.

En la dimensión Desarrollo, observamos cómo en los factores:

Autonomía (Grafico 5), Actuación (Gráfico 6), Intelectual - cultural (Gráfico 7) y social - recreativo (Grafico 8), se producen disminuciones de las medias en junio respecto a marzo y diciembre que relacionamos inicialmente con el momento grupal de comunicación del posible cierre.

En cuanto al factor moralidad – religiosidad (Gráfico 9), mide el valor que se le da a la práctica en el grupo multifamiliar, observamos como su media aumenta en junio y disminuye en diciembre, sin encontrar por el momento explicación a este aumento en la media.

En la dimensión estabilidad:

-La media del ítem organización (gráfico 10) tiene una reducción gradual que pensamos está relacionada con la propuesta habitual del grupo de espontaneidad y libre discusión, sería coherente con los aumentos en media de control que en su conjunto aumenta en otra consecuencia del tratamiento y la asistencia al grupo en el que a pesar de la "falta de organización" los miembros se responsabilizan de sí mismos y de alguna compañera con mayor expresividad emocional.

Q - LES- Q

En cuanto al cuestionario Q-les-Q las medias de autovaloración aumentan en aspectos como la propia salud física, animo, trabajo, actividades en casa, uso del tiempo libre y actividades generales (gráficos 13,14,15,16,18 y 20) en lo que parece una buena valoración de su evolución a lo largo del año.

La valoración de las tareas en clase (grafico 17) se reduce en un proceso que parece que afecta a pocas pacientes que siguen estudios al igual que el trabajo afecta a pocas de ellas.

La valoración de las relaciones sociales y su reducción en conjunto sí que merece un punto de atención al que no podemos responder actualmente y sobre el que tendríamos que poner la atención en posteriores estudios.

CONCLUSIONES

A lo largo del año de desarrollo del grupo multifamiliar y de seguimiento se pudieron observar pequeños cambios en personas y familias que en su mayoría tenían años de evolución de la enfermedad, con las consecuencias esperables de cronificación de los síntomas y de desesperanza por parte de las familias.

En cuanto a la autovaloración de las pacientes respecto a la mayor parte de los aspectos valorados parece mejorar, transmitiendo una impresión de que tanto el tratamiento en su conjunto con sus diversas intervenciones individuales y grupales ayuda a tener una mejor impresión de sí mismo.

Las relaciones sociales que en la impresión de los autores de este artículo, tiene muchas características de la inestabilidad emocional que acompaña a alguna de ellas y parece expresarse, tanto en los resultados de autovaloración del Q-les-Q con una reducción en la autovaloración de las relaciones sociales como en una cambiante evolución del factor socia-recreativo.

Los resultados no se pueden atribuir al grupo multifamiliar en exclusiva, dado que las pacientes se encuentran inmersas en un tratamiento intensivo con numerosas intervenciones terapéuticas que van desde la alimentación supervisada a las diversas sesiones psico terapéuticas y la convivencia entre ellas durante varias horas al día.

Se podría atribuir al grupo multifamiliar el cambio en la relación que las pacientes tienen con sus familiares y viceversa. Sobre todo disminuyendo el conflicto y la expresividad negativa, favoreciendo, a su vez, una evolución positiva en la mayoría de las pacientes, estos cambios los podemos contrastar con las opiniones que dieron los miembros sobre el grupo y que citamos de forma textual: *“han sido nueve meses duros pero es positivo”, “ha cambiado más mi casa que yo”, “si he visto un cambio, mi hija no se expresaba, ahora sí y de forma menos dañina”, “tengo más esperanza”...*

Una nueva evaluación del grupo con los mismos instrumentos podría dar una información de mayor calidad respecto a los diversos ítems evaluados.

REFERENCIAS

Badaracco, J. (1997): El grupo multifamiliar en el contexto de la psicoterapia en general. Boletín 7: 3-16.

Beitman, B. D; Yue, D (2003). Psicoterapia – Programa de Formación. Módulo 4. Estrategias de cambio. 153-238. Ed. Masson.

Belloch, A; Sandín, B; Ramos Campos, F. (2009) Manual de Psicopatología. McGraw-Hill.

Endicott, J; Nee, J; Harrison, W; Blumenthal, W. (1993). Cuestionario sobre Calidad de vida: Satisfacción y Placer. Quality of life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q).

Foulkes, S.H.; Anthony, E.J. (2007). Psicoterapia de grupo. El enfoque psicoanalítico. Ed. Cegaop Press.

García – Portilla, MP; Bascarán Fernandez, MT; Sáiz Martinez, PA; Parellada, M; Bousoño García, M; Bobes – García, J. (2006). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Ed. Ars Médica.

Kaplan, H. I; Sadock, Benjamin J. (1996). Terapia de grupo. Editorial Médica Panamericana.

- D2. Terapia grupal y Trastornos de la personalidad.
- D6. Terapia de grupo en los trastornos de la ingesta.
- F4. Investigación sobre terapia de grupo.

Moos, R. H (1984). Escala de clima social: Familia (FES). TEA Ediciones S.A

Puertas, P. (2002). El grupo de anoréxicas: Una alternativa nutritiva. Bilbao, Altxa. Nº2 2007. Revista psicoterapia analítica grupal.

Sunyer, J. M. (2007). El proceso de individuación. Ponencia presentada en las XII jornadas de APAG, Granada.

Sunyer, J.M. (2008). Psicoterapia de Grupo Grupoanalítica. Ed. Biblioteca Nueva.

Vinogradov, S.; Yalom, I (1996). Guía breve de psicoterapia de grupo. Ed. Paidós.